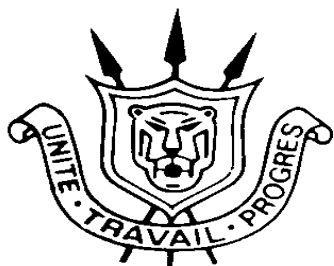


REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



LES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORAMANCE

JANVIER 2014

Contexte et justification

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA met en œuvre depuis Avril 2010 la stratégie de Financement Basé sur la Performance (FBP) à l'échelle nationale. A cet effet, un manuel des procédures version originale avait été élaboré en 2009.

Le FBP étant un processus dynamique, le manuel des procédures et ses outils de mise en œuvre sont adaptés en fonction des forces et faiblesses constatées lors de la mise en œuvre sur terrain. C'est ainsi qu'en Septembre 2011, une première révision de la version originale du manuel FBP a été réalisée et a guidé la mise en œuvre du FBP de Janvier 2012 à Décembre 2013.

Une deuxième révision du manuel des procédures FBP a été réalisée et est valable à partir de Janvier 2014. Constatant que c'est souvent les outils de mise en œuvre du FBP qui sont amenés à subir des modifications, la CT FBP Elargie a décidé de séparer la partie principale du manuel des procédures et les outils de mise en œuvre.

C'est dans cette optique que le présent document relevant les différents outils de mise en œuvre du FBP est élaboré.

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
TABLE DES MATIERES	3
1. INDICATEURS DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS (CENTRES DE SANTÉ)	6
2. INDICATEURS DU PAQUET COMPLÉMENTAIRE D'ACTIVITÉS (HÔPITAUX DE DISTRICT)	10
3. INDICATEURS DU PAQUET TERTIAIRE D'ACTIVITÉS (HÔPITAUX NATIONAUX)	13
4. INDICATEURS DES CENTRES POUR HANDICAPÉS	16
5. INDICATEURS POUR LE CENTRE NEURO PSYCHIATRIQUE DE KAMENGE	17
6. CONTRAT DE DÉLÉGATION DE POUVOIR ENTRE LE MSPLS ET LE CPVV	19
7. CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE LE MSPLS LE BPS.....	23
8. CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE LE MSPLS ET LE BDS.....	26
9. CONTRAT ENTRE LE CPVV ET LES CENTRES DE SANTÉ	29
10. CONTRAT ENTRE LE CPVV ET LES HÔPITAUX DE DISTRICT	34
11. CONTRAT ENTRE LE MSPLS ET LES HÔPITAUX NATIONAUX.....	39
12. CONTRAT ENTRE LE MSPLS ET LES HÔPITAUX DE DISTRICT IMPLIQUÉS DANS LE PROJET FBP LABORATOIRE	44
13. CONTRAT ENTRE LE MSPLS ET LE CHUK POUR LA MISE EN ŒUVRE DU FBP ET FBP LABORATOIRE	50
14. CONTRAT ENTRE LE MSPLS ET LE LABORATOIRE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	56
15. CONTRAT ENTRE UN CENTRE DE SANTÉ ET UN PRESTATAIRE SECONDAIRE.....	60
16. CONTRAT ENTRE UN HÔPITAL ET UN PRESTATAIRE SECONDAIRE	63
17. CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE UNE FORMATION SANITAIRE ET LE PERSONNEL	66
18. CONTRAT ENTRE LE CPVV ET LES ASSOCIATIONS LOCALES.....	69
19. CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE LE MSPLS ET LES ECOLES PARAMÉDICALES.....	72
20. CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE LE MSPLS ET L'UP CHARGÉE DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP.....	81
21. CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE LE MSPLS ET LES UNITÉS DE PRESTATION DU NIVEAU CENTRAL	89
22. PROTOCOLE DE VÉRIFICATION COMMUNAUTAIRE DANS LA FOSA.....	97
23. QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE MÉNAGE EN FRANÇAIS.....	99

24. QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE MÉNAGE EN KIRUNDI.....	103
25. FICHE D'ÉCHANTILLONNAGE POUR ENQUÊTE COMMUNAUTAIRE	107
26. FICHE D'ENQUÊTE COMMUNAUTAIRE À REMETTRE À L'ENQUÊTEUR.....	108
27. FICHES D'ENQUÊTE COMMUNAUTAIRE POUR LES PRESTATIONS DES CDS (EN KIRUNDI)	109
28. FICHES D'ENQUÊTE COMMUNAUTAIRE POUR LES PRESTATIONS DES CDS (EN FRANÇAIS)	115
29. FICHES D'ENQUÊTE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU DES HÔPITAUX (EN KIRUNDI)	121
30. FICHES D'ENQUÊTE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU DES HÔPITAUX (EN FRANÇAIS).....	127
31. PLAN D'ACTION ANNUEL D'UN CENTRE DE SANTÉ.....	133
32. PLAN D'ACTION ANNUEL D'UN HÔPITAL DE DISTRICT	152
33. FORMULES POUR LE CALCUL DES CIBLES DES INDICATEURS DU PMA.....	173
34. FORMULES POUR LE CALCUL DES CIBLES DES INDICATEURS DU PCA.....	176
35. GRILLE D'ÉVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITÉ TECHNIQUE DES CENTRES DE SANTÉ.....	179
36. GRILLE D'ÉVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITÉ TECHNIQUE DES HÔPITAUX DE DISTRICT	199
37. GRILLE D'ÉVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITÉ TECHNIQUE DES HÔPITAUX NATIONAUX.....	225
38. GRILLE D'ÉVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA PERFORMANCE DU BDS	249
39. GRILLE D'ÉVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA PERFORMANCE DU BPS.....	266
40. GRILLE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU CPVV.....	282
41. GRILLE D'ÉVALUATION TRIMESTRIELLE DES ECOLES PARAMÉDICALES DE BURURI, NGOZI ET CANKUZO	287
42. GRILLE D'ÉVALUATION TRIMESTRIELLE DE L'ECOLE PARAMÉDICALE DE GITEGA.....	301
43. GRILLE DE PERFORMANCE TRIMESTRIELLE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DES RESSOURCES	315
44. GRILLE DE PERFORMANCE MENSUELLE DE LA CELLULE TECHNIQUE NATIONALE FBP	317
45. GRILLE DE PERFORMANCE TRIMESTRIELLE DE LA CT-FBP	319
46. GRILLES D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES UP DU NIVEAU CENTRAL : INDICATEURS GÉNÉRAUX	326
47. FICHE DE DÉCLARATION DES DONNÉES MENSUELLES DES CENTRES DE SANTÉ	337
48. FICHE DE DÉCLARATION DES DONNÉES MENSUELLES DES HÔPITAUX DE DISTRICT.....	338

49. FICHE DE DÉCLARATION DES DONNÉES MENSUELLES DES HÔPITAUX NATIONAUX	339
50. FICHE DE DÉCLARATION DES DONNÉES MENSUELLES DES CENTRES POUR HANDICAPÉS	340
51. FICHE DE DÉCLARATION DES DONNÉES MENSUELLES DU CNPK	341
52. FACTURE MENSUELLE POUR LES INDICATEURS DU PMA (CENTRE DE SANTÉ).....	342
53. FACTURE MENSUELLE POUR LES INDICATEURS DU PCA (HÔPITAL DE DISTRICT).....	344
54. FACTURE MENSUELLE POUR LES INDICATEURS DES HÔPITAUX NATIONAUX.....	346
55. FACTURE MENSUELLE POUR LES INDICATEURS DES CENTRES POUR HANDICAPÉS.....	348
56. FACTURE MENSUELLE POUR LES INDICATEURS DU CENTRE NEUROPSYCHIATRIQUE DE KAMENGE	350
57. RÈGLEMENT D'ORDRE INTÉRIEUR DU COMITÉ PROVINCIAL DE VÉRIFICATION ET DE VALIDATION.....	352

1. Indicateurs du Paquet Minimum d'Activités (Centres de Santé)

N°	Indicateurs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Tarif moyen national (Fbu)
1	Nouvelle Consultation Curative (≥ 5 ans)	Nombre de personnes âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie (exclu les femmes enceintes souffrant de pathologies concernées par la gratuité des soins, les cas d'IST, les cas de petite chirurgie)	Registre des consultations curatives de la FOSA	population / 12 x 65%	260
2	Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre des consultations curatives de la FOSA	population / 12x 35%	580
3	Une journée d'observation (≥ 5 ans)	Nombre de journées que le malade de 5 ans et plus passe au CDS au cours du mois pour observation du traitement ou en attente d'une référence. Cette période est limitée à 48 heures au maximum Journées d'Observation= Jour de sortie-Jour d'entrée	Registre d'hospitalisation (observation) d'une FOSA	pop / 1000 x 30jrs x 65%	430
4	Une journée d'observation (< 5 ans)	Nombre de journées que le malade de moins de 5 ans passe au CDS au cours du mois pour observation du traitement ou en attente d'une référence. Cette période est limitée à 48 heures au maximum. Journées d'Observation= Jour de sortie-Jour d'entrée	Registre d'hospitalisation (observation) d'une FOSA	pop / 1000 x 30jrs x 35%	920
5	Petite chirurgie < 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans reçus au cours du mois dans le service de petite chirurgie du CDS pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, extraction dentaire, incision d'abcès, drainage d'abcès	Registre de petite chirurgie	pop/12 x 7%	2 500

6	Référence et patient arrivé à l'hôpital	Nombre de patients référés à l'Hôpital au cours du mois. Il est à noter que les patients référés hors Province ne sont pas pris en compte sauf pour quelques Centres de Santé spécifiés dans une note ad hoc	Fiche de référence arrivée à l'hôpital, Registres de consultation, de maternité et d'hospitalisation, Registre des urgences	Consultations externes x 0,5%	2 500
7	Enfants complètement vaccinés	Nombre d'enfants de moins d'une année (< 12 mois) ayant reçu tous les antigènes (BCG, Pentavalent 1, Pentavalent 2, Pentavalent 3, VPO1, VPO2, VPO3) et VAR au cours du mois. Il est à noter que l'enfant doit avoir reçu tous ces antigènes dans la même formation sanitaire	Registre de vaccination de la FOSA	pop x 3,7% / 12	3 400
8	Femme enceinte complètement vaccinée contre le tétanos	Nombre de femmes enceintes primigestes ayant reçu 3 doses de VAT au cours de la grossesse (VAT 1 à 3) selon le calendrier national OU nombre de femmes enceintes multigestes vaccinées contre le tétanos lors de la première grossesse (VAT 1 à 3) et ayant reçue une dose de rappel (VAT 4 ou 5) au cours de la grossesse en cours	Registre des CPN	pop x 5% / 12	1 200
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Nombre de femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie ARV au CDS au cours du mois selon le protocole national	Registre PTME Protocole national PTME	Pop/12 x 5% x 4% /12)x 90% x 70%	15 000
10	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ mis sous le protocole PTME au cours du mois selon le schéma national	Registre PTME Protocole national PTME	Pop/12 x 3,7% x 4% x 90x 70%	15 000
11	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement pour le VIH au cours du mois (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats endéans 15 jours après le test	Registre CDV	Pop/12 x 7%	1 900

12	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV au CDS au cours du mois	Registre ARV	Pop/12 x 3% x 50% x 60%	15 000
13	Nombre de clients ARV suivi pendant 6 mois	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole pendant les 6 premiers mois	Registre ARV Protocole ARV	pop x 3% x 50% / 6 / 12 x 60%	42 500
14	Cas d'IST traités	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique	Registre de consultation curative	Pop x 5% /12 x 90%	950
15	Dépistage des cas TBC positifs	Nombre de nouveaux cas dépistés positifs pour la TBC au cours du mois	Registre TBC, Registre de labo	Pop x (87/100.000) /12 x60%	16 000
16	Nombre de cas TBC traités et guéris	Nombre de cas de TBC+ correctement traités selon le protocole national avec les examens du crachat négatifs au contrôle à la fin du traitement au cours du mois	Registre de TBC, Fiche de traitement	Pop x (87/100.000) x 6 mois/ 12 x 60%	38 000
17	Nouvelle consultation curative pour les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes vues en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie : les pathologies concernées sont Paludisme, HTA découverte pendant la grossesse, Diabète découvert pendant la grossesse, infection urinaire, menace d'accouchement prématuré, menace d'avortement, complications du pré et post partum	Registre CPN	pop x 5% /12 x 2	3 600
18	Accouchement eutocique	Nombre de cas d'accouchements eutocique (présentation céphalique du sommet avec un travail qui se déclenche spontanément entre la 37 ^{ème} et la 42 ^{ème} semaine d'aménorrhée) effectués au cours du mois avec l'assistance d'un personnel qualifié (minimum A3)	Registre de maternité	pop x 5% /12*80%	20 000

19	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	Nombre de femmes sous méthode contraceptive moderne (Exclu le préservatif, DIU et Implants) au cours du mois et dont les prestations ont été réalisées au niveau du CDS ou dans un poste secondaire reconnu par le District Sanitaire et le PNSR	Registre PF	pop x 22% / 12 x 21% x 4 x 90%	5 000
20	FP: Implants et DIU	Nombre de femmes chez qui le DIU ou l'implant ont été posés au cours du mois au niveau du CDS ou dans un poste secondaire reconnu par le District Sanitaire et le PNSR	Registre PF	pop x 22% / 12 x 2% x 90%	14 000
21	Consultation prénatale	Nombre de femmes enceintes se trouvant au 3 ^e trimestre de la grossesse qui effectuent la 3 ^e visite CPN au cours du mois et ayant effectué la 1 ^{ère} CPN au cours du premier trimestre de la grossesse et la 2 ^e CPN au cours du deuxième trimestre de la grossesse	Registre CPN	pop x 5% / 12 x 3	1 900
22	Consultation postnatale	Nombre de femmes qui ont effectué la 2 ^e Consultation postnatale (à 6 semaines après l'accouchement) au cours du mois et ayant effectué la 1 ^{ère} Consultation postnatale dans les 15 premiers jours suivant l'accouchement	Registre de consultation postnatale	pop x 3,7% / 12	1 900

2. Indicateurs du Paquet Complémentaire d'Activités (Hôpitaux de District)

N°	Indicateurs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Tarif moyen national (Fbu)
1	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (> =5 ans)	Nombre de personnes âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie (exclu les femmes enceintes souffrant de pathologies concernées par la gratuité des soins, les cas d'IST, les cas de petite chirurgie)	Registre de consultation médicale	population / 12 x 10% x 65%	1 000
2	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (< 5 ans)	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre de consultation médicale	population / 12 x 10% x 35%	4 000
3	Nouvelle consultation curative d'une femme enceinte par un médecin	Nombre de femmes enceintes vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie : les pathologies concernées sont Paludisme, HTA découverte pendant la grossesse, Diabète découvert pendant la grossesse, infection urinaire, menace d'accouchement prématuré, menace d'avortement, complications du pré et post partum, fistule obstétricale	Registre de consultation médicale	pop x 5% / 12 x 2 x 10%	10 000
4	Contre référence arrivée au CDS	Nombre de fiches de retro-information sur les références effectuées au cours du mois, envoyées par l'hôpital et arrivées au centre de santé référant. Il est à noter que les patients contre référés hors Province ne sont pas pris en compte sauf pour quelques Hôpitaux spécifiés dans une note ad hoc	Fiche de contre référence	pop x 1 / 12 x 0.5%	2 500
5	Chirurgie majeure	Nombre de cas d'interventions chirurgicales réalisées sous anesthésie générale ou locorégionale au cours du mois à l'exception de celles de la petite chirurgie et les césariennes	Registre des grandes interventions	pop / 12 x 0,5%	35 000

6	Petite chirurgie < 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans reçus au cours du mois dans le service de chirurgie de l'hôpital pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, extraction dentaire, incision d'abcès, drainage d'abcès, parage de plaies, réduction non sanglante des luxations ou fractures	Registre des petites chirurgies	pop / 12 x 1,5%	3 000
7	Accouchement eutocique	Nombre de cas d'accouchements eutocique (présentation céphalique du sommet avec un travail qui se déclenche spontanément entre la 37 ^{ème} et la 42 ^{ème} semaine d'aménorrhée) effectués au cours du mois avec l'assistance d'un personnel qualifié (minimum A3)	Registre de maternité Partogramme	pop x 5% / 12 x 10%	20 000
8	Césarienne	Nombre de césariennes réalisées à l'hôpital au cours du mois	Registre de maternité, Registre des opérations	pop x 5% / 12 x 10% x 50%	132 000
9	Accouchement dystocique	Nombre de cas d'accouchement effectués au cours du mois avec l'assistance d'un personnel qualifié (minimum A3) et ayant donné lieu à un travail prolongé, un déclenchement artificiel du travail, des difficultés mécaniques (bassin limite, handicap physique, circulaire du cordon), une prématurité ou mauvaise présentation (autre que céphalique)	Registre de maternité Partogramme	pop x 5% / 12 x 10% x 50%	40 000
10	Une journée d'hospitalisation pour les >= 5 ans	Nombre de journées que le malade âgé de 5 ans et plus, sorti de l'Hôpital au cours du mois , a passé sur le lit de l'hôpital pour traitement	Registre d'hospitalisation	pop / 2000 x 30 jrs x 65%	1 000
11	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans	Nombre de journées que le malade âgé de moins de 5 ans, sorti de l'Hôpital au cours du mois , a passé sur le lit de l'hôpital pour traitement	Registre d'hospitalisation	pop / 2000 x 30 jrs x 35%	3 800
12	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Nombre de femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie ARV à l'hôpital au cours du mois selon le protocole national	Registre PTME Protocole national PTME	pop x 5% x 4% / 12 x 10%	19 000

13	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ mis sous le protocole PTME au cours du mois selon le schéma national	Registre PTME Protocole national PTME	pop x 3,7% x 4% / 12 x 10%	19 000
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement pour le VIH au cours du mois (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats endéans 15 jours après le test	Registre CDV	pop / 12 x 2%	3 500
15	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV à l'hôpital au cours du mois	Registre ARV	pop x 4% x 50% / 12 x 40%	19 000
16	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole pendant les 6 premiers mois	Registre ARV Protocole ARV	pop x 4% x 50% / 6 / 12 x 40%	57 000
17	Cas d' IST traitées	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique	Registre de consultation externe	pop x 5% / 12 x 10%	1 300
18	Dépistage des cas TBC positifs	Nombre de nouveaux cas dépistés positifs pour la TBC au cours du mois	Registre TBC, Registre de labo	pop x (87/100.000) / 12 x 40%	15 000
19	Circoncision masculine	Nombre de cas de circoncisions masculines réalisées au cours du mois chez les hommes de 15 à 49 ans	Registre de chirurgie	Pop/12 x 45% x 48% x 1%	20 000
20	FP: Implants et DIU	Nombre de femmes sous méthode contraceptive moderne (Exclu le préservatif, DIU et Implants) au cours du mois et dont les prestations ont été réalisées au niveau de l'Hôpital	Registre PF	pop x 22% / 12 x 2% x 10%	14 000
21	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	Nombre de femmes chez qui le DIU ou l'implant ont été posés au cours du mois au niveau de l'Hôpital	Registre PF	pop x 22% / 12 x 21% x 4 x 10%	5 000
22	PF : méthode définitive	Nombre de personnes ayant bénéficié de vasectomie ou LDT comme méthode contraceptive au cours du mois	Registre PF	pop x 22% / 12 x 1%	60 000

3. Indicateurs du Paquet Tertiaire d'Activités (Hôpitaux Nationaux)

N°	Indicateurs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Tarif moyen national (Fbu)
1	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (< 5 ans)	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre de consultation médicale	population / 12 x 10% x 35%	15 000
2	Nouvelle consultation curative d'une femme enceinte par un médecin	Nombre de femmes enceintes vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie : les pathologies concernées sont Paludisme, HTA découverte pendant la grossesse, Diabète découvert pendant la grossesse, infection urinaire, menace d'accouchement prématuré, menace d'avortement, complications du pré et post partum, fistule obstétricale	Registre de consultation médicale Fiches de consultation des médecins	pop x 5% / 12 x 2 x 10%	30 000
3	Chirurgie majeure	Nombre de cas d'interventions chirurgicales réalisées sous anesthésie générale ou locorégionale au cours du mois à l'exception de celles de la petite chirurgie et les césariennes	Registre des grandes interventions	pop / 12 x 0,5%	56 000
4	Petite chirurgie < 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans reçus au cours du mois dans le service de chirurgie de l'hôpital pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, extraction dentaire, incision d'abcès, drainage d'abcès, parage de plaies, réduction non sanglante des luxations ou fractures	Registre des petites chirurgies	pop / 12 x 1,5%	5 000
5	Accouchement eutocique	Nombre de cas d'accouchements eutocique (présentation céphalique du sommet avec un travail qui se déclenche spontanément entre la 37 ^{ème} et la 42 ^{ème} semaine d'aménorrhée) effectués au cours du mois avec l'assistance d'un personnel qualifié (minimum A3)	Registre de maternité Partogramme Fiches d'accouchement	pop x 5% / 12 x 10%	20 000

6	Césarienne	Nombre de césariennes réalisées à l'hôpital au cours du mois	Registre de maternité, Registre des opérations	pop x 5% / 12 x 10% x 50%	240 000
7	Accouchement dystocique	Nombre de cas d'accouchement effectués au cours du mois avec l'assistance d'un personnel qualifié (minimum A3) et ayant donné lieu à un travail prolongé, un déclenchement artificiel du travail, des difficultés mécaniques (bassin limite, handicap physique, circulaire du cordon), une prématurité ou mauvaise présentation (présentation autre que céphalique)	Registre de maternité Partogramme Fiches d'accouchement	pop x 5% / 12 x 10% x 50%	50 000
8	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans	Nombre de journées que le malade âgé de moins de 5 ans, sorti de l'Hôpital au cours du mois , a passé sur le lit de l'hôpital pour traitement	Registre d'hospitalisation	pop / 2000 x 30 jrs x 35%	9 000
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Nombre de femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie ARV à l'hôpital au cours du mois selon le protocole national	Registre PTME Protocole national PTME	pop x 5% x 4% / 12 x 10%	20 000
10	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ mis sous le protocole PTME au cours du mois selon le schéma national	Registre PTME Protocole national PTME	pop x 3,7% x 4% / 12 x 10%	20 000
11	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement pour le VIH au cours du mois (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats endéans 15 jours après le test	Registre CDV	pop / 12 x 2%	3 500
12	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV à l'hôpital au cours du mois	Registre ARV	pop x 4% x 50% / 12 x 40%	20 000
13	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole pendant les 6 premiers mois	Registre ARV Protocole ARV	pop x 4% x 50% / 6 / 12 x 40%	57 000
14	Cas d' IST traitées	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique	Registre de consultation externe	pop x 5% / 12 x 10%	1 300

15	Circoncision masculine	Nombre de cas de circoncisions masculines réalisées au cours du mois chez les hommes de 15 à 49 ans	Registre de chirurgie	Pop/12 x 45% x 48% x 1%	20 000
16	FP: Implants et DIU	Nombre de femmes sous méthode contraceptive moderne (Exclu le préservatif, DIU et Implants) au cours du mois et dont les prestations ont été réalisées au niveau de l'Hôpital	Registre PF	pop x 22% /12 x 2% x 10%	14 000
17	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	Nombre de femmes chez qui le DIU ou l'implant ont été posés au cours du mois au niveau de l'Hôpital	Registre PF	pop x 22% / 12 x 21% x 4 x 10%	5 000
18	PF : méthode définitive	Nombre de personnes ayant bénéficié de vasectomie ou LDT comme méthode contraceptive au cours du mois	Registre PF	pop x 22% / 12 x 1%	60 000

4. Indicateurs des Centres pour Handicapés

N°	Indicateurs Centres pour handicapés	Définition	Outils de collecte	Tarif (Fbu)
1	Nouvelle Consultation Curative personne handicapée (> =5 ans)	Nombre de personnes handicapées de 5 ans et plus vues en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre des consultations	800
2	Nouvelle Consultation Curative personne handicapée (< 5 ans)	Nombre de personnes handicapées de moins de 5 ans vues en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre des consultations	2 000
3	Journée d'hospitalisation personne handicapée >= 5 ans	Nombre de journées que le malade handicapé âgé de 5 ans et plus passe sur le lit de l'hôpital pour traitement	Registre d'hospitalisation	2 500
4	Journée d'hospitalisation personne handicapée < = 5 ans	Nombre de journées que le malade handicapé âgé de moins de 5 ans passe sur le lit de l'hôpital pour traitement	Registre d'hospitalisation	5 000
5	Petite chirurgie < 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans reçus au cours du mois au Centre pour handicapé pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, extraction dentaire, incision, soins locaux, drainage d'abcès etc.	Registre de petite chirurgie	2 700
6	Référence et patients arrivés à l'Hôpital	Nombre de patients référés à l'Hôpital au ou dans un Centre spécialisé au cours du mois	Fiches de référence	2 700
7	Séance de rééducation fonctionnelle >= 5 ans	Nombre de séances de rééducation fonctionnelle réalisée au cours du mois chez les personnes de 5 ans et plus	Registre de rééducation fonctionnelle	2 700
8	Séance de rééducation fonctionnelle < 5 ans	Nombre de séances de rééducation fonctionnelle réalisée au cours du mois chez les personnes de moins de 5 ans	Registre de rééducation fonctionnelle	5 000
9	Pose d'un appareillage orthopédique > =5 ans	Nombre d'appareillages orthopédiques (prothèses, orthèses, chaussures orthopédiques, béquilles, corset, écharpe, minerve, cannes, tricycles, etc.) posés au cours du mois chez les personnes de 5 ans et plus	Registre d'appareillage orthopédique	7 000
10	Pose d'un appareillage orthopédique < 5 ans	Nombre d'appareillages orthopédiques (prothèses, orthèses, chaussures orthopédiques, béquilles, corset, écharpe, minerve, cannes, tricycles, etc.) posés au cours du mois chez les personnes de moins de 5 ans	Registre d'appareillage orthopédique	8 000
11	Chirurgie orthopédique	Nombre de cas d'interventions chirurgicales orthopédiques réalisées sous anesthésie générale ou locorégionale au cours du mois	Registre de chirurgie orthopédique	60 000

5. Indicateurs pour le Centre Neuro Psychiatrique de Kamenge

N°	Indicateurs CNPK	Définition	Outils de collecte	Tarif de base (Fbu)
1	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour des Malades somatiques (>= 5 ans)	Nombre de malades somatiques âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre de consultation pour malades somatiques	1 000
2	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour des Malades somatiques (< 5 ans)	Nombre de malades somatiques âgées de moins de 5 ans vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre de consultation pour malades somatiques	6 000
3	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour les Malades psychotiques (> =5 ans)	Nombre de malades psychotiques (psychoses, névroses, addictions, maladies neurologiques etc.) âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre de consultation pour malades psychotiques	1 500
4	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin Malades psychotiques (<5 ans)	Nombre de malades psychotiques (épilepsies, retards psychomoteurs, troubles du comportement etc.) âgées de moins de 5 ans vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie	Registre de consultation pour malades psychotiques	10 000
5	Consultation curative des malades psychotiques en clinique mobile	Nombre de malades psychotiques vues lors des interventions psychiatriques et psychosociales réalisées à l'intérieur du Pays ou dans des services décentralisés et intégrés au cours du mois	Registre de consultation pour cliniques mobiles	35 000
6	Journée hospitalisation Malades psychotiques >=5 ans	Nombre de journées que le malade psychotique âgé de 5 ans et plus est interné sur le lit du CNPK pour traitement et suivi	Registre d'hospitalisation	1 200
7	Journée hospitalisation Malades psychotiques < 5 ans	Nombre de journées que le malade psychotique âgé de moins de 5 ans est interné sur le lit du CNPK pour traitement et suivi	Registre d'hospitalisation	8 000
8	Référence dans un Hôpital	Nombre de cas psychiatriques présentant des complications somatiques référés dans un Hôpital au cours du mois	Fiches de références arrivées à l'Hôpital	2 500
9	Contre référence arrivée au CDS ou à l'Hôpital	Nombre de fiches de retro-information sur les références effectuées au cours du mois, envoyées par le CNPK et arrivées au centre de santé ou à l'hôpital référant	Fiches de contre référence arrivées au CDS ou à l'Hôpital	2 500

10	Petite chirurgie < 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans reçus au cours du mois pour des soins de petite chirurgie : suture de plaies, extraction dentaire, incision, drainage d'abcès etc.	Registre de petite chirurgie	3 000
11	Séances de psychothérapie	Nombre de séances d'entretien psychothérapeutiques réalisées au cours du mois pour les malades ambulants ou hospitalisés	Registre de psychothérapie	3 000
12	Séance de sociothérapie	Nombre de séances d'entretien socio thérapeutiques réalisées au cours du mois pour les malades ambulants ou hospitalisés	Registre de sociothérapie	3 000
13	Séance d'ergothérapie	Nombre de séances thérapie par le travail organisées au cours du mois pour les malades ambulants ou hospitalisés	Registre d'ergothérapie	3 000
14	Patient psychotique sous traitement suivi pendant 6 mois	Nombre de patients psychotiques suivi en ambulatoire ou en hôpital de jour pendant 6 mois après la sortie de l'hôpital	Registre	60 000
15	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement pour le VIH au cours du mois (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats endéans 15 jours après le test	Registre CDV	3 500
16	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV au CNPK au cours du mois	Registre ARV/Dossier malade	20 000
17	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole pendant les 6 premiers mois	Registre ARV	57 000
18	Cas des IST traitées	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique	Registre de consultation	1 300

6. Contrat de délégation de pouvoir entre le MSPLS et le CPVV

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Contrat de délégation de pouvoir entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et le Comité Provincial de Vérification et de Validation de

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA (MSPLS), représenté par le Directeur Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA d'une part ;

Et le Comité provincial de vérification et de validation, CPVV en sigle, représenté par son Président d'autre part ;

ETANT ENTENDU

Que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a mis en place, dans le cadre plus large de la politique nationale de Lutte contre la pauvreté et de la politique nationale sanitaire, une stratégie de Financement Basé sur la Performance (FBP) pour le financement des formations sanitaires à travers la prise en compte de la performance de certaines prestations (indicateurs);

Que dans ce cadre, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a associé tous les acteurs et partenaires nationaux à l'étude et à l'élaboration des stratégies nationales en rapport avec le Financement Basé sur la Performance (FBP) ;

Et que d'autre part le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a délégué dans chaque province les pouvoirs de passation, de gestion des contrats, de vérification et validation des résultats à un organe décentralisé appelé Comité Provincial de vérification et de validation (CPVV)

Ce Comité comprend deux sous unités : une sous unité technique de vérification composée de fonctionnaires et de contractuels, et une sous unité de validation.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUI

Article 1 : Des principes du Financement basé sur la Performance (FBP)

L'achat des services de santé à travers le système de financement basé sur la performance vise à améliorer l'accès aux soins et services préventifs, promotionnels et curatifs produits par les

Formations sanitaires (FOSA) sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des FOSA.

Les FOSA peuvent ainsi gérer les fonds reçus au titre du FBP et les autres recettes sur base de leurs priorités propres. Le CPVV s'engage ainsi à ne pas s'ingérer dans la gestion des fonds déjà versés aux formations sanitaires au titre du FBP.

Un mécanisme de primes de performance sur base des recettes globales de la FOSA est appliqué en utilisant un outil de planification financière appelé « **outil d'indice** » dans l'objectif d'augmenter la motivation du personnel de santé et ainsi entraîner une amélioration des performances quantitatives et qualitatives des services de santé.

Article 2 : De la nature du présent protocole d'accord

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du MSPLS et du CPVV dans le cadre de la politique nationale de Financement basé sur la performance dans le secteur de la Santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA se réserve le droit d'amender, le cas échéant, le mode de soutien aux FOSA ou sa stratégie nationale de financement du secteur de la santé.

Article 3 : Des engagements du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

Dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP), le Ministère s'engage à fournir toutes les instructions et l'appui nécessaire au CPVV, par le biais de la Cellule technique Nationale (CT-FBP), afin que le CPVV puisse remplir sa mission dans le cadre du FBP.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA s'engage à fournir au CPVV les moyens nécessaires pour la réalisation de sa mission.

Le Ministère s'engage à accorder au CPVV une prime trimestrielle liée à la performance dont le montant maximum (100%) est deFBU, soientFBU pour la sous-unité de vérification etFBU pour la sous-unité de validation.

Cette prime sera attribuée après une évaluation trimestrielle du CPVV par la CT-FBP sur base des critères de performance définis dans un document en annexe au présent contrat.

Un budget d'au moins 20% du montant reçu par la sous-unité validation doit être réservé au fonctionnement du CPVV.

Pour ce qui est de l'équipe de vérification du CPVV, les fonctionnaires de cette équipe reçoivent, en plus du salaire, une prime liée à la performance. Les contractuels sont rémunérés par les partenaires respectifs qui les ont engagés.

Article 4 : Des engagements du Comité provincial de vérification et de validation

Dans la province, le Comité détient par délégation du Ministère les fonctions suivantes : la signature, la gestion et le suivi des contrats, la vérification des prestations, la validation des résultats de la vérification, le suivi et évaluation des activités.

A ce titre, le Comité, signe, passe des contrats avec les formations sanitaires de la Province.

Le Comité, à travers son équipe technique de vérification, effectue la vérification quantitative dans les FOSA de la Province. En outre, chaque semestre, Il conduit les activités de vérification au niveau communautaire des prestations, à travers des sondages auprès de la communauté pour (i) vérifier l'existence des clients ou patients (ii) vérifier la véracité des prestations fournies aux clients et (iii) obtenir et documenter les avis des clients sur la qualité des services reçus.

Le sous unité de validation reçoit le rapport de l'équipe technique de vérification, confronte les résultats des vérificateurs avec les données du SIS avant de les valider.

Les membres du CPVV participent à la réunion semestrielle de validation des résultats de l'enquête communautaire.

Dans sa mission de suivi et évaluation des activités, le comité provincial s'assure de la mise en œuvre des recommandations formulées lors des réunions de validation des résultats.

Le CPVV à travers le MDPS, les MCD et les SIS s'assurent de la gestion et du suivi du contenu des contrats. Ainsi, le CPVV a la latitude de ne pas signer le contrat avec une FOSA si les conditions requises, notamment le Plan d'action Semestriel ne sont pas remplies.

Article 5 : Du règlement des litiges entre le CPVV et les Formations Sanitaires

En cas de litige concernant l'exécution des contrats entre le CPVV et les FOSA de la Province, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, à travers la CT-FBP, sera saisie par l'une ou l'autre partie.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA peut par ailleurs se saisir d'un cas de litige ou de dysfonctionnement avéré dans les relations entre le CPVV et les FOSA de la province.

Sur avis de la CT-FBP élargie, la DGSSLS prend des décisions finales et non susceptibles de recours. La CT-FBP assure le suivi de la mise en application de ces décisions.

Article 6 : De la durée et de la résiliation du présent accord

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour une durée d'une année.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA peut mettre fin au présent contrat par notification écrite au CPVV.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle...../...../.....

Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA,

Le Directeur Général des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA,

Nom et Prénom

Signature

Pour le Comite Provincial de Vérification et de validation de la province de

Le Président du CPVV

Nom et Prénom

Signature

7. Contrat de performance entre le MSPLS le BPS

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANET ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Contrat de performance entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et le Bureau Provincial de Santé de

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, (MSPLS en sigle) ci-après désigné « Le Ministère », représenté par le Directeur Général des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA;

Et le Bureau Provincial de la Santé, (BPS en sigle) ci-après désigné « Bureau Provincial » ou «BPS », représenté par son *Médecin Directeur* d'autre part ;

ETANT ENTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de Lutte contre la Pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités provinciales de la Provincede rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Dans le cadre du système du Financement basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA doit établir une relation contractuelle avec ses structures décentralisées pour assurer son rôle de régulation;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUI

Article 1 Des engagements du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

Dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP), le Ministère s'engage à fournir toutes les instructions et l'appui nécessaire au BPS, par le biais de la Cellule technique Nationale (CT-FBP), afin qu'il puisse remplir sa mission dans le cadre du FBP.

Le Ministère, s'engage à rémunérer le BPS pour l'accomplissement de sa mission conformément aux critères de performance définis dans un document en annexe du présent contrat.

Article 2 : Des engagements du Bureau Provincial de Santé

Le Bureau Provincial de Santé s'engage à assurer l'encadrement des BDS, à participer comme observateur à l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations des CDS et Hôpitaux de la Province.

Le Bureau Provincial s'engage à assurer le secrétariat du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV).

Le BPS s'engage à transmettre dans les délais tous les rapports du CPVV à la Cellule Technique Nationale y compris les déclarations de créances des différentes FOSA.

Article 3 : De l'évaluation du Bureau Provincial de Santé

Aux termes du présent contrat, le BPS sera évalué trimestriellement par la CT-FBP par rapport aux engagements repris à l'article 2 du présent contrat.

Les critères de performance ainsi que les modalités d'évaluation sont définis dans la grille en annexe.

Article 4 : De la rémunération du Bureau Provincial de Santé

Le BPS a une prime trimestrielle maximum deFBU correspondant à un pourcentage de performance de 100%.

La rémunération du BPS sera proportionnelle au pourcentage de performance réalisé lors de l'évaluation.

Au moins 20% du montant reçu dans le cadre du FBP doit être réservé au fonctionnement du BPS.

Article 5 : Des sanctions contre les fraudes et manquement aux engagements

En cas de non respect de principes du FBP, le BPS s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes :

- La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- Le manquement aux engagements et/ou récidives des prestations de mauvaise qualité telle que constatées dans la grille de performance.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la stratégie de FBP.

Il reviendra à la CT-FBP de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie.

Article 6 : De la durée, de la modification et de la résiliation du contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature par toutes les parties en présence pour une durée d'une année.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA peut mettre fin au présent accord par notification écrite au BPS au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation du contrat.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../.../...

(En deux exemplaires)

Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA,

Le Directeur Général des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA

Nom et Prénom

Signature

Pour le Bureau Provincial de la Santé,

Le Médecin Directeur du BPS

Nom et Prénom

Signature

8. Contrat de Performance entre le MSPLS et le BDS

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Contrat de performance entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et le Bureau de District Sanitaire de

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, (MSPLS en sigle) ci-après désigné « Le Ministère », représenté par le Directeur Général des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA;

Et le Bureau de District Sanitaire, (BDS en sigle) ci-après désigné « BDS », représenté par *son Médecin Chef* d'autre part ;

ETANT ENTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de Lutte contre la Pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités provinciales de la Provincede rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Dans le cadre du système du Financement basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA doit établir une relation contractuelle avec ses structures décentralisées pour assurer son rôle de régulation;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article 1 : Des engagements du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

Dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP), le Ministère s'engage à fournir toutes les instructions et l'appui nécessaire au BDS, par le biais de la Cellule technique Nationale (CT-FBP), afin qu'il puisse remplir sa mission dans le cadre du FBP.

Le Ministère, s'engage à rémunérer le BDS pour l'accomplissement de sa mission conformément aux critères de performance définis dans un document en annexe du présent contrat.

Article 2 : Des engagements du Bureau du District Sanitaire

Le BDS s'engage à assurer la supervision et l'encadrement des formations sanitaires de son aire de responsabilité, et de participer comme observateur à l'évaluation trimestrielle de la qualité de leurs prestations.

Le BDS s'engage à participer régulièrement à la réunion mensuelle du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV).

Le BDS à assurer la disponibilité des médicaments essentiels dans sa pharmacie de District et au niveau de toutes les FOSA de son ressort.

Le BDS s'engage à transmettre à la hiérarchie et dans les délais les rapports périodiques d'activités ainsi que les rapports financiers.

Article 3 : De l'évaluation du Bureau de district sanitaire

Aux termes du présent contrat, le BDS sera évalué trimestriellement par la CT-FBP par rapport aux engagements repris à l'article 2 du présent contrat.

Les critères de performance ainsi que les modalités d'évaluation sont définis dans la grille en annexe.

Article 4 : De la rémunération du Bureau de district sanitaire

Le BDS a une prime trimestrielle maximum deFBU correspondant à un pourcentage de performance de 100%.

La rémunération du BDS sera proportionnelle au pourcentage de performance réalisé lors de l'évaluation.

Au moins 20% du montant reçu dans le cadre du FBP doit être réservé au fonctionnement du BDS.

Article 5 : Des sanctions contre les fraudes et manquement aux engagements

En cas de non respect de principes du FBP, le BDS s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes :

- La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- Le manquement aux engagements et/ou récidives des prestations de mauvaise qualité telle que constatées dans la grille de performance.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la stratégie de FBP.

Il reviendra à la CT-FBP de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie.

Article 6 : De la durée, de la modification et de la résiliation du contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature par toutes les parties en présence pour une durée d'une année.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA peut mettre fin au présent accord par notification écrite au BDS au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation du contrat.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../.../...

(En deux exemplaires)

Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA,

Le Directeur Général des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA

Nom et Prénom

Signature

Pour le Bureau du District Sanitaire,

Le Médecin Chef du BDS

Nom et Prénom

Signature

9. Contrat entre le CPVV et les Centres de Santé

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

COMITE PROVINCIAL DE VERIFICATION ET DE VALIDATION DE

Contrat entre le CPVV et le Centre de Santé de

Entre

Le Comité provincial de vérification et de validation de la province de ci-après désigné « Comité Provincial », représenté par Mme/Mlle/Mr/, Président du Comité Provincial, d'une part ;

Et

Le CDS de, ci-après désigné « Prestataire », représenté par et, respectivement Titulaire du CDS et Président du Comité de Santé, d'autre part ;

ATTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de Lutte contre la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités provinciales de de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Dans le cadre du système de Financement Basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a délégué au CPVV la tâche d'établir des contrats d'achats avec les formations sanitaires de sa province.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article 1 : Des principes du Financement Basé sur la Performance (FBP)

L'achat des services de santé à travers le système de financement basé sur la performance vise à améliorer l'accès aux soins et services préventifs, promotionnels et curatifs produits par les Formations sanitaires (FOSA) sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des FOSA.

Les FOSA peuvent ainsi gérer les fonds reçus au titre du FBP et les autres recettes sur base de leurs priorités propres. Le CPVV s'engage ainsi à ne pas s'ingérer dans la gestion des fonds déjà versés aux formations sanitaires au titre du FBP.

Un mécanisme de primes de performance sur base des recettes globales de la FOSA est appliqué en utilisant un outil de planification financière appelé « **outil d'indice** » dans l'objectif d'augmenter la motivation du personnel de santé et ainsi entraîner une amélioration des performances quantitatives et qualitatives des services de santé.

Article 2 : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du CPVV et du CDS dans le cadre de la mise en œuvre du Financement basé sur la performance dans le secteur de la santé sous l'égide du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA se réserve le droit d'adapter, le cas échéant, sa stratégie nationale de financement du secteur de la santé.

Article 3 : Rôles et responsabilités du Comité Provincial de vérification et de Validation

Le CPVV a été délégué par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour la passation et la gestion de tous les contrats d'achat avec les CDS de la province dans le cadre du FBP. A ce titre, le CPVV négocie avec les CDS les cibles à atteindre en guise de la performance.

Le CPVV gère les activités de vérification de la quantité de prestations fournies par les Formations Sanitaires. Il assure le suivi évaluation de la mise en œuvre des activités d'authentification des prestations à travers des sondages et des enquêtes auprès de la communauté ; et documente les opinions des clients sur la qualité des services reçus.

Le CPVV valide les rapports des prestations vérifiées par un quorum représentatif de tous ses membres.

Le CPVV à travers l'équipe technique de vérification calcule mensuellement le montant des rémunérations de la performance à verser à chaque CDS.

Sur base de ces calculs, le CPVV valide et transmet le rapport de validation des données au Bureau Provincial de la Santé qui à son tour se charge de la transmission de celui-ci au niveau central.

Article 4 : Rôles et responsabilités du CDS

Le CDS s'engage à fournir des services de qualité à la population bénéficiaire. Il s'engage en outre à fournir des données fiables et vérifiables en rapport à ses prestations.

Le CDS s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification tant pour les évaluations de la qualité que pour les vérifications de la quantité et assurer une tenue correcte des outils standards de collecte d'informations sanitaires.

Le CDS doit soumettre un plan d'action semestriel préalablement à la signature du présent contrat. Le plan d'action semestriel est annexé au présent contrat et en fait partie intégrante.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Au titre du présent contrat, les prestations subventionnées sont reprises dans le document en annexe.

Article 6 : Rémunération des prestations de Santé

La rémunération des prestations se fera sur base d'un barème appliqué à la quantité de prestations produites pour chaque indicateur subventionné.

Un bonus ou un malus selon le cas, sera appliqué au CDS en fonction du score de qualité globale obtenu en utilisant la grille de qualité et les résultats des enquêtes de satisfaction communautaire, conformément aux modalités décrites dans le Manuel des Procédures.

Article 7: Mécanismes de vérification et de validation

Le CPVV, par le biais de son équipe technique de vérification, a pour tâche de vérifier mensuellement la quantité des prestations pour les indicateurs subventionnés.

Les résultats de cette vérification sont ensuite validés par le CPVV (un quorum représentatif de ses membres est requis).

Par ailleurs, des enquêtes communautaires auprès des clients sont commanditées par le CPVV, qui passe des contrats avec des associations locales en vue de s'assurer de l'authenticité des données et de la satisfaction de la communauté.

En outre, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA se réserve le droit d'ordonner la vérification des indicateurs supplémentaires non subventionnés dans le cadre du FBP, dans le souci de promouvoir la qualité de l'ensemble des données et du renforcement du système d'information sanitaire en général.

Enfin, les équipes d'une ONG indépendante procéderont à l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations offertes par le CDS.

Article 8 : Des sanctions

En cas de non respect de principes du FBP, le CDS s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire du contrat FBP pour les raisons suivantes :

- le non respect de l'Ordonnance ministérielle portant subvention des soins de santé aux enfants âgés de moins de 5 ans, des accouchements dans les FOSA et des pathologies liées à la grossesse ;
- la création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte dans le calcul de la rémunération de la Formation Sanitaire ;
- les prestations de mauvaise qualité tels que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- la mauvaise performance en fonction des objectifs fixés en collaboration avec le comité Provincial et tels que définis dans le plan d'action ;
- l'entrave aux activités de vérification, de contre-vérification et d'évaluation de la qualité.

Il reviendra au Bureau Provincial de la Santé en concertation avec le CPVV de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger au CDS conformément au présent article.

Article 9 : Durée du contrat

Ce contrat entre en vigueur à la date de sa signature par les 2 parties pour une durée de six mois. Le Contrat peut être résilié avant l'expiration de ladite période sur signification écrite par l'une de deux parties au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation.

En cas de non reconduction du contrat liant le CPVV et le CDS, le présent contrat sera résilié d'office ou, sur communication du CPVV, une autre partie pourra reprendre les droits et obligations du CDS en vertu du présent contrat.

Article 10 : De la modification du présent contrat

Les termes du présent contrat ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, sur avis de la Cellule Technique Nationale (CT-FBP).

Article 11 : Du règlement des litiges

Les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour régler les litiges à l'amiable et, à défaut de recourir à la médiation de la hiérarchie supérieure du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait en deux (2) exemplaires à le

Pour le Comité Provincial de Vérification et de Validation

Nom et Prénom

Signature

Pour la Formation Sanitaire

Titre

Nom et Prénom

Signature

Pour le Comité de Santé

Titre

Nom et Prénom

Signature

10. Contrat entre le CPVV et les Hôpitaux de District

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

COMITE PROVINCIAL DE VERIFICATION ET DE VALIDATION DE

Contrat entre le CPVV et l'Hôpital de District de

Entre

Le Comité Provincial de vérification et de validation de la province de,
ci-après désigné « Comité Provincial », représenté par Mme/Mlle/Mr/
....., Président du Comité Provincial, d'une part ;

Et

L'Hôpital de District de, ci-après désigné « Prestataire »,
représenté par Médecin Directeur ;

ATTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de Lutte contre la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités provinciales de de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Dans le cadre du système de Financement Basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a délégué au CPVV la tâche d'établir des contrats d'achats avec les formations sanitaires de sa province.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article 1 : Des principes du Financement basé sur la Performance (FBP)

L'achat des services de santé à travers le système de financement basé sur la performance vise à améliorer l'accès aux soins et services préventifs, promotionnels et curatifs produits par les Formations sanitaires (FOSA) sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des FOSA.

Les FOSA peuvent ainsi gérer les fonds reçus au titre du FBP et les autres recettes sur base de leurs priorités propres. Le CPVV s'engage ainsi à ne pas s'ingérer dans la gestion des fonds déjà versés aux formations sanitaires au titre du FBP.

Un mécanisme de primes de performance sur base des recettes globales de la FOSA est appliqué en utilisant un outil de planification financière appelé « **outil d'indice** » dans l'objectif d'augmenter la motivation du personnel de santé et ainsi entraîner une amélioration des performances quantitatives et qualitatives des services de santé.

Article 2 : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du CPVV et de l'Hôpital de District signataire dans le cadre de la stratégie nationale de Financement basé sur la performance dans le secteur de la santé sous l'égide du MSPLS. Le Ministère de la Santé Publique de Lutte contre le SIDA se réserve le droit d'adapter, le cas échéant, sa stratégie nationale de financement du secteur de la santé.

Article 3 : Rôles et responsabilités du Comité Provincial de vérification et de Validation

Le CPVV a été délégué par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour la passation et la gestion de tous les contrats d'achat avec les Formations Sanitaires de la province dans le cadre du FBP. A ce titre, le CPVV négocie avec les Formations Sanitaires les cibles à atteindre en guise de la performance.

Le CPVV gère les activités de vérification de la quantité de prestations fournies par les Formations Sanitaires. Il gère aussi les activités d'authentification des prestations à travers des sondages et des enquêtes auprès de la communauté, et documente les opinions des clients sur la qualité des services reçus.

Le CPVV valide les rapports des prestations vérifiées par un quorum représentatif de tous ses membres.

Le CPVV calcule mensuellement le montant des rémunérations de la performance à verser à l'hôpital de district.

Sur base de ces calculs, le CPVV transmet le rapport de validation des données au Bureau Provincial de la Santé qui à son tour se charge de la transmission de celui-ci au niveau central.

Article 4 : Rôles et responsabilités de l'Hôpital de District

L'Hôpital de District s'engage à fournir des services de qualité à la population bénéficiaire. Il s'engage en outre à fournir les données fiables et vérifiables de ses prestations.

L'Hôpital de District s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification tant pour les évaluations de la qualité que pour les vérifications de la quantité et à assurer une tenue correcte des outils standards de collecte d'informations sanitaires.

L'Hôpital de District doit soumettre un plan d'action préalablement à la signature du présent contrat. Le plan semestriel est annexé au présent contrat et en fait partie intégrante.

L'hôpital de district s'engage à participer aux évaluations interprovinciales de la qualité des hôpitaux par les pairs.

L'hôpital de district s'engage à prendre en charge les cas référés des FOSA et d'en assurer la contre référence.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Au titre du présent contrat, les prestations sont subventionnées au travers les indicateurs définis en annexe.

Article 6 : Rémunération des prestations

La rémunération des prestations se fera sur base d'un barème appliqué à la quantité de prestations produites pour chaque indicateur subventionné.

Un bonus ou un malus selon le cas sera appliqué à l'Hôpital de District en fonction du score de qualité globale obtenu en utilisant les résultats de l'évaluation de qualité technique ainsi que les résultats de la vérification communautaire.

Article 7: Mécanismes de vérification et de validation

Le CPVV, par le biais de son équipe technique de vérification a pour tâche de vérifier et de valider (par un quorum représentatif de ses membres) mensuellement la quantité des prestations pour les indicateurs subventionnés.

Par ailleurs, des enquêtes communautaires auprès des clients sont commanditées par le Comité Provincial, qui passe des contrats avec des associations locales en vue d'assurer l'authenticité de données et de la satisfaction de la communauté.

En outre, le Ministère de la Sante Publique et de la lutte contre le SIDA se réserve le droit d'ordonner la vérification des indicateurs supplémentaires non subventionnés dans le cadre du

FBP, dans le souci de promouvoir la qualité de l'ensemble des données et du renforcement du système d'information sanitaire en général.

Enfin, les équipes des pairs, en collaboration avec une ONG indépendante, procéderont à l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations offertes par l'Hôpital de district.

Article 8 : Des sanctions

En cas de non respect de principes du FBP, l'Hôpital de District s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire du contrat FBP pour les raisons suivantes :

- le non respect de l'Ordonnance ministérielle portant subvention des soins de santé aux enfants âgés de moins de 5 ans, des accouchements dans les structures de soins et des pathologies liées à la grossesse ;
- Création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte dans le calcul de la rémunération de l'hôpital de district ;
- Les prestations de mauvaise qualité telles que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- Mauvaise performance par rapport aux objectifs fixés en collaboration avec le comité Provincial et tels que définis dans le plan d'action ;
- Entrave aux activités de vérification, de contre-vérification et d'évaluation de la qualité.

Il reviendra au Bureau Provincial de la Santé et au CPVV de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'Hôpital de District conformément au présent article.

Article 9 : Durée du contrat

Ce contrat entre en vigueur à la date de sa signature par les 2 parties pour une durée de six mois. Le Contrat peut être résilié avant l'expiration de ladite période sur signification écrite par l'une de deux parties au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation.

En cas de non reconduction du contrat liant le MSPLS et le CPVV, le présent contrat sera résilié d'office ou, sur communication du Ministère, une autre partie pourra reprendre les droits et obligations du CPVV en vertu du présent contrat.

Article 10 : De la modification du présent contrat

Les termes du présent contrat ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA sur avis de la Cellule Technique Nationale (CT-FBP).

Article 11 : Du règlement des litiges

Les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour régler les litiges à l'amiable et, à défaut, de recourir à la médiation de la hiérarchie du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait en deux (2) exemplaires à le

Pour le Comité Provincial

Pour l'Hôpital de District

Le Président du CPVV

Le Directeur de l'Hôpital

Nom et Prénom

Nom et Prénom

Signature

Signature

11. Contrat entre le MSPLS et les Hôpitaux Nationaux

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Contrat entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et l'Hôpital National de

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, représenté par la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, ci-après désigné «le Ministère »;

Et

L'Hôpital National de, ci-après désigné « Prestataire », représenté par le Directeur de l'Hôpital, d'autre part ;

ATTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de réduction de la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Que cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités nationales de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Que dans le cadre du système de Financement Basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a délégué à la Direction Générale de la Santé Publique la tâche d'établir des contrats d'achats avec les Hôpitaux Nationaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article 1 : Des principes du Financement basé sur la Performance (FBP)

L'achat des services de santé à travers le système de financement basé sur la performance vise à améliorer l'accès aux soins et services préventifs, promotionnels et curatifs produits par les Formations sanitaires (FOSA) sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des FOSA.

Les FOSA peuvent ainsi gérer les fonds reçus au titre du FBP et les autres recettes sur base de leurs priorités propres. Un mécanisme de primes de performance sur base des recettes globales de la FOSA est appliqué en utilisant un outil de planification financière appelé « **outil d'indice** » dans l'objectif d'augmenter la motivation du personnel de santé et ainsi entraîner une amélioration des performances quantitatives et qualitatives des services de santé.

Article 2 : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du MSPLS et de l'Hôpital National signataire dans le cadre de la stratégie nationale de Financement basé sur la performance dans le secteur de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA se réserve le droit d'adapter, le cas échéant, sa stratégie nationale de financement du secteur de la santé.

Article 3 : Rôles et responsabilités du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

La Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS) a été déléguée par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour la passation et la gestion de tous les contrats d'achat avec les Hôpitaux nationaux.

A ce titre, la DGSSLS, à travers la Cellule Technique Nationale (CT-FBP) négocie avec les Hôpitaux Nationaux les performances à atteindre.

La Cellule Technique Nationale gère les activités de vérification de la quantité de prestations fournies par les Hôpitaux Nationaux, en collaboration avec les autres services du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

La Cellule Technique Nationale calcule mensuellement le montant des rémunérations de la performance à verser à chaque Hôpital National.

Sur base de ces calculs, la Cellule Technique Nationale transmet le rapport de validation des données des Hôpitaux Nationaux à la Direction Générale des Ressources qui à son tour se charge de la transmission au niveau du Ministère des Finances ou aux Partenaires Techniques et Financiers, selon la source de financement.

Article 4 : Rôles et responsabilités de l'Hôpital National

L'Hôpital National s'engage à fournir des services de qualité à la population bénéficiaire. Il s'engage en outre à fournir des données fiables et vérifiables en rapport à ses prestations.

L'Hôpital National s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification tant pour les évaluations de la qualité que pour les vérifications de la quantité et assurer une tenue correcte des outils standards de collecte d'informations sanitaires.

L'hôpital national s'engage à participer aux évaluations de la qualité des hôpitaux nationaux par les pairs.

L'hôpital National s'engage à prendre en charge les cas référés des FOSA et d'en assurer la contre référence.

L'Hôpital National doit soumettre un plan d'action semestriel préalablement à la signature du présent contrat. Le plan semestriel est annexé au présent contrat et en fait partie intégrante.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Au titre du présent contrat, les prestations sont subventionnées à travers les indicateurs définis en annexe au présent contrat.

Article 6 : Rémunération des prestations de Santé

La rémunération des prestations se fera sur base d'un barème appliqué à la quantité de prestations produites pour chaque indicateur subventionné.

Un bonus ou un malus selon le cas, pourra être appliqué à l'Hôpital National en fonction du score de qualité globale obtenu en utilisant la grille de qualité des Hôpitaux.

Article 7: Mécanismes de vérification et de validation

La Cellule Technique Nationale, en collaboration avec les services du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, a pour tâche de vérifier et de valider mensuellement la quantité des prestations pour les indicateurs subventionnés.

Par ailleurs, le Ministère de la Sante Publique et de la lutte contre le SIDA se réserve le droit d'ordonner la vérification des indicateurs supplémentaires non subventionnés dans le cadre du FBP, dans le souci de promouvoir la qualité de l'ensemble des données et du renforcement du système d'information sanitaire en général.

Enfin, les équipes des pairs, en collaboration avec une ONG indépendante, procéderont à l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations offertes par la l'Hôpital National.

Article 8 : Des sanctions

En cas de non respect des principes du FBP, l'Hôpital National s'expose a des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes notamment :

- le non respect de l'Ordonnance ministérielle portant subvention des soins de santé aux enfants âgés de moins de 5 ans, des accouchements dans les structures de soins et des pathologies liées à la grossesse ;
- la création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte dans le calcul de la rémunération de l'Hôpital National ;
- les prestations de mauvaise qualité tels que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- la mauvaise performance par rapport aux objectifs fixés en collaboration avec la Direction Générale de la Santé et tels que définis dans le plan d'action ;
- l'entrave aux activités de vérification, de contre-vérification et d'évaluation de la qualité.

Il reviendra à la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, sur avis de la CT-FBP de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que des sanctions à infliger à l'Hôpital National conformément au présent article.

Article 9 : Durée du contrat

Ce contrat entre en vigueur à la date de sa signature par les 2 parties pour une durée de six mois. Le Contrat peut être résilié avant l'expiration de ladite période sur signification écrite par l'une de deux parties.

En cas de non reconduction du contrat liant le MSPLS et l'hôpital national, le présent contrat sera résilié d'office ou, sur communication du Ministère, une autre partie pourra reprendre les droits et obligations de l'hôpital national en vertu du présent contrat.

Article 10 : De la modification du présent contrat

Les termes du présent contrat ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA sur avis de la Cellule Technique Nationale (CT-FBP).

Article 11 : Du règlement des litiges

Les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour régler les litiges à l'amiable et, à défaut, de recourir à la médiation de la hiérarchie supérieure du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait en deux (2) exemplaires à le

**Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
Le Directeur Général des services de santé et de la lutte contre le SIDA
Nom et Prénom
Signature**

**Pour l'Hôpital National
Le Directeur de l'Hôpital
Nom et Prénom
Signature**

12. Contrat entre le MSPLS et les Hôpitaux de District impliqués dans le projet FBP Laboratoire

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

COMITE PROVINCIAL DE VERIFICATION ET DE VALIDATION DE

Contrat entre le CPVV et l'Hôpital de District de
--

Entre

Le Comité Provincial de vérification et de validation de la province de,
ci-après désigné « Comité Provincial », représenté par Mme/Mlle/Mr/
....., Président du Comité Provincial, d'une part ;

Et

L'Hôpital de District de, ci-après désigné « Prestataire »,
représenté par Médecin Directeur ;

ATTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de lutte contre la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités provinciales de de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Dans le cadre du système de Financement Basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a délégué au CPVV la tâche d'établir des contrats d'achats avec les formations sanitaires de sa province.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article 1 : Des principes du Financement basé sur la Performance (FBP)

L'achat des services de santé à travers le système de financement basé sur la performance vise à améliorer l'accès aux soins et services préventifs, promotionnels et curatifs produits par les Formations sanitaires (FOSA) sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des FOSA.

Les FOSA peuvent ainsi gérer les fonds reçus au titre du FBP et les autres recettes sur base de leurs priorités propres. Le CPVV s'engage ainsi à ne pas s'ingérer dans la gestion des fonds déjà versés aux formations sanitaires au titre du FBP.

Un mécanisme de primes de performance sur base des recettes globales de la FOSA est appliqué en utilisant un outil de planification financière appelé « **outil d'indice** » dans l'objectif d'augmenter la motivation du personnel de santé et ainsi entraîner une amélioration des performances quantitatives et qualitatives des services de santé.

Article 2 : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du CPVV et de l'Hôpital de District signataire dans le cadre de stratégie nationale de Financement basé sur la performance dans le secteur de la santé sous l'égide du MSPLS. Le Ministère de la Santé Publique de Lutte contre le SIDA se réserve le droit d'adapter, le cas échéant, sa stratégie nationale de financement du secteur de la santé.

Article 3 : Rôles et responsabilités du Comité Provincial de vérification et de Validation

Le CPVV a été délégué par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour la passation et la gestion de tous les contrats d'achat avec les Formations Sanitaires de la province dans le cadre du FBP.

A ce titre, le CPVV négocie avec les Formations Sanitaires les cibles à atteindre en guise de la performance.

Le CPVV gère les activités de vérification de la quantité de prestations fournies par les Formations Sanitaires. Il gère aussi les activités d'authentification des prestations à travers des sondages et des enquêtes auprès de la communauté, et documente les opinions des clients sur la qualité des services reçus

Le CPVV valide les rapports des prestations vérifiées par un quorum représentatif de tous ses membres.

Le CPVV calcule mensuellement le montant des rémunérations de la performance à verser à l'hôpital de district.

Sur base de ces calculs, le CPVV transmet le rapport de validation des données au Bureau Provincial de la Santé qui à son tour se charge de la transmission de celui-ci au niveau central.

Article 4 : Rôles et responsabilités de l'Hôpital de District

L'Hôpital de District s'engage à fournir des services de qualité à la population bénéficiaire. Il s'engage en outre à fournir les données fiables et vérifiables de ses prestations.

L'Hôpital de District s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification tant pour les évaluations de la qualité que pour les vérifications de la quantité et à assurer une tenue correcte des outils standards de collecte d'informations sanitaires.

L'Hôpital de District doit soumettre un plan d'action semestriel préalablement à la signature du présent contrat. Le plan semestriel est annexé au présent contrat et en fait partie intégrante.

L'hôpital de district s'engage à participer aux évaluations interprovinciales de la qualité des hôpitaux par les pairs.

L'hôpital de district s'engage à prendre en charge les cas référés des FOSA et d'en assurer la contre référence.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Au titre du présent contrat, les prestations sont subventionnées à travers les indicateurs définis en annexe.

Article 6 : Rémunération des prestations

La rémunération des prestations se fera sur base d'un barème appliqué à la quantité de prestations produites pour chaque indicateur subventionné.

Un bonus ou un malus selon le cas sera appliqué à l'Hôpital de District en fonction du score de qualité globale obtenu en utilisant les résultats de l'évaluation de qualité technique ainsi que les résultats de la vérification communautaire.

Article 7 : Mécanismes de vérification et de validation

Le CPVV, par le biais de son équipe technique de vérification a pour tâche de vérifier et de valider (par un quorum représentatif de ses membres) mensuellement la quantité des prestations pour les indicateurs subventionnés.

Par ailleurs, des enquêtes communautaires auprès des clients sont commanditées par le Comité Provincial, qui passe des contrats avec des associations locales en vue d'assurer l'authenticité de données et de la satisfaction de la communauté.

En outre, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA se réserve le droit d'ordonner la vérification des indicateurs supplémentaires non subventionnés dans le cadre du

FBP, dans le souci de promouvoir la qualité de l'ensemble des données et du renforcement du système d'information sanitaire en général.

Enfin, les équipes des pairs, en collaboration avec une ONG indépendante, procéderont à l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations offertes par l'Hôpital de district.

Article 8 : Des modalités particulières relatives à la mise en œuvre du FBP au niveau du Laboratoire

Le projet East African Public Health Laboratory Network (EAPHLN) financé par la Banque Mondiale au niveau des cinq pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est comporte une sous composante Financement Basé sur la Performance. Au Burundi, les fonds prévus au titre de cette sous composante seront utilisés pour renforcer les laboratoires satellites au projet conformément au montage institutionnel du FBP existant comme cela est précisé dans la note additionnelle au Manuel des Procédures FBP.

Dans ce cadre, l'Hôpital s'engage à intégrer dans son plan d'action annuel ainsi que son plan d'action semestriel un chapitre spécifique qui précise les activités à développer pour porter la qualité du laboratoire aux standards régionaux visés par les objectifs du projet EAPHLN.

Une évaluation de la performance du laboratoire de l'Hôpital sera réalisée une fois par trimestre en utilisant la grille de contrôle pour l'accréditation des laboratoires (grille SLIPTA) et donnera droit à des subsides calculés en multipliant le score trimestriel obtenu (en pourcentage) au plafond déterminé qui est deUSD par trimestre.

A l'issue de cette évaluation, selon le score obtenu, l'Hôpital est classé dans une des catégories suivantes :

- ✓ No Stars (< 55%) : entre 0 et 142 points
- ✓ 1 Star (55 à 64%) : entre 143 et 165 points
- ✓ 2 Stars (65 à 74%) : entre 166 et 191 points
- ✓ 3 Stars (75 à 84%) : entre 192 et 217 points
- ✓ 4 Stars (85 à 94%) : entre 218 et 243 points
- ✓ 5 Stars (≥ 95%) : entre 244 et 258 points.

Cependant, si un laboratoire connaît une baisse de son score de qualité et passe à une catégorie d'étoile inférieure, le laboratoire reçoit la moitié des subsides correspondant au score obtenu. Un score de qualité inférieur à 50% ne donne droit à aucun subside.

Les fonds prévus pour une année et non dépensés sont utilisés pour augmenter le plafond de l'année suivante après analyse des facteurs sous-jacents.

Parallèlement, l'évaluation trimestrielle de la qualité technique de l'Hôpital va se poursuivre y compris pour le service de laboratoire conformément à la grille d'évaluation de la qualité des Hôpitaux contenus dans le manuel des procédures FBP. Cette évaluation donne droit à un bonus de qualité selon les modalités définies dans le manuel des procédures FBP.

En vue de permettre au laboratoire de se mettre à niveau, des fonds de démarrage vont être accordés au début de la mise en œuvre du projet pour améliorer la qualité des prestations. Ces fonds sont octroyés si et seulement si le PAA de l'Hôpital comprenant un chapitre spécifique au développement des services de laboratoire est acceptable, analysé et validé par la CT-FBP Elargie.

L'Hôpital s'engage à ouvrir un sous compte bancaire spécifique pour les fonds issus du projet EAPHLN.

L'Hôpital s'engage à utiliser les subsides du FBP issus du projet EAPHLN pour : (i) renforcer les activités de laboratoire conformément aux Plans d'Action élaborés par l'hôpital et dont le chapitre concernant le service de laboratoire a été validé avec l'équipe technique du projet du niveau central; (ii) renforcer le fonctionnement de l'Hôpital et (iii) motiver le personnel en utilisant l'outil d'indice des formations sanitaires.

Les modalités pratiques de mise en œuvre du FBP au niveau du laboratoire sont décrites dans le manuel des procédures FBP et dans le guide opérationnel pour la mise en œuvre du FBP au niveau laboratoire dans le cadre du projet EAPHLN.

L'équipe technique du projet assurera l'encadrement, le suivi et évaluation de l'exécution des PA et organisera éventuellement des audits ponctuels pour s'assurer de la gestion saine des fonds.

Article 9 : Des sanctions

En cas de non respect de principes du FBP, l'Hôpital de District s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire du contrat FBP pour les raisons suivantes :

- le non respect de l'Ordonnance ministérielle portant subvention des soins de santé aux enfants âgés de moins de 5 ans, des accouchements dans les structures de soins et des pathologies liées à la grossesse ;
- Création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte dans le calcul de la rémunération de l'hôpital de district ;
- Les prestations de mauvaise qualité telles que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- Mauvaise performance par rapport aux objectifs fixés en collaboration avec le comité Provincial et tels que définis dans le plan d'action ;
- Entrave aux activités de vérification, de contre-vérification et d'évaluation de la qualité.

Il reviendra au Bureau Provincial de la Santé et au CPVV de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'Hôpital de District conformément au présent article.

Article 10 : Durée du contrat

Ce contrat entre en vigueur à la date de sa signature par les 2 parties pour une durée de six mois. Le Contrat peut être résilié avant l'expiration de ladite période sur signification écrite par l'une de deux parties au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation.

En cas de non reconduction du contrat liant le MSPLS et le CPVV, le présent contrat sera résilié d'office ou, sur communication du Ministère, une autre partie pourra reprendre les droits et obligations du CPVV en vertu du présent contrat.

Article 11 : De la modification du présent contrat

Les termes du présent contrat ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA sur avis de la Cellule Technique Nationale (CT-FBP).

Article 12 : Du règlement des litiges

Les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour régler les litiges à l'amiable et, à défaut, de recourir à la médiation de la hiérarchie du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait en deux (2) exemplaires à le

Pour le Comité Provincial

Pour l'Hôpital de District

Le Président du CPVV

Le Directeur de l'Hôpital

Nom et Prénom

Nom et Prénom

Signature

Signature

13. Contrat entre le MSPLS et le CHUK pour la mise en œuvre du FBP et FBP Laboratoire

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Contrat entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et l'Hôpital National

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, représenté par la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, ci-après désigné «le Ministère »;

Et

L'Hôpital National de, ci-après désigné « Prestataire », représenté par respectivement le Médecin Directeur et Président du Conseil d'Administration, d'autre part ;

ATTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de réduction de la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Que cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités nationales de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Que dans le cadre du système de Financement Basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a délégué à la Direction Générale de la Santé Publique la tâche d'établir des contrats d'achats avec les Hôpitaux Nationaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article 1 : Des principes du Financement basé sur la Performance (FBP)

L'achat des services de santé à travers le système de financement basé sur la performance vise à améliorer l'accès aux soins et services préventifs, promotionnels et curatifs produits par les Formations sanitaires (FOSA) sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des FOSA.

Les FOSA peuvent ainsi gérer les fonds reçus au titre du FBP et les autres recettes sur base de leurs priorités propres. Un mécanisme de primes de performance sur base des recettes globales de la

FOSA est appliqué en utilisant un outil de planification financière appelé « **outil d'indice** » dans l'objectif d'augmenter la motivation du personnel de santé et ainsi entraîner une amélioration des performances quantitatives et qualitatives des services de santé.

Article 2 : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du MSPLS et de l'Hôpital National signataire dans le cadre de la stratégie nationale de Financement basé sur la performance dans le secteur de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA se réserve le droit d'adapter, le cas échéant, sa stratégie nationale de financement du secteur de la santé.

Article 3 : Rôles et responsabilités du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

La Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS) a été déléguée par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour la passation et la gestion de tous les contrats d'achat avec les Hôpitaux nationaux.

A ce titre, la DGSSLS, à travers la Cellule Technique Nationale (CT-FBP) négocie avec les Hôpitaux Nationaux les performances à atteindre.

La Cellule Technique Nationale gère les activités de vérification de la quantité de prestations fournies par les Hôpitaux Nationaux, en collaboration avec les autres services du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

La Cellule Technique Nationale calcule mensuellement le montant des rémunérations de la performance à verser à chaque Hôpital National.

Sur base de ces calculs, la Cellule Technique Nationale transmet le rapport de validation des données des Hôpitaux Nationaux à la Direction Générale des Ressources qui à son tour se charge de la transmission au niveau du Ministère des Finances ou aux Partenaires Techniques et Financiers, selon la source de financement.

Article 4 : Rôles et responsabilités de l'Hôpital National

L'Hôpital National s'engage à fournir des services de qualité à la population bénéficiaire. Il s'engage en outre à fournir des données fiables et vérifiables en rapport à ses prestations.

L'Hôpital National s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification tant pour les évaluations de la qualité que pour les vérifications de la quantité et assurer une tenue correcte des outils standards de collecte d'informations sanitaires.

L'hôpital national s'engage à participer aux évaluations de la qualité des hôpitaux nationaux par les pairs.

L'hôpital National s'engage à prendre en charge les cas référés des FOSA et d'en assurer la contre référence.

L'Hôpital National doit soumettre un plan d'action semestriel préalablement à la signature du présent contrat. Le plan semestriel est annexé au présent contrat et en fait partie intégrante.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Au titre du présent contrat, les prestations sont subventionnées à travers les indicateurs définis en annexe au présent contrat.

Article 6 : Rémunération des prestations de Santé

La rémunération des prestations se fera sur base d'un barème appliqué à la quantité de prestations produites pour chaque indicateur subventionné.

Un bonus ou un malus selon le cas, pourra être appliqué à l'Hôpital National en fonction du score de qualité globale obtenu en utilisant la grille de qualité des Hôpitaux.

Article 7 : Mécanismes de vérification et de validation

La Cellule Technique Nationale, en collaboration avec les services du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, a pour tâche de vérifier et de valider mensuellement la quantité des prestations pour les indicateurs subventionnés.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA se réserve le droit d'ordonner la vérification des indicateurs supplémentaires non subventionnés dans le cadre du FBP, dans le souci de promouvoir la qualité de l'ensemble des données et du renforcement du système d'information sanitaire en général.

Enfin, les équipes des pairs, en collaboration avec une ONG indépendante, procéderont à l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations offertes par la l'Hôpital National.

Article 8 : Des modalités particulières relatives à la mise en œuvre du FBP au niveau du Laboratoire

Le projet East African Public Health Laboratory Network (EAPHLN) financé par la Banque Mondiale au niveau des cinq pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est comporte une sous composante Financement Basé sur la Performance. Au Burundi, les fonds prévus au titre de cette sous composante seront utilisés pour renforcer les laboratoires satellites au projet conformément au montage institutionnel du FBP existant comme cela est précisé dans la note additionnelle au Manuel des Procédures FBP.

Dans ce cadre, l'Hôpital s'engage à intégrer dans son plan d'action annuel ainsi que son plan d'action semestriel un chapitre spécifique qui précise les activités à développer pour porter la qualité du laboratoire aux standards régionaux visés par les objectifs du projet EAPHLN.

Une évaluation de la performance du laboratoire de l'Hôpital sera réalisée une fois par trimestre en utilisant la grille de contrôle pour l'accréditation des laboratoires (grille SLIPTA) et donnera droit à des subsides calculés en multipliant le score trimestriel obtenu (en pourcentage) au plafond déterminé qui est de Fbu par trimestre.

A l'issue de cette évaluation, selon le score obtenu, l'Hôpital est classé dans une des catégories suivantes :

- ✓ No Stars (< 55%) : entre 0 et 142 points
- ✓ 1 Star (55 à 64%) : entre 143 et 165 points
- ✓ 2 Stars (65 à 74%) : entre 166 et 191 points
- ✓ 3 Stars (75 à 84%) : entre 192 et 217 points
- ✓ 4 Stars (85 à 94%) : entre 218 et 243 points
- ✓ 5 Stars (≥ 95%) : entre 244 et 258 points.

Cependant, si un laboratoire connaît une baisse de son score de qualité et passe à une catégorie d'étoile inférieure, le laboratoire reçoit la moitié des subsides correspondant au score obtenu. Un score de qualité inférieur à 50% ne donne droit à aucun subside.

Les fonds prévus pour une année et non dépensés sont utilisés pour augmenter le plafond de l'année suivante après analyse des facteurs sous-jacents.

En vue de permettre au laboratoire de se mettre à niveau, des fonds de démarrage vont être accordés au début de la mise en œuvre du projet pour améliorer la qualité des prestations. Ces fonds sont octroyés si et seulement si le PAA de l'Hôpital comprenant un chapitre spécifique au développement des services de laboratoire est acceptable, analysé et validé par la CT-FBP Elargie.

Parallèlement, l'évaluation trimestrielle de la qualité technique de l'Hôpital va se poursuivre y compris pour le service de laboratoire conformément à la grille d'évaluation de la qualité des Hôpitaux contenus dans le manuel des procédures FBP. Cette évaluation donne droit à un bonus de qualité selon les modalités définies dans le manuel des procédures FBP.

L'Hôpital s'engage à ouvrir un sous compte bancaire spécifique pour les fonds issus du projet EAPHLN.

L'Hôpital s'engage à utiliser les subsides du FBP issus du projet EAPHLN pour : (i) renforcer les activités de laboratoire conformément aux Plans d'Action élaborés par l'hôpital et dont le chapitre concernant le service de laboratoire a été validé avec l'équipe technique du projet du niveau central; (ii) renforcer le fonctionnement de l'Hôpital et (iii) motiver le personnel en utilisant l'outil d'indice des formations sanitaires.

Les modalités pratiques de mise en œuvre du FBP au niveau du laboratoire sont décrites dans le manuel des procédures FBP et dans le guide opérationnel pour la mise en œuvre du FBP au niveau laboratoire dans le cadre du projet EAPHLN.

L'équipe technique du projet assurera l'encadrement, le suivi et évaluation de l'exécution des PA et organisera éventuellement des audits ponctuels pour s'assurer de la gestion saine des fonds.

Article 9 : Des sanctions

En cas de non respect des principes du FBP, l'Hôpital National s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes notamment :

- le non respect de l'Ordonnance ministérielle portant subvention des soins de santé aux enfants âgés de moins de 5 ans, des accouchements dans les structures de soins et des pathologies liées à la grossesse ;
- la création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte dans le calcul de la rémunération de l'Hôpital National ;
- les prestations de mauvaise qualité tels que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- la mauvaise performance par rapport aux objectifs fixés en collaboration avec la Direction Générale de la Santé et tels que définis dans le plan d'action ;
- l'entrave aux activités de vérification, de contre-vérification et d'évaluation de la qualité.

Il reviendra à la Direction Générale des services de sante et de la lutte contre le SIDA, sur avis de la CT-FBP de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que des sanctions à infliger à l'Hôpital National conformément au présent article.

Article 10 : Durée du contrat

Ce contrat entre en vigueur à la date de sa signature par les 2 parties pour une durée de six mois. Le Contrat peut être résilié avant l'expiration de ladite période sur signification écrite par l'une de deux parties.

En cas de non reconduction du contrat liant le MSPLS et l'hôpital national, le présent contrat sera résilié d'office ou, sur communication du Ministère, une autre partie pourra reprendre les droits et obligations de l'hôpital national en vertu du présent contrat.

Article 11 : De la modification du présent contrat

Les termes du présent contrat ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA sur avis de la Cellule Technique Nationale (CT-FBP).

Article 12 : Du règlement des litiges

Les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour régler les litiges à l'amiable et, à défaut, de recourir à la médiation de la hiérarchie supérieure du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait en deux (2) exemplaires à le

Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

Le Directeur Général de la Santé Publique

Nom et Prénom

Signature

Pour l'Hôpital National

Le Directeur de l'Hôpital

Nom et Prénom

Signature

14. Contrat entre le MSPLS et le laboratoire de l'Institut National de Santé Publique

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Contrat de Performance entre le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA(MSPLS) et l'Institut National de Santé Publique (INSP)

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, représenté par le Directeur Général des services de santé et de la lutte contre le SIDA, ci-après désigné «le Ministère »;

Et

L'Institut National de Santé Publique (INSP) ci-après désigné « Prestataire », représenté par le Directeur Général, d'autre part ;

ATTENDU QUE

La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de réduction de la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Que cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités nationales de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Que dans le cadre du système de Financement Basé sur la Performance, les unités de prestation du niveau central du MSP doivent contribuer à la mise en œuvre du FBP au niveau national par le renforcement de leur fonction de régulation ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article 1 : De la nature du contrat

Le projet East African Public Health Laboratory Network (EAPHLN) financé par la Banque Mondiale au niveau des cinq pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est comporte une sous composante Financement Basé sur la Performance. Au Burundi, les fonds prévus au titre de cette sous

composante seront utilisés pour renforcer les laboratoires dont le laboratoire de l'Institut National de Santé Publique (INSP).

Ce contrat institue un cadre de paiement de subvention au laboratoire de l'Institut National de Santé Publique en contrepartie de sa performance. La rémunération dans le cadre du contrat de performance ne constitue aucunement un droit acquis.

Article 2 : Rôles et responsabilités du Ministère

La Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA a été déléguée par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA pour la passation et la gestion de tous les contrats d'achat avec les unités de prestation du niveau central dont l'Institut National de Santé Publique.

Le Ministère s'engage à appuyer le laboratoire de l'INSP pour le renforcement des activités relatives aux missions principales d'un laboratoire de référence nationale.

Article 3 : Rôles et responsabilités du Prestataire

L'INSP à travers son laboratoire de référence nationale, s'engage à fournir des services de laboratoire de qualité à la population bénéficiaire. Il s'engage en outre à fournir des données fiables et vérifiables en rapport à ses prestations.

L'INSP s'engage à se mettre à la disposition des équipes d'évaluation de la qualité des prestations de son laboratoire une fois par trimestre.

L'INSP s'engage à produire un plan d'action annuel et des plans d'action semestriel pour l'amélioration des prestations de son laboratoire de référence nationale en santé publique.

L'INSP s'engage à ouvrir un sous compte bancaire spécifique destiné à recueillir les fonds obtenus en utilisant la grille SLIPTA dans le cadre du projet EAPHLN financé par la Banque Mondiale.

L'INSP s'engage à utiliser une partie des fonds reçus pour : (i) renforcer les activités de laboratoire ; (ii) renforcer le fonctionnement de l'INSP ; (iii) recouvrer les coûts des soins des examens de laboratoire des enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes bénéficiaires de la politique de gratuité des soins et (iv) motiver le personnel du laboratoire en utilisant l'outil d'indice des formations sanitaires.

Les modalités pratiques de mise en œuvre du FBP au niveau du laboratoire sont décrites dans le manuel des procédures FBP et dans le guide opérationnel pour la mise en œuvre du FBP au niveau laboratoire dans le cadre du projet EAPHLN.

Article 4 : Evaluation de la performance du laboratoire de l'INSP

L'évaluation de la qualité des prestations du laboratoire de l'INSP se fera chaque trimestre à l'aide de la grille de contrôle pour l'accréditation des laboratoires (critères SLIPTA).

Elle sera réalisée, selon un calendrier établi par la CT FBP, par une équipe d'experts laborantins du niveau national formés sur l'utilisation de la grille SLIPTA.

Selon le score obtenu, le laboratoire est classé dans une des catégories suivantes :

- ✓ No Stars (< 55%) : entre 0 et 142 points
- ✓ 1 Star (55 à 64%) : entre 143 et 165 points
- ✓ Stars (65 à 74%) : entre 166 et 191 points
- ✓ Stars (75 à 84%) : entre 192 et 217 points
- ✓ Stars (85 à 94%) : entre 218 et 243 points
- ✓ Stars (≥ 95%) : entre 244 et 258 points.

Cependant, si le laboratoire connaît une baisse de son score de qualité et passe à une catégorie d'étoile inférieure, le laboratoire reçoit la moitié des subsides correspondant au score obtenu. Un score de qualité inférieur à 50% ne donne droit à aucun subside.

Article 5 : Rémunération des prestations de Santé

La rémunération du laboratoire de l'INSP sera calculée en multipliant le score trimestriel obtenu (en pourcentage) au plafond déterminé qui est deFbu par trimestre.

Les fonds prévus pour une année et non dépensés sont utilisés pour augmenter le plafond de l'année suivante après analyse des facteurs sous-jacents.

En vue de permettre au laboratoire de se mettre à niveau, des fonds de démarrage vont être accordés au début de la mise en œuvre du projet pour améliorer la qualité des prestations. Ce fonds sont octroyés si et seulement si le PAA de l'INSP est acceptable, analysé et validé par la CT-FBP Elargie.

Article 6 : Des sanctions

En cas de non respect de principes du FBP, l'INSP s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ Création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document ;
- ✓ Les prestations de mauvaise qualité tels que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité antérieure (en dessous de 50%) ;
- ✓ Entrave aux activités d'évaluation de la qualité.

Il reviendra au Ministère de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger au prestataire conformément au présent article.

Article 7 : Durée du contrat

Ce contrat entre en vigueur à la date de sa signature par les 2 parties pour une durée de six mois renouvelable. Le Contrat peut être résilié avant l'expiration de ladite période sur signification écrite par l'une de deux parties.

Article 8 : De la modification du présent contrat

Les termes du présent contrat ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord de deux parties sur avis de la Cellule Technique Nationale (CT-FBP).

Article 9 : Du règlement des litiges

Les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour régler les litiges à l'amiable et, à défaut, de recourir à la médiation de la hiérarchie supérieure du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA. Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait en deux (2) exemplaires à Bujumbura, le

**Pour le Ministère de la Santé Publique
et de la lutte contre le SIDA**

Pour l'Institut National de Santé Publique

**Le Directeur Général des services de santé
et de la lutte contre le SIDA**

Le Directeur Général de l'INSP

Nom et Prénom

Nom et Prénom

Signature

Signature

15. Contrat entre un Centre de Santé et un Prestataire Secondaire

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

BUREAU PROVINCIAL DE SANTE DE

BUREAU DE DISTRICT SANITAIRE DE

CENTRE DE SANTE DE

**Contrat Secondaire de performance entre le Centre de Santé de
et un Prestataire secondaire (CDS/Association)**

Entre

Le CDS

District Sanitaire de :, Province Sanitaire de

Représenté par son titulaire (Nom et Prénom).....

(Partie contractante)

Et

Le CDS / Association

Représenté par son Titulaire/Représentant Légal (Nom et Prénom)

.....

(Partie prestataire Secondaire)

Concernant les procédures et les obligations des deux parties pour le financement des prestations dans le cadre de la stratégie du Financement de la Santé Basé sur la performance, fait sous la responsabilité du Centre de santé ayant le contrat principal, comme convenu ci-dessous.

Article 1 : Nature de la Prestation

Le présent contrat concerne des indicateurs pour lesquels le Centre de santé ayant le contrat principal est subventionné par la stratégie **Financement Basé sur la Performance selon le contenu du Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi**. Ces indicateurs sont repris en annexe et le contrat peut concerner la réalisation de tout ou une partie de ces indicateurs.

Article 2 : Engagements mutuels

Le prestataire Secondaire s'engage à :

- Participer à l'élaboration du plan d'action semestriel et annuel du centre de santé ayant le contrat principal de la zone de Responsabilité ;
- Livrer des prestations d'une bonne qualité;
- Enregistrer ses activités selon les canevas standard pour les Documents de Base comme élaborés par le MSPLS ;
- Elaborer un rapport mensuel SIS de ses prestations et une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP ;
- Soumettre chaque fin du mois son rapport des activités au titulaire du CDS ayant le contrat principal ;
- Appliquer la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Se soumettre aux vérifications mensuelles des prestations quantitatives effectuées par l'équipe technique de vérification du CPVV (Comité Provincial de Vérification et de Validation) et aux évaluations trimestrielles de la qualité des prestations effectuées par une ONG indépendante.

Le CDS ayant le contrat principal s'engage à:

- Superviser les activités du prestataire secondaire ;
- Donner l'appui technique nécessaire au prestataire secondaire ;
- Incorporer les résultats mensuels du prestataire secondaire dans les rapports SIS et les rapports mensuels de vérification à soumettre à l'équipe technique de vérification du CPVV ;
- Payer mensuellement les activités du prestataire secondaire selon le barème des prestations se trouvant en annexe de la présente.

Article 3 : Paiement de la prestation

Le paiement des prestations se fait au plus tard 5 jours ouvrables après paiement du CDS ayant le contrat principal **selon le barème des prestations se trouvant en annexe au présent contrat.**

La partie prestataire secondaire (CDS, Association) reçoit 90% de la subvention accordée sur ses prestations tandis que la partie contractante (CDS ayant le contrat principal) reçoit 10% de la subvention accordée pour les prestations du CDS ou Association ayant un contrat secondaire.

Article 4 : Modalités de paiement

Le montant sera viré au compte bancaire du prestataire secondaire N°..... ouvert à, au nom de

Article 5 : Vérification des prestations

Le prestataire secondaire consent que les vérificateurs du CPVV fassent une vérification des prestations déclarées.

Il consent également à subir chaque trimestre une évaluation de la qualité de ses prestations. Si le score de qualité du prestataire secondaire est inférieur à 60%, celui-ci ne sera pas payé pour les prestations quantitatives du mois suivant le trimestre.

Article 6 : Sanctions des fraudes

La non présentation du rapport SIS mensuel par le contractant secondaire ou de la fiche de données déclarées dans le cadre du FBP conduit à l'annulation de la facture pour le mois concerné.

La présentation de données statistique incomplètes de la part du prestataire secondaire peut conduire à l'annulation du paiement des subsides pour le mois concerné.

S'il y a fraude d'informations dans le remplissage des Documents de base, aucune subvention ne sera attribuée au prestataire pour le mois en question.

Article 7 : Règlements de litiges

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution de ce contrat, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera porté au niveau de l'Equipe Cadre du District Sanitaire qui pourra prendre les décisions appropriées.

Article 8 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée de six mois renouvelables à partir du au , date de fin de ce contrat.

Fait à Le...../...../

Lu et approuvé

Le Titulaire du CDS

ayant le contrat Principal

Nom et Prénom

Signature

Le Responsable

du CDS/Association

Nom et Prénom

Signature

Le Président du Comité de Santé

16. Contrat entre un Hôpital et un Prestataire Secondaire

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

PROVINCE SANITAIRE DE

DISTRICT SANITAIRE DE

HOPITAL DE

**Contrat Secondaire de performance entre l'Hôpital et
l'Hôpital Privé/Clinique Privée/Cabinet médical.....**

Entre l'Hôpital de

District Sanitaire de :, Province Sanitaire de,

Représenté par son Directeur (Nom et Prénom).....

(Partie contractante)

Et

Hôpital Privé/ Clinique Privée/ Cabinet Médical / Association

Représenté par son Directeur (Nom et Prénom)

(Partie prestataire Secondaire)

Concernant les procédures et les obligations des deux parties pour le financement des prestations dans le cadre du Financement de la Santé Basé sur la performance, fait sous la responsabilité de l'Hôpital ayant le contrat principal.

Article 1 : Nature de la Prestation

Le présent contrat concerne des indicateurs pour lesquels l'Hôpital ayant le contrat principal est subventionné par l'approche **Financement Basé sur la Performance selon le contenu du Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi**. Ces indicateurs sont repris en annexe et le contrat peut concerner la réalisation de tout ou une partie de ces indicateurs.

Article 2 : Engagements mutuels

Le prestataire Secondaire s'engage à :

- Réaliser tout ou une partie des indicateurs subventionnés dans le cadre du FBP ;
- Soumettre un Plan d'action semestriel à l'Hôpital ayant le Contrat Principal ;
- Livrer des prestations de bonne qualité;
- Enregistrer ses activités selon les canevas standards pour les Documents de Base comme élaborés par le MSPLS ;
- Elaborer un rapport mensuel SIS de ses prestations et une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP ;
- Appliquer la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Soumettre chaque fin du mois son rapport des activités à l'Hôpital ayant le contrat principal ;
- Se soumettre aux vérifications mensuelles des prestations quantitatives effectuées par l'équipe technique de vérification du CPVV (Comité Provincial de Vérification et de Validation) ou par la Cellule Technique Nationale (pour les Hôpitaux Nationaux) et aux évaluations trimestrielles de la qualité des prestations effectuées par les Pairs (Hôpitaux entre eux).

Le Directeur de l'Hôpital ayant le contrat principal s'engage à:

- Superviser les activités du prestataire secondaire ;
- Donner l'appui technique nécessaire au prestataire secondaire ;
- Incorporer les résultats mensuels dans les rapports SIS et les rapports mensuels de vérification à soumettre à l'équipe technique de vérification du CPVV ou à la Cellule Technique Nationale (pour les Hôpitaux Nationaux);
- Payer mensuellement les activités du prestataire secondaire selon le barème des prestations se trouvant en annexe de la présente.

Article 3 : Paiement de la prestation

Le paiement des prestations se fait au plus tard 5 jours après paiement de l'Hôpital ayant le contrat principal **selon le barème des prestations se trouvant en annexe au présent contrat.**

La partie prestataire secondaire (Hôpital Privé, Clinique Privée, Cabinet Médical, Association) reçoit 85% de la subvention accordée tandis que la partie contractante (Hôpital ayant le contrat principal) reçoit 15% de la subvention accordée pour les prestations du prestataire secondaire.

Article 4 : Modalité de paiement

Le montant sera viré au compte bancaire du prestataire secondaire N°....., ouvert à, au nom de

Article 5 : Vérification des Prestations

Le prestataire secondaire consent que les vérificateurs du CPVV ou de la Cellule Technique Nationale (pour les Hôpitaux Nationaux) exécuteront une vérification mensuelle des prestations quantitatives déclarées.

Il consent également à subir chaque trimestre une évaluation de la qualité de ses prestations. Si le score de qualité du prestataire secondaire est inférieur à 60%, celui-ci ne sera pas payé pour les prestations quantitatives du mois suivant le trimestre.

Article 6 : Sanctions des fraudes

La non présentation du rapport SIS mensuel par le contractant secondaire ou de la fiche de données déclarées dans le cadre du FBP conduit à l'annulation de la facture pour le mois concerné.

La présentation de données statistique incomplètes de la part du prestataire secondaire peut conduire à l'annulation du paiement des subsides pour le mois concerné.

S'il y a fraude d'informations dans le remplissage des Documents de base, aucune subvention ne sera attribuée au prestataire pour le mois en question.

Article 7: Règlements de litiges

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution de ce contrat, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera porté au niveau de l'Equipe Cadre du District Sanitaire ou au niveau de la Direction Générale de la Santé Publique (pour les Hôpitaux Nationaux) qui pourra prendre les décisions appropriées.

Article 8 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée de six mois renouvelable à partir du au , date de fin de ce contrat.

Fait à Le...../...../

Lu et approuvé

Le Directeur de l'Hôpital

Le Directeur de l'Hôpital Privé/

ayant le contrat Principal

Clinique Privée/Cabinet Médical/Association

Nom et Prénom

Nom et Prénom

Signature

Signature

17. Contrat de performance entre une Formation Sanitaire et le personnel

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

PROVINCE SANITAIRE DE

DISTRICT SANITAIRE DE

HOPITAL/CENTRE DE SANTE DE

**Contrat de performance entre Formation Sanitaire de
.....et un membre du personnel**

Le Comité de Gestion de la Formation Sanitaire de représenté par son Président,..... Et Mr / Mme / M^{lle}, occupant le poste de et ci-après dénommé(e) « employé », déclarent avoir conclu un accord sur le paiement de primes de motivation liées à la performance selon les modalités suivantes :

Article 1 : Des généralités

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du financement basé sur la performance mis en place dans le système de santé au BURUNDI, et plus spécifiquement dans le cadre du contrat fixant la rémunération des formations sanitaires (FOSA) sur base de leur performance conclu entre la FOSA de....., et le Comité de Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) de la Province de

Il est entendu que la rémunération de la performance dont il est question dans le contrat entre le CPVV et la FOSA constitue un avantage et pas un droit. En cas de force majeure, le Gouvernement du BURUNDI ou les partenaires extérieurs pourraient décider de cesser le paiement des subventions avant la date de clôture du contrat. Le contrat de motivation institue un régime de rémunération conditionnelle à l'employé, par des primes variables selon la performance, en contrepartie de son travail personnel et du respect de ses engagements.

Article 2 : Des conditions du contrat

L'employé reconnaît avoir pris connaissance des conditions du présent contrat, qui inclut le respect du Règlement d'Ordre Intérieur de la FOSA ainsi que la description de son profil de poste détaillant les tâches lui assignées.

Le contrat de motivation est différent du contrat de travail. Par contre, le contrat de motivation prend automatiquement fin et sans redevance dès que le contrat de travail est rompu par l'une ou l'autre des parties.

Article 3 : Des conditions requises pour l'octroi de la prime de performance au personnel.

L'octroi de la prime de performance au personnel n'est pas automatique à la fin de chaque mois. Il est subordonné à deux conditions : (i) Les recettes du mois précédent doivent être supérieures aux prévisions de dépenses du mois suivant ; (ii) la FOSA doit disposer d'une réserve financière en Banque permettant de couvrir au mois deux mois de fonctionnement. Si ces deux conditions sont réunies, l'enveloppe pour prime de performance à partager entre tous les membres du personnel ne peut excéder 30% des recettes globales de la FOSA, toute source confondue.

Article 4 : De la validité

La validité du présent contrat est strictement subordonnée à l'existence et à la durée du contrat fixant la rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance conclu entre la FOSA et le CPVV. Si ce dernier venait à prendre fin conformément aux clauses qui lui sont propres, le présent contrat devra être considéré comme nul et non avenue.

Article 5 : De l'engagement des parties

L'employé s'engage d'une part à respecter les différentes obligations qui lui sont assignées par le présent contrat et ses annexes. Il s'engage notamment à promouvoir l'accès de la population à des soins de santé de meilleure qualité, à travailler en harmonie et dans un esprit d'équipe avec ses collègues de la FOSA et veillera à ne pas entraver le bon fonctionnement de la stratégie de FBP. Il s'engage ainsi à contribuer personnellement à assurer la transparence et la véracité des informations qui seront transmises aux équipes de vérification et d'évaluation de la qualité des services. Il sait qu'il sera tenu responsable des erreurs ou fraudes commises par lui-même, et que les erreurs ou fraudes commises par l'un ou l'autre des membres de l'équipe de sa FOSA pourraient avoir un effet négatif sur son propre contrat de motivation.

Le Comité de Gestion représenté par son président s'engage d'autre part à évaluer mensuellement de manière objective et transparente, la performance de l'employé par rapport aux tâches qui lui sont assignées, et à payer mensuellement la prime de motivation telle que définie dans l'article 5, 6 et 7 du présent contrat. Il s'engage en outre, dans les limites de ses moyens, à mettre à la disposition de l'employé les ressources nécessaires à l'accomplissement de ses tâches.

Article 6 : Du calcul des primes

Le Comité de Gestion du Centre de santé détermine à la fin de chaque mois un montant destiné aux primes de motivation du personnel à l'aide de l'outil INDICE. La prime à payer à l'employé est fonction du montant disponible, du résultat de l'évaluation individuelle trimestrielle et de l'indice correspondant à son poste d'attache et à sa catégorie professionnelle. **L'évaluation individuelle de l'employé sera réalisée par un Comité interne du Centre de Santé.**

Article 7 : Du montant maximum de la prime de motivation

Pour maintenir une équité entre les employés du système de santé, il est convenu que la prime mensuelle individuelle sera calculée sur base de l'outil d'indice et en considérant certains critères comme la performance individuelle, le niveau de responsabilité, le niveau d'études et l'ancienneté. La grille d'évaluation individuelle des performances du personnel est en annexe au présent contrat.

Article 8 : De l'évaluation de la performance individuelle

Le comité de gestion doit évaluer trimestriellement la performance de chaque employé conformément aux tâches qui lui sont assignées et en utilisant la fiche individuelle d'évaluation de la performance adoptée. Le responsable de la FOSA est évalué par le reste des membres du Comité de Gestion de la FOSA à son absence dans les mêmes conditions que les autres employés.

Article 9 : De la suspension temporaire de la prime de motivation

En cas de faute lourde, le Comité de Gestion peut décider de suspendre les primes d'un employé pendant une durée maximale de trois (3) mois. Toutefois cette décision devra être argumentée par écrit et soumise au BDS pour vérification puis au CPVV pour approbation.

Article 10 : De la résolution des litiges

En cas de litiges quant à l'application du présent contrat il sera fait appel par l'une des parties à la médiation du CPVV.

Article 11 : De la durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 mois à partir du Sauf notification contraire, il est tacitement reconduit tant qu'il existe un contrat de rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance entre le CPVV et la FOSA.

Fait en deux (2) exemplaires à, le. /...../.....

L'employé,

Pour le Comité de Gestion,

.....

.....

(Noms et signature)

(Noms, signature et sceau)

18. Contrat entre le CPVV et les Associations locales

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

COMITE PROVINCIAL DE VERIFICATION ET DE VALIDATION DE

Contrat entre le CPVV deet l'Association.....

Entre

L'Association locale dénommée, opérant dans la zone de responsabilité de la FOSA dereprésenté par son Président et son secrétaire

ET

Le comité Provincial de Vérification et Validation (CPVV) de la province dereprésenté par son Président.....

Il est conclu le contrat suivant

Article 1 : Les enquêtes communautaires dans le cadre du financement basé sur la performance

L'enquête semestrielle de vérification dans la population vise à contrôler si les personnes enregistrées par la formation sanitaire pour les différentes prestations subventionnées dans le cadre du financement basé sur la performance existent et si elles ont été réellement prises en charge par cette dernière.

L'enquête cherche aussi à estimer les coûts moyens des prestations, la perception des coûts et la satisfaction de la population pour les prestations fournies par la FOSA.

Ces enquêtes sont effectuées par les membres des associations locales, qui représentent la population utilisatrice de chaque zone de rayonnement des FOSA.

Article 2 : Les engagements mutuels des deux parties

2.1. L'Association locale

L'association locale s'engage pendant la durée du contrat à :

- a) Utiliser pour les enquêtes quatre enquêteurs choisis parmi ses membres qui répondent aux critères suivants :

- Etre une personne intègre
 - Savoir lire et écrire (la connaissance du français est un atout)
 - Parler correctement la langue locale
 - Etre disponible au moins 6 jours par trimestre pour faire les enquêtes
 - Etre capable de se déplacer jusqu'aux ménages soit à pied soit avec son propre transport
 - Avoir la volonté de servir la communauté
 - Etre capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, franchise et intégrité ; jouir d'une bonne moralité
 - Avoir la capacité de communiquer
 - Avoir la capacité de travailler en équipe
- b) Effectuer des enquêtes dans la population selon l'échantillon qui lui sera soumis par les vérificateurs du CPVV, dans un délai ne dépassant pas **quinze jours** à partir de la date de réception de l'échantillon. L'enquête est effectuée dans la zone de responsabilité de la formation sanitaire concernée.
- c) Remettre au CPVV les questionnaires d'enquête, correctement remplis dans le délai susmentionné.

2.2. Le Comité Provincial de vérification et de validation (CPVV)

- Tirer par échantillonnage les cas à fournir aux enquêteurs chaque semestre et dans chaque FOSA ;
- Former les enquêteurs sur l'utilisation des outils d'enquête communautaire et la conduite de celle-ci ;
- Etablir un calendrier des activités d'enquête et le communiquer aux associations ;
- Fournir aux enquêteurs les fiches d'enquête correctement préparées avec tous les éléments nécessaires pour retrouver la personne à son domicile ;
- Contrôler les fiches remplies retournées par les enquêteurs ;
- Faire la synthèse des enquêtes et donner les résultats aux associations dans des réunions semestrielles et faire une restitution aux FOSA ;
- Appuyer les associations dans toutes les activités de promotion de la sante.

Article 3 : Des modalités de paiement

L'association locale sera payée pour un tarif deFbu par fiche correctement remplie. Le montant est à verser sur le compte bancaire de l'associations locale N°.....ouvert àau nom de

Article 4 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée limitée d'une année renouvelable à partir de sa date de signature.

Article 5 : Causes de non paiement, résiliation ou non renouvellement du contrat

- a) Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête, conduit au non paiement de cette fiche ;
- b) La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, au delà du délai de 15 jours prévu à l'article 2.1, conduit au non paiement total de l'enquête ; la remise des résultats au delà de 21 jours conduit à la résiliation du contrat ;
- c) La non exécution de l'enquête commissionnée ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses conduit à la résiliation du contrat en cours et au non renouvellement du contrat.

En cas de résiliation du contrat par une des parties, celle - ci devra donner un préavis minimum de quinze jours.

Article 6 : Règlements de litiges

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution de ce contrat, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera reporté au Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA pour décision.

Fait à, le/...../.....

Lu et approuvé**Le Président de l'Association**

Nom et Prénom

Signature

Le Président du CPVV

Nom et Prénom

Signature

19. Contrat de performance entre le MSPLS et les Ecoles Paramédicales

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES RESSOURCES

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Contrat de performance entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et l'Ecole paramédicale de

Préambule

Vu la déclaration de consensus du Cadre de Partenariat entre le Gouvernement du Burundi et les Partenaires techniques et financiers du secteur de la santé signée en date du 22 février 2008 ;

Vu l'Ordonnance Ministérielle N° 630/1082 du 11 août 2009 portant mise en place des organes du Financement Basé sur la Performance et la gratuité des soins;

Vu l'Ordonnance Ministérielle N° 630/1253 du 22 septembre 2009 portant nomination des membres de la Plateforme Nationale du Financement basé sur la Performance ;

Vu le document de Politique Nationale de la Contractualisation dans le secteur de la santé ;

Vu le manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi tel que révisé en septembre 2011 ;

Vu l'accord d'exécution sur la mise en œuvre de la contractualisation basé sur les performances dans les écoles paramédicales publiques de Bururi, Gitega, Ngozi et Cankuzo, signé le 19 juillet 2013 entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et l'Agence Belge de Développement (CTB) à travers le Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé (PAISS) ;

Attendu que la stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de réduction de la pauvreté et de la politique nationale de santé ;

Attendu que cette stratégie est conforme aux initiatives et à la volonté des autorités nationales de rendre les soins de santé accessibles à toute la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Attendu que la cellule technique nationale du financement basé sur la performance (CT-FBP) est chargée de la mise en œuvre des mécanismes de Financement Basé sur la performance dans le système de santé ;

Il est convenu ce qui suit entre :

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, représenté par le Directeur de Ressources Humaines, ci-après désigné « **le Ministère** » d'une part,

Et

L'Ecole Paramédicale de Ngozi ci-après désigné « **Prestataire** », représentée par son Directeur d'autre part;

Article 1 : objectif et résultats attendus du contrat

Le présent contrat encadre la subvention de l'école paramédicale en contre partie de la réalisation de ses missions organiques.

L'objectif est d'améliorer la qualité de la formation du personnel paramédical notamment les infirmiers A2 afin de mettre à la disposition du système de santé des agents capables d'offrir des soins de qualité à la population. Les résultats attendus sont :

- l'encadrement des infirmiers stagiaires dans les hôpitaux et centres de santé retenus, répond aux normes de qualité, définis par le Ministère
- le personnel de l'école paramédicale (personnel administratif, enseignants permanents et personnel d'appui) s'acquitte convenablement de ses tâches grâce à une motivation accrue.

Les subventions versées dans le cadre du présent contrat de performance ne constituent aucunement un droit acquis.

Article 2 : les activités éligibles au financement

2.1 Les activités éligibles aux financements prévus dans le cadre du présent contrat sont clairement définies dans des plans d'actions annuels transmis au maximum un mois après le début de l'année scolaire à la Direction des ressources humaines avec une copie réservée à la Direction de la planification et du Suivi-Evaluation des politiques de santé (DPSE).

Ces plans d'actions sont validés par la DRH après avis favorable de l'équipe du PAISS, de la Direction Générale de la Planification et de la CT-FBP. Un feed-back est transmis aux prestataires sur le niveau de performance et la qualité des prestations attendues.

Les programmes trimestriels d'activités sont transmis dans les mêmes conditions au maximum 15 jours après le début de chaque trimestre.

2.2 Les chapitres de dépenses ci-dessous sont éligibles au financement du présent contrat :

- L'encadrement des stagiaires dans les hôpitaux et centres de santé ;
- Les prestations des enseignants vacataires ;

- Les primes pour le personnel de l'école paramédicale (personnel administratif, enseignants permanents et personnel d'appui) ;
- L'évaluation des performances.

Seules les primes du personnel sont des coûts variables. Les autres rubriques sont des dépenses fixes.

2.3 Les subventions sont octroyées pour 3 trimestres, le 4^{ème} trimestre de l'année scolaire (mois de juillet, août et septembre) étant exclu. Il correspond en effet aux vacances scolaires pendant lesquelles les indicateurs de performance ne peuvent être appliqués, les activités pédagogiques étant limitées.

Article 3 : Durée du contrat

Le présent contrat entre en vigueur à compter du 01 janvier et court jusqu'au 31 décembre Il peut être renouvelé après une évaluation positive des prestations de l'école par la CT-FBP.

Article 4 : Engagements du Ministère.

4.1 Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida s'engage :

- à mettre à la disposition de l'école les ressources minimales nécessaires (y compris les ressources humaines qualifiées) à l'accomplissement de ses missions, dans le strict respect des principes d'efficience et d'efficacité ;
- à respecter les normes en effectifs d'élèves et d'enseignants de l'école.

Le MSPLS s'engage également, avec l'appui du Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé (PAISS), à accorder au prestataire une subvention liée à sa performance.

4.2 Toutefois, le MSPLS se réserve le droit de ne pas accorder de subvention si de graves distorsions sont observées dans le fonctionnement de l'école. L'appréciation du degré de gravité d'éventuels dysfonctionnements est laissée à la discrétion du Ministre qui, le cas échéant, proposera les mesures correctrices à entreprendre.

4.3 Si des cas de mauvaise gestion des fonds, de manipulation des comptes ou de non-respect des procédures par le prestataire sont avérés, des sanctions proportionnelles à la gravité de l'acte seront prises à l'encontre des contrevenants. Le remboursement sans délais des sommes ayant fait l'objet de mauvaise gestion ou d'irrégularité sera exigé par le MSPLS.

Article 5 : Engagements de l'école paramédicale

L'école s'engage à :

- Exécuter dans la plus grande transparence, avec efficacité et efficience, les activités prévues pour la réalisation de ses missions et l'atteinte des objectifs fixés par le MSPLS ;
- Développer une culture de travail basée sur des résultats réalistes et ambitieux ;
- Développer une dynamique de changement des attitudes et comportements afin de stimuler le développement des talents et le sens de l'initiative en son sein ;
- Améliorer les conditions et le climat de travail ;
- Mettre à disposition, toute information utile pour permettre un contrôle exhaustif de l'exécution des activités ;
- Respecter les procédures de gestion financière ;
- Suivre scrupuleusement toutes les obligations de rapportage ;
- Suivre les recommandations faites par l'équipe PAISS suite aux contrôles effectués.
- Respecter les documents ci-après qui font partie intégrante du présent contrat :
 - le manuel de procédures du FBP et ses annexes,
 - le document sur les critères et indicateurs de la contractualisation des écoles paramédicales,
 - l'accord d'exécution sur la mise en œuvre de la contractualisation basé sur les performances dans les écoles paramédicales publiques de Bururi, Gitega, Ngozi et Cankuzo, signé entre le Ministère et le Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé (PAISS).

Article 6 : Evaluation de la performance

Avant la signature du présent contrat, la CT-FBP, en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines, arrête les critères de validation des résultats attendus de l'école et élabore une grille d'évaluation qui est annexée au présent contrat.

La grille d'évaluation peut être révisée ou adaptée au début de chaque trimestre. Les modifications sont alors faites en collaboration avec la DRH. La nouvelle grille est impérativement transmise par la CT-FBP à l'école avant le début de la période évaluée, avec copie au Cabinet du MSPLS.

Tout changement au niveau des indicateurs de performances et de la grille d'évaluation avec une incidence sur le budget de l'accord, son objectif ou les résultats attendus doit être décidé de commun accord entre parties, y compris le programme PAISS.

L'évaluation des performances est faite par les pairs des autres écoles paramédicales publiques. Par souci d'objectivité, ils sont accompagnés des membres désignés de la CT-FBP et/ou de la CT-FBP élargie qui jouent par ailleurs un rôle de facilitateurs.

Les indicateurs de performances sont annexés au présent contrat.

Article 7 : Calcul de la subvention octroyée à l'école paramédicale dans le cadre du FBP

La subvention annuelle maximale accordée à l'école paramédicale pour la durée du présent contrat est de **61.804.440 BIF** dont **37.440.000 BIF** affectée au paiement des primes. La subvention effectivement versée varie en fonction de la note attribuée par la CT-FBP après validation du rapport de l'équipe d'évaluateurs.

Par exemple :

- Pour une performance de 60% l'école perçoit 60% du montant de la prime(37.440.000 BIF). C'est le montant perçu qui est réparti entre les membres du personnel de l'école en utilisant les indices proposés dans le manuel de procédure du Ministère.
- Les subventions affectées aux charges fixes sont versée lorsque l'activité est correctement réalisée. Aucune subvention n'est versée si l'exécution est insuffisante ou les pièces justificatives non probantes.

Article 8 : Modalités pratiques

8.1 Après chaque évaluation trimestrielle, l'école établit une déclaration de créance trimestrielle en BIF avec demande de remboursement.

Cette déclaration de créance transmise par l'école précise les montants par catégorie de frais : frais de vacation, frais d'encadrement, primes du personnel et frais d'évaluation.

8.2 La demande de remboursement est remise avec toutes les annexes exigées à la CT-FBP pour contrôle, vérification et validation.

La CT-FBP transmet la demande de remboursement validée au Programme PAISS qui procède au paiement.

8.3 Le paiement par le PAISS est fait après un contrôle jugé satisfaisant de la facture et des copies de pièces justificatives, dans un délai ne dépassant pas 15 jours ouvrables après la réception de la facture.

Les originaux des pièces justificatives sont conservés à l'école et peuvent être contrôlés sur place à la demande.

8.4 Le programme PAISS effectue les transferts de fonds directement dans le compte bancairelogé à la banque Ce compte bancaire libellé en BIF, sera géré sous la double signature du Directeur de l'Ecole et de son Econome, les spécimens de signature étant déposés au programme PAISS à la signature du présent accord.

Les paiements, les budgets prévisionnels, les états financiers réalisés par l'école seront libellés en monnaie burundaise : francs burundais (BIF)

Article 9 : justification des dépenses et rapportage

Pour être acceptées, les pièces justificatives doivent être impérativement accompagnées des rapports suivants :

- le rapport d'évaluation trimestrielle des performances de l'école par les pairs ;
- la grille d'évaluation trimestrielle par les pairs par école ;
- le plan annuel d'activités de l'école qui est transmis une fois par an;
- le plan trimestriel d'activités de l'école ;
- les demandes de paiement trimestriel établis par école.

Ces rapports seront accompagnés des pièces listées ci-dessous.

9.1 Pour les frais d'encadrement :

- La facture acquittée trimestriellement pour l'hôpital ou le centre de santé,
- Le contrat signé entre l'école et l'hôpital ou le centre de santé qui précise les sources de financement,
- La liste de paiement des encadreur de stage des services hospitaliers ou du centre de santé avec émargement en précisant la source de financement,
- La liste mensuelle des stagiaires par service hospitalier ou par centre de santé avec la durée du stage,
- Le rapport d'encadrement trimestriel établi par les encadreur de stage par service hospitalier ou centre de santé.

9.2 Pour les frais de vacations

- La facture acquittée pour chaque enseignant vacataire pour le paiement des heures de cours théoriques prestées (la facture indique le nombre d'heures prestées et le coût unitaire de l'heure) ;
- Le contrat de prestation signé par l'école et l'enseignant vacataire.

9.3 Pour les primes du personnel de l'école paramédicale (personnel administratif, enseignants permanents et personnel d'appui) :

- L'état de paiement des primes signées par chaque personnel de l'école paramédicale ayant touché la prime avec émargement en respectant l'outil d'indice de répartition de la prime.

9.4 Pour les frais d'évaluation des performances :

- L'ordre de mission des évaluateurs et des facilitateurs ;
- Le per diem payés avec émargement ;
- Les factures d'hôtel acquittées ;
- Les factures acquittées de location du véhicule des évaluateurs pairs ;

- Les reçus de carburant pour les déplacements lors de l'évaluation ;
- L'état de paiement des frais des pairs évaluateurs et facilitateurs avec émargement.

Article 10 : Calcul des frais de vacation

10.1 Les enseignants vacataires ne sont pas des employés des écoles paramédicales et ne peuvent bénéficier des primes de performances. L'école passe des contrats de prestations avec les enseignants vacataires pour leurs prestations.

Les besoins motivés en enseignants vacataires sont précisés dans le plan d'action annuel, et leur recrutement validé par la Direction des Ressources Humaines.

10.2 Les vacataires sont rémunérés sur base d'un montant par heure prestée. Le volume horaire des cours théoriques prestés par les vacataires ne peut excéder 1/3 du volume horaire total des heures par trimestre. Il est plafonné à 260 heures par trimestre.

10.3 Les frais de vacations sont de dix mille francs burundais (10.000 BIF) par heure pour les médecins et six mille (6.000 BIF) pour les autres catégories d'enseignants vacataires. En plus des frais de vacations visés ci-dessus, l'Etat accorde mille francs burundais par heure de vacation.

Article 11 : Calcul des frais d'encadrement

11.1 Les encadreurs de stages ne sont pas non plus des employés des écoles paramédicales et ne peuvent percevoir des primes de performances. Les écoles passent des contrats de prestations avec les responsables des hôpitaux et centres de santé pour leurs prestations.

11.2 Les hôpitaux et les centres de santé perçoivent, un forfait de vingt mille francs burundais (20.000 BIF) par stagiaire par mois de stage. Le nombre maximum de stagiaires est de dix (10) par service hospitalier ou par centre de santé, en respect de la norme fixée par le MSPLS.

L'hôpital et le centre de santé de stage sont responsables de la répartition des frais d'encadrement entre les encadreurs de stage de leur structure.

11.3 Le nombre de stagiaires est plafonné à 160 pour tenir compte des normes en effectifs. Le forfait varie en fonction de la durée du stage, laquelle dépend de l'année d'inscription des stagiaires. La durée ne peut être inférieure à deux semaines pour un stagiaire.

11.4 Afin de rationaliser la gestion des frais d'encadrement, ce contrat reprend en plus du forfait prévu ci-dessus, les 50.000 BIF par mois par encadreur de stage prévus dans le budget de l'Etat. Le contrat de chaque hôpital ou centre de santé de stage précise tous les montants et les sources de financement.

Article 12 : Calcul des frais d'évaluation des performances

Les dépenses relatives à l'évaluation sont : les per diem, l'hébergement des pairs évaluateurs et des facilitateurs, les frais des évaluateurs et facilitateurs, les frais de location d'un véhicule pour les pairs évaluateurs, le carburant pour les déplacements lors de l'évaluation.

Chaque équipe d'évaluateurs pairs est composée de trois (3) personnes et est encadrée par deux (2) facilitateurs. Les évaluateurs produisent un rapport par école à chaque évaluation. Les évaluateurs et facilitateurs perçoivent des frais d'évaluation après remise et validation du rapport d'évaluation conformément au manuel de procédures de la CT-FBP.

La durée d'une évaluation est de deux (2) jours plus un jour de délai de route. La base de calcul du carburant est de 16 litres/100 km.

Article 13 : Calcul des primes du personnel de l'école paramédicale

13.1 Le montant de la prime de performances pour le personnel de l'école paramédicale (personnel administratif, enseignants permanents et personnel d'appui) est constitué sur base d'un forfait moyen de 390.000 BIF par agent par trimestre avec la norme de 32 agents permanents pour l'école. Ce montant est ensuite octroyé à l'école en fonction des performances réalisées lors de l'évaluation trimestrielle.

13.2 Le calcul et le paiement des primes à la performance est trimestriel. Les critères d'allocation sont présentés au personnel de l'école et discutés pendant l'élaboration du programme trimestriel d'activité. Des informations complémentaires peuvent être demandées à la CT-FBP en cas d'incompréhensions ou de zones d'ombres.

13.3 Les opérations de calcul et de paiement des primes à la performance peuvent faire l'objet d'un contrôle de la Direction Générale des Ressources ou de l'Inspection Générale des Services de Santé. Un audit peut être commandé par les Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le FBP des écoles paramédicales.

13.4 Dans tous les cas, la CT-FBP a le devoir de s'assurer avant la validation des déclarations de créances au bénéfice de l'école que les justificatifs financiers des subventions antérieures ont été approuvés par les services compétents.

Article 14 : Répartition des primes au personnel de l'école

14.1 Le prestataire a la responsabilité exclusive de la répartition des primes à son personnel. Toutefois, un outil d'indices dont l'utilisation est obligatoire a été élaboré pour la répartition des primes et la production des états de paiement dans les services administratifs du MSPLS. Cet outil est prescriptif et fait partie des annexes du présent contrat. La CT-FBP peut apporter une assistance technique pour la répartition des primes si elle est sollicitée.

14.2 Les primes FBP sont destinées au personnel régi par le statut de la fonction publique et régulièrement nommées/affectées par l'autorité compétente. Elles sont réservées aux agents dont la description détaillée du poste est faite par le service utilisateur. La description de poste doit être validée par la Direction des Ressources Humaines et une copie versée dans le dossier personnel des agents concernés. La composition du personnel de l'école doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Article 15 : Résolution des litiges

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution des termes de ce contrat, les parties conviennent de solliciter un avis technique de la CT-FBP.

Si le litige persiste, il est tranché sans possibilité de recours par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA.

Article 16 : Modification et dissolution des termes du contrat

Le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida se réserve le droit, en cas de force majeure ou pour nécessité de service, de suspendre, modifier ou étendre les termes du contrat. Les changements seront alors notifiés par voie hiérarchique à l'autre partie signataire, avec copie à la CT-FBP et aux Partenaires Techniques et financiers intervenant dans le FBP des écoles paramédicales.

Pour le Prestataire

Le Directeur de l'école

Le Directeur des Ressources humaines du

Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

20. Contrat de performance entre le MSPLS et l'UP chargée de la mise en œuvre du FBP

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

CABINET DU MINISTRE

Contrat de Performance entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, représenté par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, ci-après désigné «**le Ministère** »;

Et

L'unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au niveau National ci-après désigné «**Prestataire** », représentée par le Coordonnateur de la Cellule technique chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance (CT-FBP) d'une part et le Directeur General des Ressources d'autre part;

Vu la déclaration de consensus du Cadre de Partenariat entre le Gouvernement du Burundi et les Partenaires techniques et financiers du secteur de la santé signé entre les parties en date du 22 février 2008 ;

Vu l'Ordonnance Ministérielle N° 630/1082 du 11 août 2009 portant mise en place des organes du Financement basé sur la performance et la gratuité des soins;

Vu le document de Politique Nationale de la Contractualisation dans le secteur de la santé publique ;

Vu le manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi ;

Attendu que la stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de réduction de la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Attendu que cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités nationales de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Attendu que dans le cadre du système de Financement Basé sur la performance, la CT-FBP est chargé de la mise en œuvre opérationnelle du FBP au niveau national.

Attendu que la plateforme a été intégrée dans le cadre de partenariat pour la santé et le développement (CPSD)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Article 1 : De la nature du contrat de la performance de l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au Niveau National.

Le présent contrat institue un cadre de paiement de la prime à l'Unité de Prestations chargée de la mise en œuvre du FBP en contrepartie de sa performance.

La rémunération dans le cadre du présent contrat de performance ne constitue aucunement un droit acquis.

Article 2 : Définition de l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au Niveau National

L'Unité de Prestations comprend 2 Sous Unités **directement impliquées** dans l'opérationnalisation du FBP au niveau central :

- La première sous Unité est composée de tous les membres fonctionnaires de la CT- FBP chargée de la mise en œuvre opérationnelle du FBP à temps plein.
- La seconde sous Unité est composée des membres fonctionnaires de la DGR qui interviennent dans les aspects du circuit de financement du FBP à temps partiel.

Les deux sous unités agissent de manière complémentaire afin d'assurer la performance globale du FBP

Article 3 : Evaluation de la Performance des Sous Unités de Prestations.

a) Evaluation de la performance globale de la Sous Unité / CT-FBP.

L'évaluation de la performance globale de la Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur la Performance sera faite, par une équipe du CPSD désignée par le Ministre de la Sante Publique et de la lutte contre le Sida, de la façon suivante :

- Par mois selon des indicateurs de performance en annexe au présent contrat ;
- Par trimestre selon les indicateurs de performance en annexe au présent contrat ;

b) Evaluation de la performance globale de la Sous Unité / DGR.

L'évaluation de la performance globale de la Sous Unité/ DGR sera faite par la même équipe trimestriellement selon les indicateurs de performance en annexe au présent contrat ;

Article 4 : Evaluation de la performance individuelle des membres de l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au Niveau National.

L'évaluation de la performance individuelle des membres des 2 sous unités (sous unité CT-FBP et sous unité DGR) sera faite semestriellement par une commission émanant du CPSD désignée par le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida selon les attributions de chacun.

Les résultats des évaluations individuelles des membres des 2 sous unités seront soumis par le Ministre à l'approbation du CPSD qui formulera des recommandations conséquentes et se chargera de faire le suivi de leur mise en application

Article 5 : Révision des Outils d'évaluation.

Les indicateurs objet d'évaluation des équipes et des individus peuvent être révisés et adaptés aux besoins du moment sur demande du CPSD.

Article 6 : Engagements du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida.

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida s'engage à soutenir les 2 sous unités de Prestations chargées de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au niveau central en mettant à leur disposition les ressources nécessaires disponibles à l'accomplissement de leurs missions respectives. Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida s'engage à accorder aux 2 sous unités de Prestations chargées de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au niveau central une prime liée à la performance.

Article 7: Engagements de l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au niveau central.

a) Engagements de la Sous Unité de Prestations / CT- FBP.

Dans le cadre de sa mission de mise en œuvre opérationnelle du FBP au niveau national, la Sous Unité CT/FBP s'engage à :

- Assurer la coordination et le suivi des activités de mise en œuvre du FBP à tous les niveaux ;
- Assurer le renforcement des capacités des acteurs du FBP à tous les niveaux ;
- S'assurer de l'exécution rationnelle du financement de mise en œuvre du FBP ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels.

Pour la Coordination et suivi des activités de mise en œuvre du FBP :

La CT-FBP a pour tâches de :

- ✓ Assurer la planification annuelle et trimestrielle des activités du FBP (Plan d'action Annuel et harmonisée y compris les activités des ONG d'accompagnement) ;
- ✓ Elaborer une cartographie des interventions en matière de FBP ;
- ✓ Elaborer /Réviser les outils de gestion du FBP ;
- ✓ Organiser une fois par trimestre les réunions avec la CT-FBP élargie ;
- ✓ Tenir les réunions périodiques des sous commissions techniques émanant de la CT-FBP élargie) ;
- ✓ Organiser une fois par semestre une réunion de coordination des activités relatives au FBP (réunion avec les CPVV par région) ;
- ✓ Organiser une revue conjointe annuelle sur la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Mener des activités d'encadrement et de supervision une fois par trimestre au niveau de chaque province ;
- ✓ Elaborer les rapports trimestriels et annuels de la mise en œuvre du FBP selon le canevas prédéfini ;
- ✓ Elaborer un bulletin trimestriel sur les résultats analysés du FBP (données quantitatives et qualitatives) ;
- ✓ Elaborer et exécuter la feuille de route pour l'opérationnalisation de la contractualisation du niveau central du MSPLS ;
- ✓ Evaluer trimestriellement, en collaboration avec d'autres services du MSPLS, la performance des BPS, BDS, CPVV, Ecoles paramédicales et Hôpitaux nationaux et faire une restitution à tous les acteurs de la santé au niveau Provincial ;
- ✓ Transmettre à la DGR le rapport d'évaluation de la performance des BPS, BDS, CPVV, Ecoles paramédicales et Hôpitaux nationaux (Ce rapport contient la demande de paiement des BPS, BDS, CPVV, Ecoles paramédicales et Hôpitaux nationaux);
- ✓ Participer à l'évaluation des UP du niveau central ;
- ✓ Recevoir et enregistrer les rapports des résultats quantitatifs et qualitatifs validés par le CPVV et transmis par le BPS (Ces rapports comprennent la déclaration de créance et le PV de la réunion de validation) ;
- ✓ Analyser et faire une synthèse des rapports transmis par les CPVV ;
- ✓ Transmettre mensuellement la demande de paiement des prestations quantitatives des FOSA à la DGR;
- ✓ Transmettre trimestriellement la demande de paiement des performances qualitatives des FOSA à la DGR ;
- ✓ Transmettre les rapports d'évaluation de la performance des BPS, BDS et FOSA aux services du MSPLS ;
- ✓ Evaluer mensuellement les performances quantitatives des Hôpitaux nationaux en collaboration avec d'autres services du MSPLS;
- ✓ Organiser trimestriellement l'évaluation de la qualité des Hôpitaux par les pairs ;

- ✓ Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser toutes les factures originales reçues des CPVV ainsi que les différents rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaires;
- ✓ Transmettre à l'EPISTAT les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaire ;
- ✓ Assurer le secrétariat de la CT-FBP Elargie;
- ✓ Elaborer et transmettre à la DGSP et au CPSD un rapport trimestriel de la mise en œuvre du FBP au niveau national ;
- ✓ Coordonner la gestion de la base de Données FBP Web ;
- ✓ Participer aux activités de recherche action.

Pour la Renforcement des capacités des acteurs du FBP

La CT-FBP a pour tâches de :

- ✓ Participer à la formation des acteurs du système de santé en matière de FBP ;
- ✓ Former et mettre à niveau les différents acteurs sur les procédures et outils de mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Renforcer les capacités/recyclage des membres de la CT-FBP Elargie ;
- ✓ Former les équipes des BPS, BDS et hôpitaux dans l'évaluation de la qualité des FOSA ;
- ✓ Encadrer les CPVV en participant à toutes les réunions trimestrielles de suivi ;
- ✓ Documenter la mise en œuvre du FBP et partager les leçons apprises.

Pour l'Exécution rationnelle du financement de mise en œuvre du FBP

La CT-FBP a pour tâches de :

- ✓ Proposer les tarifications par indicateur contractualisé et les niveaux des subsides pour les entités de régulation (CPVV, BPS, BDS) ;
- ✓ Fixer les budgets virtuels provinciaux ;
- ✓ Analyser le niveau de consommation des différents budgets ;
- ✓ Identifier les abus de toute nature et proposer des stratégies correctrices ;
- ✓ Proposer des adaptations du financement du FBP (costing, tarification, gap financier)

Pour Contribuer à la mobilisation des ressources

La CT-FBP a pour tâches de :

- ✓ Faire des propositions sur la réduction du gap financier du FBP ;
- ✓ Assurer le suivi et la documentation de l'évolution du gap financier du FBP ;
- ✓ Elaborer un plan de financement du FBP ;

- ✓ Participer au Plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels.

b) Engagements de la Sous Unité / DGR

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la Sous Unité DGR assure le rôle d'achat des performances des structures de santé, au nom du MSPLS.

La DGR a pour tâches de :

- ✓ Engager le budget ;
- ✓ Réceptionner et enregistrer le rapport mensuel de synthèse des prestations quantitatives transmis par la CT-FBP ;
- ✓ Analyser les demandes de paiement transmis par la CT-FBP ;
- ✓ Produire la requête de paiement pour signature par le Cabinet du MSPLS ;
- ✓ Transmettre la demande de paiement signé par le Cabinet MSPLS au Ministère des Finances et aux PTF dans les 3 jours suivants sa réception;
- ✓ Suivre toute la procédure de paiement jusqu'à l'arrivée des fonds au niveau des FOSA ;
- ✓ Archiver les ordres de virement des fonds FBP émises par le Ministère des Finances et les PTF ;
- ✓ Elaborer chaque mois un état des lieux des paiements aux FOSA et entités de régulation dans toutes les Provinces ;
- ✓ Appuyer les FOSA à recevoir leur paiement (effectivité et totalité du montant) ;
- ✓ Réaliser un audit comptable interne des établissements sanitaires (1 fois par an pour les BPS, BDS, Hôpitaux de Districts, Echantillon CDS)
- ✓ S'assurer de l'existence et de l'effectivité d'un système de gestion financière au sein des FOSA et organes de régulation : réactivation des conseils d'administration, comité de gestion, contrôle interne, les procédures d'achat ;
- ✓ Accélérer les procédures de décaissement pour le paiement des prestations (respect des délais) ;
- ✓ Participer à la mobilisation des ressources pour le système de santé en général et le FBP en particulier ;
- ✓ Elaborer des rapports financiers périodiques.

Article 8: Paiement des primes de performance l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au Niveau National

a) Paiement des Primes de la Sous Unité / CT – FBP

Le paiement des primes de performance sera fait mensuellement sur base des résultats des évaluations mensuelles et trimestriellement sur base des résultats des évaluations trimestrielles de la performance de la CT-FBP.

Le Montant Total Annuel du Contrat de Performance de la CT- FBP est fixée àFBU repartit comme suit :

- **35 %** du montant annuel est alloué aux indicateurs mensuels
- **65%** du montant annuel est alloué aux indicateurs trimestriels

b) Paiement des Primes de la Sous Unité / DGR

Le paiement des primes de performance sera fait trimestriellement sur base des résultats des évaluations trimestriellement sur base des résultats des évaluations trimestrielles de la performance de la Sous Unité / DGR.

Le Montant Total Annuel du Contrat de Performance de la Sous Unité / DGR est fixée à.....Fbu (**100%** du montant annuel est alloué aux indicateurs trimestriels).

Ainsi le Montant Annuel du Contrat de Performance de l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au niveau central est fixée à :FBU.

Article 9 : Revue du niveau de rémunération.

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida, en concertation avec le CPSD , se réserve le droit de revoir le niveau de rémunération de la Performance de l'Unité de Prestations du Niveau central chargée de la mise en œuvre du Financement Base sur la Performance au Niveau National si de graves dysfonctionnements de l'ensemble du FBP sont observés.

Le niveau de rémunération serait éventuellement revu à la baisse en cas de graves retards dans le circuit de financement en entier, par rapport aux délais spécifiés dans le Manuel de Procédures du FBP. L'appréciation du degré de gravité d'éventuels dysfonctionnements est laissée à la discrétion du CPSD qui, le cas échéant, proposera également les mesures à entreprendre.

Article 10: Modification et dissolution des termes du contrat.

Le présent contrat peut être changé, amendé ou étendu uniquement après approbation du Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida en concertation avec le CPSD.

En cas d'interruption du Financement Basé sur la Performance pour cause de force majeure, les différents signataires sont libérés des termes du présent contrat.Cependant, les performances déjà réalisées seront évaluées et rémunérées avant la résiliation du contrat.

Article 11 : Règlement des litiges.

Au cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution des termes de ce contrat, les deux parties se conviennent de les résoudre à l'amiable.

Article 12 : Durée du contrat.

Le présent contrat est signé pour une durée d'une année renouvelable par tacite reconduction.

Article 13 : Entrée en vigueur

Le présent contrat entre en vigueur le **01 octobre 2011**.

Fait à Bujumbura, le/...../.....

Le Coordonnateur de la CT/FBP
(Nom, Prénom et Signature)

Le Directeur General des Ressources
(Nom, Prénom et Signature)

Le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

(Nom, prénom et signature)

21. Contrat de Performance entre le MSPLS et les Unités de prestation du niveau central

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

CABINET DU MINISTRE

Contrat de Performance entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et les Unités de Prestations du Niveau central

Préambule

Vu la déclaration de consensus du Cadre de Partenariat entre le Gouvernement du Burundi et les Partenaires techniques et financiers du secteur de la santé signée en date du 22 février 2008 ;

Vu l'Ordonnance Ministérielle N° 630/1082 du 11 août 2009 portant mise en place des organes du Financement Basé sur la Performance et la gratuité des soins;

Vu l'Ordonnance Ministérielle N° 630/1253 du 22 septembre 2009 portant nomination des membres de la Plateforme Nationale du Financement Basé sur la Performance ;

Vu le document de Politique Nationale de la contractualisation dans le secteur de la santé ;

Vu le manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi tel que révisé en septembre 2011 ;

Attendu que la stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de réduction de la pauvreté et de la politique nationale de santé ;

Attendu que cette stratégie est conforme aux initiatives et à la volonté des autorités nationales de rendre les soins de santé accessibles à toute la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Attendu que la Cellule Technique nationale du Financement Basé sur la Performance (CT-FBP) est chargée de la mise en œuvre des mécanismes de Financement Basé sur la performance dans le système de santé ;

Il est convenu ce qui suit entre :

Le **Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA**, représenté par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, ci-après désigné «**le Ministère** » d'une part,

Et

L'unité de prestation-----ci-après désignée « **Prestataire** », représentée par -----d'autre part;

Article 1 : De la nature du contrat

Le présent contrat encadre la subvention des Unités de Prestations du niveau central en contre partie de leur contribution à la réalisation de leurs missions organiques et à l'atteinte des résultats du Plan National de Développement Sanitaire, ainsi que la répartition des primes en fonction de la performance des agents desdites Unités de Prestation.

Les subventions versées dans le cadre du présent contrat de performance ne constituent aucunement un droit acquis.

Article 2 : Définition de l'Unité de Prestation :

L'Unité de Prestation (UP) est comprise comme « *une équipe de personnes ayant des obligations de résultats communs clairement définis et dont les membres dépendent d'une même autorité hiérarchique* ».

La composition des UP est conforme à la réglementation en vigueur, notamment au Décret n° 100/254 du 4 Octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du MSPLS.

Article 3 : Durée du contrat

Le présent contrat entre en vigueur le jour de sa signature pour une durée d'une année. Il peut être renouvelé après réévaluation par la CT-FBP de l'éligibilité de l'Unité de prestation.

Article 4 : Engagements du Ministère

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida s'engage à mettre à la disposition de l'Unité de Prestation les ressources minimales nécessaires à l'accomplissement de ses missions, dans le strict respect des principes d'efficience et d'efficacité.

Le MSPLS s'engage également, avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers, à accorder au prestataire une subvention liée à sa performance. Cette subvention est octroyée à l'équipe et non aux individus. Son montant est déterminé au début de chaque année.

Toutefois, le MSPLS se réserve le droit de ne pas accorder de subvention à la performance si de graves dysfonctionnements sont observés dans le fonctionnement des services. L'appréciation du degré de gravité d'éventuels dysfonctionnements est laissée à la discrétion du Ministre qui, le cas échéant, proposera les mesures à entreprendre.

Si des cas de mauvaise gestion des fonds, de manipulation des comptes ou de non respects des procédures par le prestataire sont avérés, des sanctions proportionnelles à la gravité de l'acte seront prises à l'encontre des contrevenants, et le remboursement sans délais des sommes ayant fait l'objet de mauvaise gestion ou irrégularité exigé par le MSPLS.

Article 5 : Engagements de l'Unité de Prestation

L'UP s'engage à respecter le manuel de procédures du FBP ainsi que ses annexes.

Le prestataire s'engage également à accompagner aussi bien les services de santé des niveaux intermédiaires et périphériques que les autres services du niveau central dans l'amélioration de leur organisation et fonctionnement, notamment la planification, le suivi-évaluation, ainsi que la mobilisation des ressources, y compris les ressources humaines.

Le prestataire s'engage en outre à œuvrer pour l'exécution de ses fonctions régaliennes, notamment son rôle dans le pilotage et la régulation du secteur de la santé. Ainsi, il limitera toute interférence négative dans le fonctionnement des niveaux intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire. Pour ce faire, il devra :

- Contribuer à l'amélioration de la coordination et de l'efficacité dans la mise en œuvre des réformes entreprises par le MSPLS ;
- Partager avec les autres services de santé toutes les informations utiles à leur bon fonctionnement ;
- Promouvoir l'efficacité et la gestion rationnelle des ressources à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Développer une culture de travail basée sur des résultats réalistes et ambitieux ;
- Développer une dynamique de changement des attitudes et comportements afin de stimuler le développement des talents et le sens de l'initiative au sein de l'Unité de Prestation ;
- Améliorer les conditions et le climat de travail dans les services centraux du MSPLS ;
- Faire appliquer le règlement d'ordre intérieur du MSPLS ;
- Elaborer et transmettre à la CT-FBP, avec copies réservées au Secrétariat Permanent et à la DGR, la liste des personnes qui perçoivent des primes octroyées par le MSPLS ou ses partenaires techniques et financiers, y compris dans un autre cadre que celui du Financement Basé sur la Performance.

Article 6 : Evaluation de la performance

Avant le début de chaque année et suivant un calendrier élaboré par la Direction Générale de la Planification, le prestataire transmet à son supérieur hiérarchique son plan d'actions annuel avec une copie réservée à la Direction de la planification et du Suivi-Evaluation des politiques de santé (DPSE). La transmission des programmes trimestriels d'activités se fait de la même manière, au plus tard 15 jours après le début du trimestre concerné.

Les plans d'actions annuels et trimestriels sont validés par la Direction Générale de la Planification qui les transmet à la CT-FBP.

L'évaluation de la performance se fait après la fin de chaque trimestre, par les pairs des autres Unités de prestation accompagnés des membres de la CT-FBP et/ou de la CT-FBP élargie.

La CT-FBP élabore chaque trimestre le programme d'évaluation et approuve les rapports d'évaluations du trimestre précédent.

Article 7 : Indicateurs de performances

Avant la signature du présent contrat, la CT-FBP arrête les critères de validation des résultats attendus de l'UP et élabore une grille d'évaluation. Cette grille est annexée au présent contrat.

Elle peut être révisée ou adaptée au début de chaque trimestre en fonction des plans d'actions et programmes trimestriels de travail. Dans ce cas, la nouvelle grille privilégie les indicateurs des résultats contribuant à la réalisation des missions régaliennes du MSPLS aux indicateurs de processus. La grille d'évaluation est transmise au cabinet du MSPLS avec copie à l'UP.

Les indicateurs de performance sont classés en cinq (5) catégories :

1. Les indicateurs d'**éligibilité** : Ils évaluent les critères de base sans lesquels l'unité de Prestation ne peut bénéficier des effets du présent contrat : organisation du service, maîtrise des effectifs, planification annuelle. Contrairement aux autres catégories d'indicateurs, les indicateurs d'éligibilité ne donnent droit à aucune rémunération.
2. Les indicateurs de l'**amélioration de l'environnement de travail** : Ils évaluent la propreté des infrastructures, l'hygiène, la préservation de l'environnement, la maintenance des outils de travail, les relations humaines entre les membres des équipes.
3. Les indicateurs de l'**exécution des plans d'actions** : ils évaluent le niveau d'exécution des plans d'actions, des calendriers de supervisions (y compris les supervisions internes), des calendriers de réunions institutionnelles, des calendriers des audits, des auto-évaluations des activités, ainsi que de la production des rapports périodiques. Afin de faciliter la coordination des actions, les dates de réunions des comités de gestion des Directions et département doivent être fixées de manière systématique et communiquées à la DGP au début de chaque trimestre.

4. Les indicateurs **d'accompagnement du niveau intermédiaire** : ils évaluent les activités en rapport avec les supervisions, audits, inspections, contrôles et formations au niveau intermédiaire. Les activités menées directement dans les District de santé par des UP du niveau central ne sont pas prises en compte, sauf s'il s'agit d'accompagner l'équipe du Bureau Provincial ou du Bureau de District Sanitaire dans l'exécution d'une tâche précise, validée lors de l'approbation du plan d'action des structures bénéficiaires.
5. Les indicateurs de **Missions spécifiques des UP**. Ils évaluent l'atteinte des résultats relatifs à :
 - La production des documents de politiques et stratégies, des lois et règlements, des normes et standards ;
 - La production des outils de formations, supervisions et évaluations ;
 - La production des ordinogrammes, des guides thérapeutiques, des guides de gestion des finances et du matériel, des guides de maintenance du matériel et des infrastructures, etc.
 - La levée des goulots d'étranglements qui empêchent la réalisation des missions régaliennes du MSPLS : accréditation des services, validation des plans d'extension de couverture, dotations en intrants (ressources humaines, infrastructures, ressources matérielles et financières) ;
 - La gestion et le fonctionnement des groupes thématiques existant ;
 - Etc.

Les indicateurs de missions spécifiques sont élaborés en fonction des missions définies par l'organigramme du MSPLS et des résultats planifiés dans les plans d'actions annuels des UP. Ils contribuent pour au moins 50% à la note maximale de l'UP.

Article 8 : Calcul de la subvention octroyée à l'UP dans le cadre du FBP

La grille d'évaluation de l'Unité de Prestation visée dans l'Article 7 : Indicateurs de performances fixe un nombre de points d'indices de base pour l'unité de prestation.

La valeur d'un point d'indice est de 7 500 BIF.

La subvention trimestrielle accordée à l'Unité de Prestation varie en fonction de la note attribuée par la CT-FBP après validation du rapport de l'équipe d'évaluateurs du FBP.

Elle est égale à :

- a. au nombre de points obtenus multiplié par la valeur d'un point d'indice si la note est supérieur ou égale à 65% du maximum attendu.
- b. à la moitié de l'enveloppe maximale prévue pour le trimestre si la note de l'UP est comprise entre 50% (inclus) et 65% (exclus).

Aucune subvention n'est accordée aux Unités de Prestations dont la note est inférieure à 50% du maximum attendu pour le trimestre.

Toutes les primes fixes actuellement payées aux fonctionnaires du niveau central seront reversées dans le panier commun FBP.

Toutefois, la disposition transitoire suivante est appliquée : Si pour un poste décrit dans une Unité de Prestation une prime est déjà octroyée par le MPLS ou l'un de ses partenaires financiers, le montant équivalent à la dite prime est soustrait de l'enveloppe globale de l'Unité de Prestation à l'établissement de la facture.

Article 9 : Décaissement et utilisation des fonds issus du FBP

Sous la supervision du Directeur Général des Ressources, la Direction du Budget et des approvisionnements élabore et assure la mise à jour des instructions sur le décaissement et la production des justificatifs des Fonds octroyés par les mécanismes du Financement Basé sur la Performance.

Les subventions sont versées dans un compte du Ministère de la Santé Publique. Aucune dépense ne peut se faire au bénéfice d'une UP sans l'accord écrit du responsable de l'UP bénéficiaire.

65% au maximum des fonds reçus du FBP sont affectés au paiement des primes au personnel, Le reste de la subvention étant utilisé pour le fonctionnement du service concerné.

Les dépenses éligibles à la rubrique « fonctionnement » sont validées par la Direction Générale des Ressources. Il peut s'agir du financement :

- des fournitures de bureau, consommables informatiques et connexions internet ;
- des compensations envers d'autres UP pour l'utilisation de leur expertise ;
- du financement des petits travaux de plomberie, électricité, reprographie, etc.
- des dépenses destinées à améliorer la convivialité entre les membres des équipes.

Article 10 : Bénéficiaires des primes FBP

Les primes FBP sont destinées au personnel régi par le statut de la fonction publique et régulièrement nommées/affectées par l'autorité compétente. Elles sont réservées aux agents dont la description détaillée du poste est faite par le service utilisateur. Cette description de poste doit être validée par la Direction des Ressources Humaines et une copie versée dans le dossier personnel des agents bénéficiaires des primes.

Les primes sont attribuées par poste de travail : si plusieurs personnes occupent le même poste décrit dans le Règlement d'Ordre Intérieur (ROI) du Ministère, une seule prime leur est attribuée.

Cette prime peut être partagée à ces personnes sur la base d'instructions écrites élaborées par le responsable de l'Unité de Prestation et transmises au Secrétaire Permanent par voie hiérarchique,

avec copie au Directeur des Ressources Humaines, au Directeur Général des Ressources, au coordonnateur de la CT-FBP et éventuellement au représentant du bailleur de fonds de l'UP.

Article 11 : Répartition des primes au personnel de l'Unité de Prestation

Le prestataire a la responsabilité exclusive de la répartition des primes à son personnel. Toutefois, un outil (classeur Excel) dont l'utilisation est obligatoire a été élaboré et annexé au présent contrat pour la répartition des primes et la production des états de paie dans les services administratifs du MSPLS.

Les états de paie produits avec l'outil ci-dessus cité sont transmis à la Direction du Budget et des Approvisionnements pour versement des primes aux bénéficiaires sur décharge. Ils sont les seules pièces acceptées pour la justification des dépenses liées au paiement des primes.

La CT-FBP peut apporter une assistance technique pour la répartition des primes si elle est sollicitée par une UP. Les opérations de calcul et de paiement des primes à la performance feront l'objet d'un contrôle de l'Inspection Générale et d'un audit commandé par les Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le FBP au niveau central.

Dans tous les cas, la DGR a le devoir de s'assurer avant l'établissement des déclarations de créances au bénéfice d'une UP que les justificatifs financiers des subventions antérieures ont été approuvés par les services compétents.

Article 12 : Critères de calcul des primes

Le calcul et le paiement des primes à la performance est trimestriel. Les critères d'allocation sont présentés au personnel de chaque UP et discutés pendant l'élaboration du programme trimestriel d'activités. Des informations complémentaires peuvent être demandées à la CT-FBP en cas d'incompréhensions ou de zones d'ombres.

Article 13 : Résolution des litiges

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution des termes de ce contrat, les parties conviennent de solliciter un avis technique de la CT-FBP. Si le litige persiste, il est tranché sans possibilité de recours par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA.

Article 14 : Modification et dissolution des termes du contrat

Si le prestataire ne remplit plus les conditions d'éligibilité définies à l'Article 7 : Indicateurs de performances, les parties sont libérées des effets du présent contrat.

Par ailleurs, le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida se réserve le droit, en cas de force majeure ou pour nécessité de service, de suspendre, modifier ou étendre les termes du contrat. Les changements seront alors notifiés par voie hiérarchique à l'autre partie signataire,

avec copie à la CT-FBP et aux Partenaires Techniques et financiers intervenant dans le FBP au niveau central.

Le Responsable de l'Unité de Prestation

**Le Ministre de la Santé Publique
et de la Lutte contre le SIDA**

Nom et Prénom

Nom et Prénom

Signature

Signature

22. Protocole de vérification communautaire dans la FOSA

1. Ce protocole sera appliqué aux résultats des indicateurs définis dans le financement basé sur la performance obtenus par la FOSA
2. Ce protocole sera appliqué en vue d'approuver les résultats rapportés durant les 6 mois précédents le semestre et obtenir la perception de la satisfaction des utilisateurs bénéficiant des services de la FOSA.
3. L'association locale sans but lucratif conduisant l'enquête communautaire est mandatée par le CPVV en vue d'organiser une telle évaluation suivant le présent protocole.
4. Les étapes suivantes seront suivies :
 - a. Les vérificateurs CPVV tirent au hasard les indicateurs objets d'enquête semestrielle au niveau communautaire dans le cadre du FBP tel qu'indiqué dans le manuel des procédures FBP.
 - b. Le CPVV fait l'échantillonnage des cas pour chaque indicateur sélectionné au sein de registres. Pour chaque indicateur tiré, sélectionner le nombre indiqué dans le manuel des procédures FBP :
 - Déterminer le nombre exact de cas pour l'indicateur au cours du semestre à travers le registre ;
 - Diviser le nombre obtenu par le nombre à tirer en vue de trouver le pas pour cet indicateur ;
 - Choisir en fonction du pas retenu un par un jusqu' à arriver au nombre de 15 cas.
 - c. Pour chaque indicateur choisi, le CPVV établit deux fiches :
 - une fiche d'échantillonnage résumant toutes les données concernant l'identification du patient et les prestations fournies par la FOSA et cette fiche est gardée par le vérificateur ;
 - Les vérificateurs remettent à l'association locale des fiches d'enquête reprenant seulement les détails nécessaires pour retrouver les patients à enquêter (nom et prénom, commune, colline, sous-colline, village de provenance, chef de famille) et les éléments d'enquête à vérifier au sujet du patient.
 - d. Le CPVV contacte l'association pour une réunion et distribue les fiches d'enquête pour la période concernée.
 - e. Pour chaque fiche distribuée, l'enquêteur de l'association visite le ménage en vue de recueillir les informations demandées.

- f. Le représentant de l'association transmet au CPVV endéans 15 jours la fiche remplie de résultats. Le vérificateur communautaire du CPVV accuse réception des fiches de vérification communautaire en spécifiant le nombre de fiches transmises.
- g. Les vérificateurs CPVV confrontent et valident les données de l'enquête avec les fiches témoins gardées contenant l'information du client.
- h. Le CPVV donne feedback écrit sur la qualité de l'enquête communautaire faite par l'association dans 10 jours ouvrables, spécifiant les fiches d'enquête correctement ou mal remplies.
- i. Le CPVV fait la synthèse des résultats de l'enquête et donne les résultats aux associations et aux FOSA lors d'une restitution semestrielle.
- j. Le CPVV consolide les résultats de qualité obtenus lors de l'enquête communautaire et ceux de la qualité technique obtenus par la grille de qualité et établit le score trimestriel de qualité de la FOSA.
- k. Le CPVV établit la facture semestrielle de payement de bonus selon le circuit de financement défini préalablement.

23. Questionnaire d'enquête ménage 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
Pour celui qui n'est pas allé se faire soigner à la formation sanitaire la plus proche:	
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 desont 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 desont 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 de 5 ans et les femmes enceintes sont soignés gratuitement)	Oui Non

3.9 La formation sanitaire dea-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?	

24. Questionnaire d'enquête ménage en Kirundi

IFISHI MPINYUZABIKORWA VY'AMAVURIRO

Intara y'ubuvuzi	
Akarere k'ubuvuzi	
Ivuriro	
Umunsi wo kwivuzi	
Izina ry'ishirahamwe	

No reference fiche	Izina n'iritazirano ry'uwivuje	Umutumba	Agacimbiri	Se rugo

1. IBIBAZO NTANGAMARARA VY'ISUZUMA

1.1 Igenekerezo ry'isuzumwa (itariki-ukwezi-umwaka)	/...../.....
1.2 Uyu muntu naka (Izina) muramuzi muri uru rugo?	Ego/ Oya
1.3 Nimwaba mumuzi afise imyaka ingahe?	
1.4 Niyaba azwi ninde avyemeje ?	We nyene Uwundi wo mumuryango Umukuru w'agacimbiri Abandi

1.5 Ari we nyene: uraheruka kw'ivuriro rya....., muri ay'amezi atandatu aheze? Ari uwundi naho ubaza: yoba aheruka kw'ivuriro rya....., muri ay'amezi atandatu aheze?	Ego/oya Ego/oya
1.6 Ari EGO, mwari mugiyeye kwivuza, kwibaruka, gucandagisha umwana canke gupimisha imbanyi canke ikindi?	
1.7 Mwo tubwira igenekerezo muherukira ko kwa muganga (gereranya)	

Dusanze yivuje muri ayo mezi atandatu aheze, uca ubandanya umubaza ibibazo biri gu gice ca kabiri ni ca gatatu. Ari oya, hagarika kumubaza ivyo bibazo.

2. GUSHIMA IBIKORWA VYO KWA MUGANGA

2.1 Murashima ibikorwa ivuriro ribegereye ribakorera?	Turashima cane/ Turashima buke buke/ Ntidushima nabuhoro
2.2 Igihe muheruka kurwara mwaragiye kwivuza kuri iryo vuriro	Ego/ Oya
Kuwutagiye kwivuza kuri iryo vuriro:	
2.3 None mwarivuje? (ari oya, hagarika ibikorwa)	Ego/ Oya
2.4 Ari Ego, mwivurije hehe?	1. Kurindi vuriro rya reta 2. Kw'ivuriro ry'abikorera ivyabo 3. Ku bitaro bikuru 4. Kubavuzwa imiti y'ikirundi 5. Ahandi (havuge).....

3. UKUNTU ABAGIYE KWIVUZA BASHIMA IBIKORWA BABAGIRIWE KURI IRYO VURIRO

3.1 Umwanya murindira kugira muganga abakire ungana gute?	1. Umwanya muto 2. Umwanya ugereranye 3. Umwanya muremure
3.2 Babakiriye neza? (Mucubahiro no mu bwitonzi)	2= Neza cane 1= Neza 0 = Nabi
3.3 Umuganga yabasuzumye yarabasiguriye neza indwara murwaye n'imiti abahaye n'ukugene muzoyifata?	2 = Neza Cane 1 = Neza 0 = Nabi
3.4 Babavuye mw'ibanga ntagere atabababona canke ngo babumwe	2= Neza cane 1 = Neza 0 = Nabi
3.5 Ku bwanyu, abakozi b'ivuriro barabishoboye?	2 = Neza cane 1 = Neza 0 = Nabi
3.6 Abakozi b'ivuriro barakora amazamu imisi yose (7 jours sur 7), n'amasaha yose (24H/24H)	Ego Oya
3.7 Ku bwanyu, ibiciro muri iryo vuriro mubona bigendeka?	2 = Ni vyiza cane 1 = Biragereranye 0 = Birazimvye cane
3.8 Irihishwa riba ku mugaragaro? (Muriha ku biciro biba bimanitswe, barabaha amafagitire, abana badashikana imyaka itanu n'abapfasoni bibarutse ntibabarihisha?)	Ego Oya

3.9 Mubona ivuriro ryanyu rimeze neza (isuku, ubuzu bwa sugumwe busukuye, umuyagankuba, amazi meza, ubwogero)	2 = Neza cyane 1 = Neza 0 = Nabi
3. 10 Imiti babandikiye yari ihari kw'ivuriro	Ego Oya
3.11 Mbega muncamake, ibikorwa vyiza wabonye kw'ivuriro nibihe?	
3. 12 Ibitabashimishije nibihe?	
3.13 Ivyo kosorwa kuri iryo vuriro n'ibihe?	

25. Fiche d'échantillonnage pour enquête communautaire

[illegible]

26. Fiche d'enquête communautaire à remettre à l'enquêteur

[illegible]

27. Fiches d'enquête communautaire pour les prestations des CDS (en Kirundi)

1. GUHINYUZA ABARWAYI BIVUJE BATARARA MU BITARO (Consultations curatives externes)

1.1. IGICE CUZUZA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: CDS

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

1.2. IGICE CUZUZA N'UWUKORA ITOHOZA

1.2.1. Mbega uyo murwayi arabaho?

Ego /Oya

Vyemejwe nande? Umukuru w'umutumba/nyumba kumi? Se ? Nyina ? Mwenewabo?

Uwo bubakanye ? Umubanyi? Canke niwe nyene ubwiwe ?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

1.2.2. Uyo murwayi afise imyaka ingahe?

1.2.3. Mbega uwo mwavuganye arashobora kwemeza ko uwo muntu yagiye kwa muganga muri kino kiringo turiko turakorerako? Ego/ Oya

- Mbega arafise agafishi canke agakaye yavuriweko? Ego/Oya

- Yagiye kwa muganga ryari? /...../20....

- Wipimishije iki? Amaraso? Umusarani? Vyose uko ari bibiri? Ntanakimwe?

1.2.4. Warishe angahe?

1.2.5. Ico kiguzi cari: Igisanzwe ? /canke cari umurengera ?

1.2.6. Washoboye kuriha gute? Neza ata ngorane ? Warinze kugurisha ikintu ? Baguhaye ideni kwa muganga? Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe haciye ingorane zidasanzwe?

1.2.7. Warashimishijwe n'ukuntu bakuvuye ? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo rirya vuriro rikore neza gusumba ?

.....

Itariki /...../ 20....

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

**2. GUHINYUZA ABAVYEYI BIBUNGEZE BIVUJE BATARARA MU BITARO (Consultations
externes femme enceinte)**

2.1. IGICE CUZUZA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: CDS

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

2.2. IGICE CUZUZA N'UWUKORA ITOHOZA

2.2.1. Mbega uyo muvyezi arabaho? Ego /Oya

Vyemejwe nande? Umukuru w'umutumba/nyumba kumi? Se ? Nyina ? Mwenewabo?

Uwo bubakanye ? Umubanyi? Canke niwe nyene ubwiwe ?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozo.....Agacimbiri.....

2.2.2. Uyo muvyezi afise imyaka ingahe?

**2.2.3. Mbega uwo mwavuganye arashobora kwemeza ko uwo muvyezi yagiye kwa muganga
muri kino kiringo turiko turakorerako? Ego/ Oya**

- Mbega arafise agafishi canke agakaye yavuriweko? Ego/Oya

- Yagiye kwa muganga ryari? /...../20....

- **Wipimishije iki?** Amaraso? Umusarani? Vyose uko ari bibiri? Ntanakimwe?

2.2.4. Warishe angahe?

2.2.5. Ico kiguzi cari: Igisanzwe ? /canke cari umurengera ?

2.2.6. Washoboye kuriha gute? Neza ata ngorane ? Warinze kugurisha ikintu ? Baguhaye ideni
kwa muganga? Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe haciye ingorane
zidasanzwe?

2.2.7. Warashimishijwe n'ukuntu bakuvuye ? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo rirya vuriro rikore neza gusumba ?

.....
.....

Itariki /...../ 20....

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

3. GUHINYUZA ABANA BAHEJEJE INCANDAGO ZOSE (Enfants complètement vaccinés)

3.1. IGICE CUZUZWA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: CDS

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

3.2. IGICE CUZUZWA N'UWUKORA ITOHOZA

3.2.1. Mbega uyo mwana arabaho?

Ego / Oya

Vyemejwe nande? N'umukuru w'umutumba/ na nyumba kumi? N'umubanyi? Se ? Nyina ?
Mwenewabo ?

-Izina ry'uwavyemeje.....

-Umusozi.....Agacimbiri.....

Umwana afise amezi angahe (canke imyaka ingahe)?

3.2.2. Mbega barashobora kwemeza ko uyo mwana yaronse urucanco rw'agasama muri kino kiringo turiko turakorerako? Ego/Oya

-Yagiye kwa muganga kuronka urwo rucanco ryari ? Itariki...../.....20....

Mbega uyo mwana yavutse ryari? Amataliki y'amavuka/..... /20....

-Mbega abavyeyi biwe barashobora kwerekana ifishi yiwe y'incanco? **Ego/Oya**

-Mbega abavyeyi biwe bovuga ko uyo mwana yaronse neza incanco ku mataliki yari ategakanijwe? **Ego/ Oya/ ntavyo nzi.**

3.2.3 Warishe angahe?

3.2.4. Ico kiguzi cari: Igisanzwe /canke cari umurengera ?

3.2.5. Washoboye kuriha gute ? Neza ata ngorane ? Warinze kugurisha ikintu? Baguhaye ideni kwa muganga? Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe haciye ingorane idasanzwe ?

3.2.6. Warashimishijwe n'ukuntu bagucandagiye umwana ?

Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugirango rirya vuriro rikore neza gusumba ?

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

Itariki /...../ 20....

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

4. GUHINYUZA ABAVYEYI BIBARUKIYE KWA MUGANGA (Accouchements)

4.1. IGICE CUZUZWA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: CDS

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UМУKENYEZI YIBARUTSE

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

4.2. IGICE CUZUZWA N'UWUKORA ITOHOZA

4.2.1. Mbega uyo mukenyezi arabaho? Ego / Oya

Vyemejwe nande?

N'umukuru w'umutumba/ na nyumba kumi? N'umubanyi? Uwo bubakanye? Canke niwe nyene ubwiwe yavyemeje?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

Uwo mukenyezi afise imyaka ingahe ?

4.2.2. Mbega uyo mukenyezi arashobora kwemeza ko yavyariye kwa muganga muri kino kiringo turiko turakorera? Ego/ Oya

-Nimba ari ego, mbega yavyaye italiki zingahe? //20....

-Nimba ari ego, umwana afise ikihe gitsina? Umukobwa?umuhungu? Amahasa?

-Nimba ari ego, umukenyezi yamaze imisi ingahe mu bitaro? Imisi.....

4.2.3. Warishe angahe ?

4.2.4. Ico kiguzi cari: Igisanzwe /canke cari umurengera?

4.2.5. Washoboye kuriha gute ?

Ntangorane vyarinze kugutera/Wagurishije ikintu?/Baguhaye ideni kwa muganga?Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe hacye ingorane zidasanzwe ?

4.2.6. Warashimishijwe n'ukuntu bakwakiriye ? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo rirya vuriro rikore neza gusumba ?

.....

Itariki /...../ 20...

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

5. GUHINYUZA ABAKENYEZI BAGIYE GUPIMISHA IMBANYI

5.1. IGICE CUZUZWA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: CDS

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

5.2.IGICE CUZUZWA N'UWUKORA ITOHOZA

5.2.1. Mbega uyo mukenyezi arabaho?

Ego / Oya

Vyemejwe na nde? N'umukuru w'umutumba/ na nyumba kumi? N'umubanyi? mwene wabo? Uwo bubakanye? Canke niwe nyene ubwiwe?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

Uwo mukenyezi afise imyaka ingahe?.....

5.2.2. Mbega uyo mukenyezi (canke uyo babana) arashobora kwemeza ko yagiye gupimisha imbanyi kwa muganga muri kino kiringo turiko turakorera? Ego/ Oya

-Yagiye kwa muganga Itariki zingahe? /... /20...

-Amaze gutwara inda zingahe (harimwo iyo afise).....

-Mbega iyo ufise wari wagiye kuyipimisha ubwa kangahe?

5.2.3. Warishe angahe?

5.2.4. Ico kiguzi cari: Igisanzwe canke cari umurengera?

5.2.5. Warashimishijwe n'ukuntu bagupimye?

Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugirango rirya vuriro rikore neza gusumba?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Itariki..... /...../ 20...

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

.....

Umukono:

6. GUHINYUZA ABAKENYEZI BAGIYE KWIPIMISHA BARAHEJEJE KWIBARUKA

6.1. IGICE CUZUZWA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: CDS

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

6.2. IGICE CUZUZWA N'UWUKORA ITOHOZA

6.2.1. Mbega uyo mukenyezi arabaho?

Ego / Oya

Vyemejwe na nde? N'umukuru w'umutumba/ na nyumba kumi? N'umubanyi? mwene wabo? Uwo bubakanye? Canke niwe nyene ubwiwe?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

Uwo mukenyezi afise imyaka ingahe?.....

6.2.2. Mbega uyo mukenyezi (canke uyo babana) arashobora kwemeza ko yagiye kwipimisha kwa muganga inyuma yo kwibaruka muri kino kiringo turiko turakorera? Ego/ Oya

Yibarutse itariki zingahe?...../...../.....

Inyuma yo kwibaruka, amaze kwipimisha kangahe?

Yagiye kwa muganga itariki zingahe?

✓ Ubwa mbere/...../.....

✓ Ubwa kabiri/...../20.....

6.2.3. Warishe angahe?

6.2.4. Ico kiguzi cari: Igisanzwe canke cari umurengera?

6.2.5. Warashimishijwe n'ukuntu bagupimye?

Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugirango rirya vuriro rikore neza gusumba?

.....

Itariki..... /...../ 20...

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

.....

Umukono:

28. Fiches d'enquête communautaire pour les prestations des CDS (en Français)

1. ENQUETE SUR LES CAS DE CONSULTATIONS CURATIVES EXTERNES

1.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom du CDS: CDS

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

1.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

1.2.1. Est ce que ce client existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de ce client? Chef de colline/Chef de 10 maisons?

Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

1.2.2. Quel est l'âge du Client ?

1.2.3. Est ce que la personne à qui vous avez parlé peut confirmer que le Client s'est rendu au CDS pour se faire soigner au cours de la période d'enquête ? **Oui/ Non**

- Le Client a t il un carnet ou une fiche de soins? **Oui/Non**

- A quelle date s'est il fait soigner ? /...../20....

- **Quels examens complémentaires ont été effectués?** Prise de sang? Examen des selles? Les deux à la fois? Aucun examen complémentaire?

1.2.4. Combien d'argent a été payé (en Fbu)?

1.2.5. Pour vous, ce montant est il normal ? /ou excessif ?

1.2.6. Comment avez vous pu payer? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

1.2.7. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été soigné ? **Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que le CDS améliore ses prestations ?

.....

Date /...../ 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

2. ENQUETE SUR LES CAS DE CONSULTATION CURATIVE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

2.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom du CDS: CDS

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

2.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

2.2.1. Est ce que cette cliente existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de cette cliente? Chef de colline/Chef de 10 maisons? Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

2.2.2. Quel est l'âge de la cliente ?

2.2.3. Est ce que la personne à qui vous avez parlé peut confirmer que la cliente s'est rendue au CDS pour se faire soigner au cours de la période d'enquête ? **Oui/ Non**

- La cliente a t elle un carnet ou une fiche de soins? **Oui/Non**

- A quelle date s'est elle fait soigner ? /...../20....

- **Quels examens complémentaires ont été effectués?** Prise de sang? Examen des selles? Les deux à la fois? Aucun examen complémentaire?

2.2.4. Combien d'argent a été payé (en Fbu)?

2.2.5. Pour vous, ce montant est il normal ? /ou excessif ?

2.2.6. Comment avez vous pu payer? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soignée à credit par le CDS? Avez vous contractée une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

2.2.7. Avez vous été satisfaite de la manière dont vous avez été soignée ? **Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que le CDS améliore ses prestations ?

.....

Date /...../ 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

3 ENQUETE SUR LES CAS D'ENFANTS COMPLETEMENT VACCINES

3.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom du CDS: CDS

.Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

3.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

3.2.1. Est ce que cet enfant existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de cet enfant? Chef de colline/Chef de 10 maisons?

Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge (en nombre de mois) de cet enfant ?

3.2.2. **Pouvez vous confirmer que l'enfant a été vacciné contre la rougeole au cours de la période d'enquête?** **Oui/Non**

-A quelle date l'enfant a été au CDS pour recevoir le Vaccin?/...../20....

Quelle est la date de naissance de l'enfant?/..... /20....

-Pouvez vous montrer la fiche de vaccination de l'enfant? **Oui/Non**

-Pouvez vous indiquer si l'enfant a respecté le calendrier vaccinal? **Oui/ Non/ Ne sait pas**

3.2.3 **Combien avez vous payé?**

3.2.4. **Ce montant est il:** normal ? /Excessif ?

3.2.5. **Comment avez-vous pu payer ?** Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

3.2.6. **Avez vous été satisfait de la manière dont votre enfant a été vacciné ?** **Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que le CDS améliore ses prestations ?

.....

Date / / 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

4. ENQUETE SUR LES CAS D'ACCOUCHEMENT

4.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom du CDS: CDS

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

4.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

4.2.1. Est ce que cette femme existe ? Oui /Non

Qui atteste l'existence ou la non existence de cette femme? Chef de colline/Chef de 10 maisons? Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge de cette femme ?

4.2.2. Pouvez vous confirmer que vous avez accouché au CDS au cours de la période d'enquête ? Oui/ Non

-Si oui, quelle est la date d'accouchement? //20....

-Si oui, quel est le sexe de l'enfant? Fille ?Garçon ? ou alors des jumeaux?

- Si oui, combien de jours a passé la femme en hospitalisation?

4.2.3 Combien avez vous payé?

4.2.4. Ce montant est il: normal ? /Excessif ?

4.2.5. Comment avez-vous pu payer ? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

4.2.6. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été soignée ? Oui/Non

Quelles sont vos suggestions pour que le CDS améliore ses prestations ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date // 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

5. ENQUETE SUR LES CAS DE CONSULTATION PRENATALE

5.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom du CDS: CDS

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

5.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

5.2.1. Est ce que cette femme existe ?

Oui /Non

Qui atteste l'existence ou la non existence de cette femme? Chef de colline/Chef de 10 maisons? Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge de cette femme ?

5.2.2. Pouvez vous attester (ou le conjoint peut il attester) que cette femme s'est rendue au CDS pour consultation prénatale (CPN) au cours de la période d'enquête? Oui/ Non

- A quelle date est elle partie au CDS pour CPN? /... /20...

- Quelle est sa gestité (y compris l'actuelle grossesse).....

- Pour quelle CPN était elle partie au CDS pour l'actuelle grossesse? (CPN1,2,3,4 ou plus)

5.2.3 Combien avez vous payé?

5.2.4. Ce montant est il: normal ? /Excessif ?

5.2.5. Comment avez-vous pu payer ? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

5.2.6. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été prise en charge ? Oui/Non

Quelles sont vos suggestions pour que le CDS améliore ses prestations ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date /...../ 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

6. ENQUETE SUR LES CAS DE CONSULTATION POSTNATALE

6.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom du CDS: CDS

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

6.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

6.2.1. Est ce que cette femme existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de cette femme? Chef de colline/Chef de 10 maisons? Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge de cette femme ?

6.2.2. Pouvez vous attester (ou le conjoint peut il attester) que cette femme s'est rendue au CDS pour consultation prénatale post natale au cours de la période d'enquête? **Oui/Non**

- A quelle date la femme a-t-elle accouchée ?...../...../.....

- Après l'accouchement, combien de fois a-t-elle fait la consultation post natale?

- A quelles dates a-t-elle fait une consultation post natale?

✓ Première consultation post natale/...../.....

✓ Deuxième consultation post natale/.../20....

6.2.3. Ce montant est il: normal ? /Excessif ?

6.2.4. Comment avez-vous pu payer ? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

6.2.5. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été prise en charge ? **Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que le CDS améliore ses prestations ?

.....

Date /...../ 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

29. Fiches d'enquête communautaire au niveau des Hôpitaux (en Kirundi)

1. GUHINYUZA ABARWAYI BIVUJE BATARARA MU BITARO (CE)

1.1. IGICE CUZUZA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: HOPITAL

Izina ry'ishirahamwe:.....

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

1.2. IGICE CUZUZA N'UWUKORA ITOHOZA

1.2.1. Mbega uyo murwayi arabaho? Ego /Oya

Vyemejwe nande? umukuru w'umutumba/ nyumba kumi? Se? Nyina? mwenewabo?

Uwo bubakanye? umubanyi? Canke niwe nyene ubwiwe?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

1.2.2. Uyo murwayi afise (amezi angahe?), imyaka ingahe?

1.2.3. Mbega uwo mwavuganye arashobora kwemeza ko uwo muntu yagiye kwa muganga muri kino kiringo turiko turakorera? Ego/ Oya

- Mbega arafise agafishi canke agakaye yavuriweko? Ego/Oya

- Yagiye kwa muganga ryari? /...../20....

- Wipimishije iki? Amaraso? Umusarani? Vyose uko ari bibiri? Ntanakimwe?

1.2.4. Warishe angahe?

1.2.5. Ico kiguzi cari: Igisanzwe? /canke cari umurengera?

1.2.6. Washoboye kuriha gute ? neza ata ngorane ? /warinze kugurisha ikintu ? Baguhaye ideni kwa muganga? wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? warishe haciye ingorane zidasanzwe ?

1.2.7. Warashimishijwe n'ukuntu bakuvuye? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo ivyo bitaro bikore neza gusumba ?

.....

Itariki /...../ 20....

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

2. GUHINYUZA ABavyeyi bibungeze bivuje batarara mu bitaro (Consultations externes femme enceinte)

2.1. IGICE CUZUZA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: CDS

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

2.2. IGICE CUZUZA N'UWUKORA ITOHOZA

2.2.1. Mbega uyo muvye arabaho?

Ego /Oya

Vyemejwe nande? Umukuru w'umutumba/nyumba kumi? Se ? Nyina ? Mwenewabo?

Uwo bubakanye ? Umubanyi? Canke niwe nyene ubwiwe ?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozo.....Agacimbiri.....

2.2.2. Uyo muvye afise imyaka ingahe?

2.2.3. Mbega uwo mwavuganye arashobora kwemeza ko uwo muvye yagiye ku bitaro muri kino kiringo turiko turakorako? Ego/ Oya

- Mbega arafise agafishi canke agakaye yavuriweko? Ego/Oya

- Yagiye kwa muganga ryari? /...../20....

- Wipimishije iki? Amaraso? Umusarani? Vyose uko ari bibiri? Ntanakimwe?

2.2.4. Warishe angahe?

2.2.5. Ico kiguzi cari: Igisanzwe ? /canke cari umurengera ?

2.2.6. Washoboye kuriha gute? Neza ata ngorane ? Warinze kugurisha ikintu ? Baguhaye ideni kwa muganga? Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe haciye ingorane zidasanzwe?

2.2.7. Warashimishijwe n'ukuntu bakuvuye ? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo icyo bitaro bikore neza gusumba ?

.....

Itariki /...../ 20....

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

3. GUHINYUZA ABARWAYI BAVURIWE MU BITARO (Hospitalisation)

3.1. IGICE CUZUZWA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: *HOPITAL*.....

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

3.2. IGICE CUZUZWA N'UWUKORA ITOHOZA

3.2.1. Mbega uyo mugwayi arabaho? Ego / Oya

Vyemejwe na nde? umukuru w'umutumba/ nyumba kumi? umubanyi? Se? Nyina? mwenewabo? uwo bubakanye? Umwana? Niwe nyene ubwiwe?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

Umurwayi afise imyaka ingahe?

3.2.2. Mbega uwo mwavuganye arashobora kwemeza ko uwo muntu yamaze imisi mu bitaro muri kino kiringo turiko turakorera? Ego/ Oya

- Nimba ari ego, mbega arafise agafishi canke agakaye kamukura mu bitaro? Ego/Oya

- Yinjiye ibitaro ryari? Itariki..... // 20.....

- Itariki yasohokeye ibitaro // 20.....

- Yamaze imisi ingahe mu bitaro? imisi.....

3.2.3. Warishe angahe?

3.2.4. Ico kiguzi cari: igisanzwe? canke umurengera?

3.2.5. Washoboye kuriha gute?

Neza ata ngorane? Warinze kugurisha ikintu? Baguhaye ideni kwa muganga? Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe haciye ingorane idasanzwe?

3.2.6. Warashimishijwe n'ukuntu bakuvuye? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugirango ngo ivyo bitaro bikore neza gusumba?

.....

Itariki // 20.....

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

4. GUHINYUZA ABAVYEYI BIBARUKIYE KWA MUGANGA

4.1. IGICE CUZUZA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: *HOPITAL*

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMUKENYEZI YIBARUTSE

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

4.2. IGICE CUZUZA N'UWUKORA ITOHOZA

4.2.1. Mbega uyo mukenyezi arabaho? Ego / Oya

Vyemejwe nande?

N'umukuru w'umutumba/ na nyumba kumi? N'umubanyi?

Uwo bubakanye? Canke niwe nyene ubwiwe yavyemeje?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

Uwo mukenyezi afise imyaka ingahe?

4.2.2. Mbega uyo mukenyezi arashobora kwemeza ko yavyariye kwa muganga muri kino kiringo turiko turakorerako? Ego/ Oya

-Nimba ari ego, mbega yavyaye italiki zingahe? //20....

-Nimba ari ego, umwana afise ikihe gitsina? Umukobwa? umuhungu? Amahasa?

Nimba ari ego, umukenyezi yamaze imisi ingahe mu bitaro? Imisi.....

4.2.3. Warishe angahe ?

4.2.4. Ico kiguzi cari: Igisanzwe? /canke cari umurengera?

4.2.5. Washoboye kuriha gute ? Neza ata ngorane ? Warinze kugurisha ikintu? Baguhaye ideni kwa muganga? Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe haciye ingorane idasanzwe ?

4.2.6. Warashimishijwe n'ukuntu bakwakiriye ? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo ivyo bitaro bikore neza gusumba ?

.....

Itariki /...../ 20...

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

5. GUHINYUZA ABAYEYI BIBARUKIYE KWA MUGANGA BABANJE GUKORWA (CESARIENNE)

5.1. IGICE CUZUZA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: *HOPITAL*

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMUKENYEZI YAKOZWE

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

5.2. IGICE CUZUZA N'UWUKORA ITOHOZA

5.2.1. Mbega uyo mukenyezi arabaho? Ego / Oya

Vyemejwe nande?

N'umukuru w'umutumba/ na nyumba kumi? N'umubanyi?

Uwo bubakanye? Canke niwe nyene ubwiwe yavuye?

Izina ry'uwavuye.....

Umusizi.....Agacimbiri.....

Uwo mukenyezi afise imyaka ingahe?

5.2.2. Mbega uyo mukenyezi arashobora kwemeza ko yavuye ku bitaro bikuru abanje gukorwa, muri kino kiringo turiko turakorako? Ego/ Oya

-Nimba ari ego, mbega yavuye itariki zingahe? //20....

-Mbega yarijanye canke yarungitswe n'ivuriro?

-Umukenyezi yamaze imisi ingahe mu bitaro? Imisi.....

5.2.3. Warishe angahe ?

5.2.4. Ico kiguzi cari: Igisanzwe? /canke cari umurengera?

5.2.5. Washoboye kuriha gute ?

Nta ngorane vyarinze kugutera? Wagurishije ikintu? Baguhaye ideni kwa muganga? Wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango? Warishe haciye ingorane zidasanzwe?

5.2.6. Warashimishijwe n'ukuntu bakwakiye? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo ivyo bitaro bikore neza gusumba?

.....

Itariki /...../ 20....

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

6. GUHINYUZA ABARWAYI BAVUWE BABANJE GUKORWA (KUBAGWA)

6.1. IGICE CUZUZWA N'UMUGENDUZI

IVURIRO: *HOPITAL*

Izina ry'ishirahamwe:

IBIRANGA UMURWAYI YAKOZWE (YABAZWE)

N° Ech	Amazina	Igitsina	Umutumba	Agacimbiri	Nyene urugo

6.2. IGICE CUZUZWA N'UWUKORA ITOHOZA

6.2.1. Mbega uyo murwayi arabaho? Ego / Oya

Vyemejwe nande? N'umukuru w'umutumba/ na nyumba kumi? N'umubanyi? Uwo bubakanye? Canke niwe nyene ubwiwe yavyemeje?

Izina ry'uwavyemeje.....

Umusozi.....Agacimbiri.....

Uwo murwayi afise imyaka ingahe?

6.2.2. Mbega uyo murwayi arashobora kwemeza ko yavuriwe ku bitaro bikuru abanje gukorwa, muri kino kiringo turiko turakorerako? Ego/ Oya

-Nimba ari ego, mbega yabazwe italiki zingahe? //20....

-Mbega yarijanye canke yarungitswe n'ivuriro ?

-Umurwayi yamaze imisi ingahe mu bitaro? Imisi

6.2.3. Warishe angahe ?

6.2.4. Ico kiguzi cari: Igisanzwe? /canke cari umurenge?

6.2.5. Washoboye kuriha gute ? Nta ngorane vyarinze kugutera?/ Wagurishije ikintu?/ Baguhaye ideni kwa muganga?/ wafashe ideni ku mubanyi canke mu muryango?/ warishe haciye ingorane zidasanzwe?

6.2.6. Warashimishijwe n'ukuntu bakwakiriye? Ego/Oya

Ni ikihe cyumviro woterera kugira ngo ivyo bitaro bikore neza gusumba ?

.....

Itariki /...../ 20...

Izina be n'amatazirano vy'uwukoze itohoza:

Umukono:

30. Fiches d'enquête communautaire au niveau des Hôpitaux (en Français)

1. ENQUETE SUR LES CAS DE CONSULTATIONS CURATIVES EXTERNES

1.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom de l'Hôpital:

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

1.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

1.2.1. Est ce que ce client existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de ce client? Chef de colline/Chef de 10 maisons?

Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

1.2.2. Quel est l'âge du Client ?

1.2.3. Est ce que la personne à qui vous avez parlé peut confirmer que le Client s'est rendu à l'Hôpital pour se faire soigner au cours de la période d'enquête ? **Oui/ Non**

- Le Client a t il un carnet ou une fiche de soins? **Oui/Non**

- A quelle date s'est il fait soigner ? /...../20....

- **Quels examens complémentaires ont été effectués?** Prise de sang? Examen des selles? Les deux à la fois? Aucun examen complémentaire?

1.2.4. Combien d'argent a été payé (en Fbu)?

1.2.5. Pour vous, ce montant est il normal ? /ou excessif ?

1.2.6. **Comment avez vous pu payer?** Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

1.2.7. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été soigné ? **Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que l'Hôpital améliore ses prestations ?

.....

Date /...../ 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

2. ENQUETE SUR LES CAS DE CONSULTATION CURATIVE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

2.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom de l'Hôpital:

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

2.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

2.2.1. Est ce que cette cliente existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de cette cliente? Chef de colline/Chef de 10 maisons? Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

2.2.2. Quel est l'âge de la cliente ?

2.2.3. Est ce que la personne à qui vous avez parlé peut confirmer que la cliente s'est rendue à l'Hôpital pour se faire soigner au cours de la période d'enquête ? **Oui/ Non**

- La cliente a t elle un carnet ou une fiche de soins? **Oui/Non**

- A quelle date s'est elle fait soigner ? /...../20....

- **Quels examens complémentaires ont été effectués?** Prise de sang? Examen des selles? Les deux à la fois? Aucun examen complémentaire?

2.2.4. Combien d'argent a été payé (en Fbu)?

2.2.5. Pour vous, ce montant est il normal ? /ou excessif ?

2.2.6. Comment avez vous pu payer? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soignée à credit par le CDS? Avez vous contractée une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

2.2.7. Avez vous été satisfaite de la manière dont vous avez été soignée ? **Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que l'Hôpital améliore ses prestations ?

.....

Date /...../ 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

3. ENQUE SUR LES CAS D'HOSPITALISATION

3.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom de l'Hôpital:

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

3.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

3.2.1. Est ce que ce client existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de ce client? Chef de colline/Chef de 10 maisons?

Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge du client ?

3.2.2. Est ce que la personne à qui vous avez parlé peut confirmer que le client a été hospitalisé à l'Hôpital au cours de la période d'enquête ? **Oui/ Non**

- Si oui, le client a t il une fiche ou un billet de sortie de l'Hôpital? **Oui/Non**

- A quelle date a t il été hospitalisé? i..... // 20....

- A quelle date est il sorti de l'Hôpital /...../ 20....

- Combien de jours a t il été hospitalisé?

3.2.4. Combien d'argent a été payé (en Fbu)?

3.2.5. Pour vous, ce montant est il normal ? /ou excessif ?

3.2.6. Comment avez vous pu payer? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

3.2.7. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été soigné ? **Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que l'Hôpital améliore ses prestations ?

.....

.....

.....

.....

.....

Date // 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

4. ENQUETE SUR LES CAS D'ACCOUCHEMENT

4.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom de l'Hôpital :

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

4.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

4.2.1. Est ce que cette femme existe ? Oui /Non

Qui atteste l'existence ou la non existence de cette femme? Chef de colline/Chef de 10 maisons? Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge de cette femme ?

4.2.2. Pouvez vous confirmer que vous avez accouché à l'Hôpital au cours de la période d'enquête ? Oui/ Non

-Si oui, quelle est la date d'accouchement? //20....

-Si oui, quel est le sexe de l'enfant? Fille ? Garçon ? ou alors des jumeaux?

- Si oui, combien de jours a passé la femme en hospitalisation?

4.2.3 Combien avez vous payé?

4.2.4. Ce montant est il: normal ? /Excessif ?

4.2.5. Comment avez-vous pu payer ? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

4.2.6. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été soignée ? Oui/Non

Quelles sont vos suggestions pour que l'Hôpital améliore ses prestations ?

.....

Date // 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

5. ENQUETE SUR LES CAS DE CESARIENNE

5.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom de l'Hôpital :

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

5.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

5.2.1. Est ce que cette femme existe ? Oui /Non

Qui atteste l'existence ou la non existence de cette femme? Chef de colline/Chef de 10 maisons? Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge de cette femme ?

5.2.2. Pouvez vous confirmer avoir accouché à l'Hôpital par Césarienne, au cours de la période d'enquête? Oui/ Non

-Si oui, quelle est la date d'accouchement? //20....

-Est ce que la femme a été referée par un CDS ou elle s'est rendue à l'Hôpital de sa propre initiative?

-Combien de jours a t elle passée en hospitalisation?

5.2.3 Combien avez vous payé?

5.2.4. Ce montant est il: normal ? /Excessif ?

5.2.5. Comment avez-vous pu payer ? Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

5.2.6. Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été soignée ? Oui/Non

Quelles sont vos suggestions pour que l'Hôpital améliore ses prestations ?

.....

Date /...../ 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

6. ENQUETE SUR LES CAS DE CHIRURGIE MAJEURE

6.1. PARTIE A REMPLIR PAR LE VERIFICATEUR DU CPVV

Nom de l'Hôpital :

Nom de l'association locale qui fait l'enquête:

Identification du Client

N° Ech	Nom et Prénom	Sexe	Colline	Sous colline	Nom du chef de famille

6.2. PARTIE A REMPLIR PAR L'ENQUETEUR

6.2.1. Est ce que ce client existe ? **Oui /Non**

Qui atteste l'existence ou la non existence de ce client? Chef de colline/Chef de 10 maisons?

Son Père ? Sa mère ? Son frère ou sa soeur? Son conjoint ? Un voisin? Lui même ?

Nom et Prénom de la personne qui l'atteste.....

Colline.....Sous Colline.....

Quel est l'âge du client ?

6.2.2. **Pouvez vous confirmer avoir subi une intervention chirurgicale à l'Hôpital au cours de la période d'enquête? Oui/ Non**

-Si oui, quelle est la date de l'opération? //20....

-Est ce que client a été référé par un CDS ou il s'est rendu à l'Hôpital de sa propre initiative?

.....

-Combien de jours a t il passé en hospitalisation?

6.2.3 **Combien avez vous payé?**

6.2.4. **Ce montant est il: normal ? /Excessif ?**

6.2.5. **Comment avez-vous pu payer ?** Sans aucune difficulté ? Avez vous vendu une partie de vos biens ? Avez vous été soigné à credit par le CDS? Avez vous contracté une dette auprès de l'entourage ou de la famille? Avez vous payé après d'énormes difficultés?

6.2.6. **Avez vous été satisfait de la manière dont vous avez été soignée ? Oui/Non**

Quelles sont vos suggestions pour que l'Hôpital améliore ses prestations ?

.....

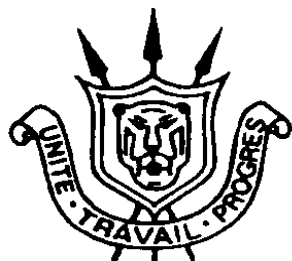
Date // 20....

Nom et Prénom de l'enquêteur:

Signature:

31. Plan d'action annuel d'un Centre de Santé

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA
DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

PLAN ANNUEL D'ACTIVITES

20.....

PROVINCE SANITAIRE DE :

DISTRICT SANITAIRE DE :

CDS DE :

I. Présentation du CDS

1.1. Aire de responsabilité de :

1.2. Commune d'implantation :

1.3. Colline d'implantation

1.4. Population aire de responsabilité :

1.4.1. Population du dénombrement

Collines	Sous collines	Population du dénombrement

1.4.2. Population projetée :

Population totale	
Pop 0 - 11 mois = 3,7 %	
Pop 0 - 59 mois = 17,9 %	
Pop 12 - 59 mois = 14,2 %	
Pop 0 - 14 ans = 44,6 %	
Pop 5 -14 ans = 26,7 %	
Pop 15 ans et plus = 55,4%	
Femmes 15 - 49 ans (en âge de procréer) = 23,7 %	
Femmes enceintes attendues = 5%	
Naissances attendues = 4,7 %	

1.5. Localisation géographique

.....

.....

.....

.....

.....

II. Analyse de la situation

2.1. Pathologies dominantes de l'aire de responsabilité

N°	Les 5 premières causes de morbidité	N-2	N-1
1			
2			
3			
4			
5			
N°	Les 5 premières causes de mortalité	N-2	N-1
1			
2			
3			
4			
5			

2.2. Situation sanitaire (indicateurs clés)

N°	Indicateurs	N-2	N-1
1	Taux d'utilisation du curatif		
2	Proportion de référence vers l'hôpital		
3	Taux de couverture en CPN1		
	Taux de couverture en CPN4		
4	Taux de couverture en consultation post-natale		
5	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié (minimum A3) en milieu de soins		

2.3 Synthèse des besoins en ressources (humaines, infrastructures, matériels et équipements) en se référant aux inventaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.4. Analyse financière

2.4.1. Sources de financement

Source de financement	Recettes		Prévisions des recettes
	N-2	N-1	N
Recouvrement des coûts			
Subsides contractualisations			
CAM			
MFP			
MSPLS (Participation aux soins pour le personnel de santé)			
PNB			
FDN			
Ministère de la solidarité (Fonds Indigents)			
Mutualité communautaire			
AUTRES (à préciser)			
TOTAL			

2.4.2. Créances

Débiteurs	Créance au début de l'année	Augmentation de la créance (ventes des médicaments et des actes à crédits)	Diminution de la créance (recouvrement des créances)	Créance à la fin de l'année
FBP				
CAM				
Indigents				
MFP				
PNB				
FDN				
Autres				
Total				

2.4.3. Dettes

Créanciers	Dettes au début de l'année	Augmentation de la dette	Diminution de la dette	Dettes à la fin de l'année
District Sanitaire				
Autres à préciser				
Total				

2.5. Besoins pour améliorer le Système de référence et contre-référence

.....

.....

.....

.....

.....

2.6. Identification des problèmes et choix des problèmes prioritaires

2.6.1. Liste des problèmes

2.6.2. Problèmes prioritaires

- a. Priorités pouvant être résolus localement
- b .Priorités à adresser à niveau supérieur

[illegible]

III. Plan d'activités

[illegible]

[illegible]

N°	Activités	Cibles Semestrielles				Cibles annuelles	Responsable de l'activité	Budget de l'activité	Catégorie des dépenses	sources de financement
		T1	T 2	T3	T4					
R5 : Les investissements du CDS sont assurés (clôture, réhabilitation, vélo, moto, tél.mob, etc...)										
R6 :										
TOTAL GENERAL BUDGET										

IV. Budget

I - BUDGET du CDS EN DEHORS DE LA PHARMACIE					
RECETTES			DEPENSES		
Code	Rubrique	Montant	Code	Rubrique	Montant
	SOLDE D'OUVERTURE de l'année précédente (compte et caisse)				
	Subsides de l'état				
	Recouvrement des coûts (actes)		INVESTISSEMENT (achat de nouveaux biens qui vont durer plus d'un an)		
	Subsides contractualisations Etat (20% des recettes)			Bâtiments	
	Subsides contractualisations PTFs (20% des recettes)				
	Arriérées à recouvrer			Matériel, équipement, mobilier	
	CAM (20% des recettes)				
	MFP (20% des recettes)			Motos; bicyclette	
	MSPLS (Participation aux soins pour le personnel de santé)(20% des recettes)			Autres (à préciser)	
	PNB (20% des recettes)		FONCTIONNEMENT		
	FDN (20% des recettes)		617300	Combustibles (carburant groupe électrogène,pétrole)	
	Ministère de la solidarité (Fonds INDIGENTS)(20% des recettes)		617510	Fournitures d'hygiène et de nettoyage (OMO,PH.....)	
	Mutualité communautaire (20% des recettes)		617533	Fournitures d'huissierie	
	AUTRES (à préciser)		617535	Fournitures d'électricité / eau	
	Remboursement dettes		617610	Fournitures de bureau	
			617620	Fournitures d'imprimés (outils de gestion)	

			617900	Fournitures diverses, petit outillage, etc.	
			62	Frais de transport (tickets, etc.)	
			632100	Réparations mineures bâtiments	
			632400	Entretien matériel et équipement	
			632900	Frais de télécommunication	
			634100	Frais bancaires	
			634300	Location de main d'œuvre	
			634500	Frais de terrain et de mission	
			634800	Autres frais (précisez en note)	
			64	Diverses charges et pertes	
			651100	Salaires et primes au personnel sous contrat	
			651101	Primes de la contractualisation / performance	
			651300	Indemnités de logement (loyers)	
			654100	Cotisations INSS	
				TRANSFERT PHARMACIE : appui au renforcement du stock	
	TOTAL RECETTES			TOTAL DEPENSES	
			EXCEDENT BUDGETAIRE (réserve de trésorerie) au 31/12/2014		
TOTAL RESSOURCES = RECETTES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/2014			TOTAL EMPLOIS = DEPENSES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/2014		
BALANCE		0			

II - BUDGET DE LA PHARMACIE DU CDS				
	SOLDE D'OUVERTURE de l'année précédente (compte et caisse)			
	Vente de médicaments avec marge de 5%		INVESTISSEMENT (achat de nouveaux biens qui vont durer plus d'un an)	
	Subsides contractualisation Etat (80%)			Bâtiments
	Subsides contractualisation PTFs (80%)			
	MFP(80% des recettes)			Matériel, équipement, mobilier (Achat étagères)
	Arriérées recouvrées (80%)			
	CAM (80% des recettes)			
	FDN (80% des recettes)			Autres frais (précisez en note)
	mutuelle communautaire (80% des recettes)		FONCTIONNEMENT	
			60	Pharmacie du CDS - Achat de médicaments (réellement <i>payés</i>)
			634100	Frais bancaires
			634800	Autres frais (Transfert au compte actes)
TOTAL RECETTES			TOTAL DEPENSES	
			EXCEDENT BUDGETAIRE (réserve de trésorerie) au 31/12/2014 (Réserves=Total ressources -Total dépenses)	
TOTAL RESSOURCES = RECETTES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/2014			TOTAL EMPLOIS = DEPENSES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/2014	
BALANCE		0		

Signature du

Signature du Président

Lu et Approuvé par le MCD

Titulaire

du comité de santé

Signature et cachet

ANNEXES

1. Suivi trimestriel des activités

N°	Activité par résultat	Cibles trimestrielles				Etat d'avancement (fait, pas fait ou en cours)	Difficultés rencontrées	Décision prise pour surmonter les difficultés, ou pour modifier, reporter ou annuler l'activité
		T1	T2	T3	T4			
R1 : les soins curatifs de qualité sont assurés								
1								
2								
3								
4								
5								
R2 : les soins préventifs sont assurés								
1								
2								
3								
4								

R3 Les activités promotionnelles sont assurées								
1								
2								
3								
4								
5								
R4 : La gestion et l'administration sont assurées								
1								
2								
3								
4								
5								
R5 : Les investissements du CDS sont assurés (clôture, réhabilitation, vélo, moto, tél.mob, etc.....)								
1								
2								
3								

2. Suivi du Budget

2.1 BUDGET DU CDS EN DEHORS DE LA PHARMARCIE									
RECETTES					DEPENSES				
Code	Rubrique	Montant prévu	Montant reçu	Taux d'exécution	Code	Rubrique	Montant prévu	Montant dépensé	Taux d'exécution
Solde d'ouverture (compte + banque) au 31/12/ANNEE N-1					DEPENSES DE LA PERIODE				
RECETTES DU LA PERIODE									
	Subsides de l'état				INVESTISSEMENT (achat de nouveaux biens qui vont durer plus d'un an)				
	Recouvrement des coûts(actes)					Bâtiments			
	Subsides contractualisations (20% des recettes)					Matériel, équipement, mobilier			
	CAM (20% des recettes)					Motos			
	MFP (20% des recettes)					Autres (à préciser)			
	MSPLS (Participation aux soins pour le personnel de santé)(20% des recettes)				FONCTIONNEMENT				
	PNB (20% des recettes)				617300	Combustibles (carburant groupe électrogène)			
	FDN (20% des recettes)				617510	Fournitures d'hygiène et de nettoyage			

2.1 BUDGET DU CDS EN DEHORS DE LA PHARMARCIE									
RECETTES					DEPENSES				
Code	Rubrique	Montant prévu	Montant reçu	Taux d'exécution	Code	Rubrique	Montant prévu	Montant dépensé	Taux d'exécution
	Ministère de la solidarité (Fonds INDIGENTS)(20% des recettes)				617533	Fournitures d'huissierie			
	Mutualité communautaire (20% des recettes)				617535	Fournitures d'électricité / eau			
	AUTRES (à préciser)				617610	Fournitures de bureau			
					617620	Fournitures d'imprimés (outils de gestion)			
					617900	Fournitures diverses, petit outillage, etc.			
					62	Frais de transport (tickets, etc.)			
					632000	Entretien parcelle et clôture			
					632100	Entretien bâtiments			
					632400	Entretien matériel et équipement			
					632900	Frais de télécommunication			

2.1 BUDGET DU CDS EN DEHORS DE LA PHARMACIE									
RECETTES					DEPENSES				
Code	Rubrique	Montant prévu	Montant reçu	Taux d'exécution	Code	Rubrique	Montant prévu	Montant dépensé	Taux d'exécution
					634100	Frais bancaires			
					634300	Location de main d'œuvre			
					634400	Frais de représentation			
					634500	Frais de terrain et de mission			
					634600	Frais de pause du personnel de garde et permanence			
					634800	Autres frais (précisez en note)			
					64	Diverses charges et pertes			
					651100	Salaires et primes au personnel sous contrat			
					651101	Primes de la contractualisation / performance			
					651200	Indemnités au personnel			

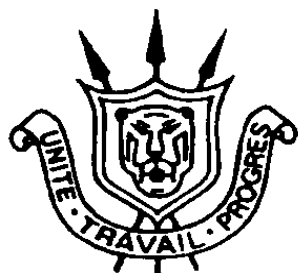
2.1 BUDGET DU CDS EN DEHORS DE LA PHARMACIE									
RECETTES					DEPENSES				
Code	Rubrique	Montant prévu	Montant reçu	Taux d'exécution	Code	Rubrique	Montant prévu	Montant dépensé	Taux d'exécution
					651300	Indemnités de logement (loyers)			
					654100	Cotisations INSS			
						TRANSFERT PHARMACIE : appui au renforcement du stock			
						Total des dépenses de l'exercice (investissements + fonctionnement)	0	0	
					Excédent budgétaire (réserve) au 31/12/ANNEE N				
					TOTAL EXCEDENT + DEPENSES DE L'EXERCICE				
	Total des recettes de l'exercice								
TOTAL SOLDE D'OUVERTURE + RECETTES									
BALANCE INITIALE									
NOUVELLE BALANCE AU 31/12/ANNEE N									

2.2 BUDGET DE LA PHARMACIE CDS								
RECETTES			DEPENSES					
Code	Montant prévu	Montant reçu	Code		Rubrique	Montant prévu	Montant dépensé	Taux d'exécution
			INVESTISSEMENT (achat de nouveaux biens qui vont durer plus d'un an)					
Solde d'ouverture (compte + banque) au 31/12/20...				code	Bâtiments			
Vente de médicaments avec marge de 10%					Matériel, équipement, mobilier PHARMACIE			
Subsides contractualisation (80%)					Motos			
MFP(80% des recettes)					Autres frais (précisez en note)			
CAM(80% des recettes)			FONCTIONNEMENT					
FDN(80% des recettes)				60	Pharmacie de l'HD - Achat de médicaments (réellement <i>payés</i>)			
				617300	Combustibles (pétrole)			
				617535	Fournitures d'électricité / eau			
				617610	Fournitures de bureau			
				617620	Fournitures d'imprimés (outils de gestion)			
				62	de transport Frais			
				632100	Entretien bâtiments			
				632400	Entretien matériel et équipement			
				634100	Frais bancaires			

				634300	Location de main d'œuvre			
				634400	Frais de représentation			
				634500	Frais de mission (à Bujumbura: CAMEBU, grossistes)			
				634800	Autres frais (précisez en note)			
					Excédent budgétaire (réserve) au 31/12/ANNEE N			
					TOTAL EXCEDENT + DEPENSES DE L'EXERCICE			
Total des recettes de l'exercice								
TOTAL SOLDE D'OUVERTURE + RECETTES								
BALANCE INITIALE								
NOUVELLE BALANCE AU 31/12/ANNEE N								

32. Plan d'action annuel d'un Hôpital de District

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA
DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA
Province Sanitaire de
District Sanitaire de
Hôpital de

PLAN ANNUEL D'ACTIVITES

Année

PRESENTATION DE L'HOPITAL

I.1 Organisation et fonctionnement :

I.1.1 Liste des services :

I.1.2 CdS référant à l'hôpital :

I.1.3 Pharmacies de l'hôpital ou proches de l'hôpital :

I.1.5 Hôpitaux ou cabinets qui partagent l'aire de responsabilité :

I.1.6 Ressources humaines

Médecins
Infirmiers
Sage-femmes
Personnel d'appui
<i>Autres à préciser</i>

I.2 Données démographiques

Superficie du district (km ²)
Population du district selon le recensement de 2008 actualisé au taux annuel d'accroissement de 2,4% (ISTEEBU) (habitants)
Densité de population (hab./km ²)
Population du district selon le dénombrement effectué pour le Plan d'extension de la couverture en 2014 (habitants)
Densité de population (hab./km ²)

I.3 Environnement Administratif

I.3.1 Commune et colline/ quartier d'implantation :

I.3.2 Les noms des communes desservies :

I.3.3 Localisation/Contexte géographique :

II. ANALYSE DE LA SITUATION

II.1. Evolution des indicateurs clés

	Année N-2		Année N-1		Année N	
	Cible district	Réalisation	Cible district	Réalisation (jusqu'au mois de juin)	Cible district	Cible provinciale
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié intrahospitalier						
Taux de césariennes						
Pourcentage des femmes enceintes dépistées VIH+ mises sous ARV						
Taux de guérison de la malnutrition aigüe grave						
Taux de référence des malades de l'hôpital de district vers l'hôpital de deuxième référence						
TMO des lits						
Taux de mortalité intra-hospitalière						
Taux d'infections post-opératoires						

II.2. Pathologies dominantes

II.2.1. Les 5 premières causes de morbidité

	Année N-2		Année N-1	
	Cause de morbidité	Effectif	Cause de morbidité	Effectif (jusqu'au mois de Juin)
1				
2				
3				
4				
5				

II.2.2. Les 5 premières causes de mortalité

	Année N-2		Année N-1	
	Cause de mortalité	Effectif	Cause de mortalité	Effectif (jusqu'au mois de Juin)
1				
2				
3				
4				
5				

II.3. Analyse de la disponibilité des ressources

II.3.1. Synthèse des besoins en ressources humaines

II.3.2. Synthèse des besoins en matériels et équipements médicaux et non médicaux

II.3.3. Synthèse des besoins en infrastructure

II.3.4. Synthèse des difficultés rencontrées au cours de la gestion des médicaments

II.3.5. Synthèse de l'analyse du financement de l'hôpital pendant l'exécution du PAA précédent

a) Créances

Créanciers	Dette au début de N-1	Variation de la dette (augmentation ou diminution)	Dette à la fin du mois de juin de l'année N-1
District Sanitaire			
<i>Autres à préciser</i>			
Total			

b) Dépenses de l'hôpital de district

Type de dépenses	Année N-2	Année N-1 (jusqu'au mois de juin)
<i>A préciser</i>		
Total		

II.4. Synthèse des difficultés rencontrées au cours de l'exécution des missions

II.3.5. Les partenaires ou acteurs du domaine de la santé

Partenaire	Domaine d'intervention*	Bénéficiaires**	Type d'appui		Prévisibilité de l'appui***		
			Technique	Financier	Elevé	Moyen	Faible

* Préciser si l'acteur intervient dans les activités de coordination, de planification, de renforcement des capacités, de construction...

** Préciser qui bénéficie de l'intervention: quelle structure, quelle institution, quelle entité, quel groupe, etc.

*** Préciser si l'appui de ce partenaire est bien prévisible, moyennement prévisible ou peu prévisible

**** Préciser quel est l'intérêt de vos partenaires pour les actions ou réformes envisagées par votre PAA (élevé, moyen, faible, nul)

II.6. Synthèse des problèmes et actions prioritaires

II.6.1. Liste des problèmes prioritaires de l'Hôpital

II.6.2. Analyse causale des problèmes prioritaires

a) Analyse des causes des problèmes

b) Analyse des conséquences des problèmes

II.6.3. Liste des actions prioritaires de l'Hôpital

III. PLAN D'ACTIVITES DE L'HOPITAL (ANNEE N)

N°	Activités par résultat	Chronogramme/ Cibles		Cible annuel	Responsable du suivi de l'activité	Coût de l'activité	Catégories de dépenses	Sources de financement
		S1	S2					
Résultat 1 : PCA de qualité est assuré								
Résultat 1.1: Les consultations curatives de qualité sont assurées								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 1.2: La prise en charge en hospitalisation est assurée								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 1.3 : Le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques (y compris le VIH/SIDA) sont assurés								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 1.4 : Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets sont assurés								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								

Résultat 1.5: Les services de PF (DIU, Implant, Méthode définitive) sont disponibles et assurés							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Sous-total							
Résultat 1.6 : Les interventions de promotion de la santé, l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets biomédicaux sont est assurés							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Sous-total							
Résultat 1.7 : La référence et contre référence sont assurées							
Activités							
1							
2							
Sous-total							
Résultat							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Sous-total							
SOUS-TOTAL RESULTAT 1							

Résultat 2 : La gestion et l'administration sont assurées								
Résultat 2.1 : La gestion des ressources humaines est assurée								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 2.2 : La gestion des médicaments et consommables médicaux est assurée								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 2.3 : La gestion des consommables non médicaux est assurée								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 2.4 : La gestion financière est assurée								
Activités								
1								
2								

3								
4								
Sous-total								
Résultat 2.5 : La gestion de l'information sanitaire (registre, rapport...) est assurée								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 2.6 : Les réunions statutaires sont tenues (Comité de direction, comité de gestion, réunion du personnel, conseil d'administration...)								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								
Résultat 2.7 : L'encadrement des stagiaires en médecine et des écoles paramédicales est assuré								
Activités								
1								
2								
3								
4								
Sous-total								

Résultat 2.8 : La maintenance des infrastructures et des équipementsdes est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Sous-total							
Résultat 2.9 : La planification opérationnelle et stratégique est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Sous-total							
Résultat							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Sous-total							
SOUS-TOTAL RESULTAT 2							
TOTAL GENERAL							

IV. BUDGET INITIAL (ANNEE N)

I. Budget des activités propres à l'hôpital					
RECETTES			DEPENSES		
Code	Rubrique	Montant	Code	Rubrique	Montant
SOLDE DE CLOUTURE AU 31/12/ANNEE N-1 (compte et caisse)					
	Subsides de l'état		INVESTISSEMENT (achat de nouveaux biens qui vont durer plus d'un an)		
	Recouvrement des coûts			Bâtiments	
	Subsides contractualisations (20% des recettes)			Matériel, équipement, mobilier	
	CAM (20% des recettes)			Véhicules	
	MFP (20% des recettes)			Autres (à préciser)	
	MSPLS (Participation aux soins pour le personnel de santé)(20% des recettes)		FONCTIONNEMENT		
	PNB (20% des recettes)		617200	Carburant	
	FDN (20% des recettes)		617300	Combustibles (carburant groupe électrogène)	
	Ministère de la solidarité (Fonds INDIGENTS) (20% des recettes)		617510	Fournitures d'hygiène et de nettoyage	
	Mutualité communautaire (20% des recettes)		617533	Fournitures d'huissierie	
	AUTRES (à préciser)		617535	Fournitures d'électricité / eau	
			617610	Fournitures de bureau	
			617620	Fournitures d'imprimés (outils de gestion)	
			617900	Fournitures diverses, petit outillage, etc.	
			62	Frais de transport (tickets, etc.)	
			632000	Entretien parcelle et clôture	
			632100	Entretien bâtiments	
			632300	Entretien, réparation et assurance véhicules	
			632400	Entretien matériel et équipement	
			632900	Frais de télécommunication	

			634100	Frais bancaires	
			634300	Location de main d'œuvre	
			634400	Frais de représentation	
			634500	Frais de terrain et de mission	
			634600	Frais de pause du personnel de garde et permanence	
			634700	Documentation	
			634800	Autres frais (précisez en note)	
			64	Diverses charges et pertes	
			651100	Salaires et primes au personnel sous contrat	
			651101	Primes de la contractualisation / performance	
			651200	Indemnités au personnel	
			651300	Indemnités de logement (loyers)	
			654100	Cotisations INSS	
				TRANSFERT PHARMACIE : appui au renforcement du stock	
TOTAL RECETTES			TOTAL DEPENSES		
			EXCEDENT BUDGETAIRE (réserve de trésorerie) au 31/12/ANNEE N-1		
TOTAL RESSOURCES = RECETTES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/ANNEE N-1			TOTAL EMPLOIS = DEPENSES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/ ANNEE N-1		
BALANCE					

II. Budget de la pharmacie de l'Hôpital de District				
RECETTES			DEPENSES	
SOLDE DE CLOTURE AU 31/12/2014 (compte et caisse)				
	Vente de médicaments avec marge de 10%		INVESTISSEMENT (achat de nouveaux biens qui vont durer plus d'un an)	
	Subsides contractualisation (80%)			Bâtiments
	MFP (80% des recettes)			Matériel, équipement, mobilier PHARMACIE
	CAM (80% des recettes)			Véhicules
	FDN (80% des recettes)			Autres frais (précisez en note)
	mutuelle communautaire (80% des recettes)		FONCTIONNEMENT	
			60	Pharmacie de l'HD - Achat de médicaments (réellement <i>payés</i>)
			617300	Combustibles (pétrole)
			617535	Fournitures d'électricité / eau
			617610	Fournitures de bureau
			617620	Fournitures d'imprimés (outils de gestion)
			62	Frais de transport
			632100	Entretien bâtiments
			632300	Entretien, réparation et assurance du véhicule
			632400	Entretien matériel et équipement
			634100	Frais bancaires
			634300	Location de main d'œuvre
			634400	Frais de représentation
			634500	Frais de mission (à Bujumbura: CAMEBU, grossistes)
			634700	Documentation
			634800	Autres frais (précisez en note)
			64	Diverses charges et pertes - Remboursement dette CAMEBU
TOTAL RECETTES			TOTAL DEPENSES	
			EXCEDENT BUDGETAIRE (réserve de trésorerie) au 31/12/ANNEE N-1	
TOTAL RESSOURCES = RECETTES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/ANNEE N-1			TOTAL EMPLOIS = DEPENSES + SOLDE BANCAIRE AU 31/12/ANNEE N-1	

V. CALENDRIER SEMESTRIEL DES ACTIVITES

	Chronogramme						Responsable de la mise en œuvre	Superviseur	Indicateurs	Occasions et dates des auto-évaluations	Coût	Source de financement	Observations et points d'attention
	M1	M2	M3	M4	M5	M6							
Résultat 1													
Activité 1.1													
Activité 1.2													
Activité 1.3													
Résultat 2													
Activité 2.1													
Activité 2.2													
Activité 2.3													
Résultat 2													
Activité 2.1													
Activité 2.2													

VI. SUIVI TRIMESTRIEL DES ACTIVITES DU PLAN D’ACTION

N°	Activités par résultat	M1	M2	M3	Etat d'avancement	Difficultés rencontrées	Décision prise pour surmonter les difficultés ou pour modifier, reporter ou annuler l'activité
Résultat 1 : PCA de qualité est assuré							
Résultat 1.1: Les consultations curatives de qualité sont assurées							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 1.2: La prise en charge en hospitalisation est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 1.3 : Le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques (y compris le VIH/SIDA) sont assurés							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 1.4 : Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets sont assurés							
Activités							
1							
2							
3							
4							

Résultat 1.5: Les services de PF ((DIU, Implant, Méthode définitive) sont disponible et assurés							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 1.6 : Les interventions de promotion de la santé, l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets biomédicaux sont est assurés							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 1.7 : La référence et contre référence sont assurées							
Activités							
Résultat							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 2 : La gestion et l'administration sont assurées							
Résultat 2.1 : La gestion des ressources humaines est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							

Résultat 2.2 : La gestion des médicaments et consommables médicaux est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 2.3 : La gestion des consommables non médicaux est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 2.4 : La gestion financière est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 2.5 : La gestion de l'information sanitaire (registre, rapport...) est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 2.6 : Les réunions statutaires sont tenues (Comité de direction, comité de gestion, réunion du personnel, conseil d'administration...)							
Activités							
1							
2							
3							
4							

Résultat 2.7 : L'encadrement des stagiaires en médecine et des écoles paramédicales est assuré							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 2.8 : La maintenance des infrastructures et des équipements est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat 2.9 : La planification opérationnelle et stratégique est assurée							
Activités							
1							
2							
3							
4							
Résultat							
Activités							
1							
2							
3							
4							

33. Formules pour le calcul des cibles des indicateurs du PMA

N°	Indicateurs	Population cible mensuelle	Explication de la formule
1	Nouvelle Consultation Curative (≥ 5 ans)	population / 12 x 65%	✓ Population/12 : pour obtenir la cible mensuelle ✓ 65% : estimation de la proportion des personnes de 5 ans et plus dans la population générale attendues pour la consultation (cible : 1 nouveau contact/hab/an)
2	Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)	population / 12x 35%	✓ Population/12 : pour obtenir la cible mensuelle ✓ 35% : estimation de la proportion des enfants de moins de 5 ans dans la population générale attendus pour la consultation (cible : 2 nouveaux contacts/hab/an)
3	Une journée d'observation (≥ 5 ans)	pop / 1000 x 30jrs x 65%	✓ on suppose qu'un lit est occupé par 1.000 habitants dont 65% ont 5 ans et plus. On multiplie par 30 pour avoir le nombre de journées d'observation par mois
4	Une journée d'observation (< 5 ans)	pop / 1000 x 30jrs x 35%	✓ on suppose qu'un lit est occupé par 1.000 habitants dont 35% ont moins de 5 ans. On multiplie par 30 pour avoir le nombre de journées d'observation par mois
5	Petite chirurgie < 5 ans	pop/12 x 7% x 18,8%	✓ supposition que 7% des consultations curatives externes sont des cas de petite chirurgie ✓ 18,8% : proportion d'enfants de moins de 5 ans dans la population générale
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital	Consultations externes x 0,5%	✓ supposition que 0,5% des consultations curatives externes aboutissent à une référence vers l'Hôpital
7	Enfants complètement vaccinés	pop x 3,7% / 12	✓ 3,7% : proportion d'enfants de moins d'un an dans la population générale
8	Femme enceinte complètement vaccinée contre le tétanos	pop x 5% / 12	✓ 5% : proportion des grossesses attendues
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	(pop x 5% x 4% / 12) x 90% x 70%	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ 4% : proportion de femmes enceintes séropositives ✓ 90% : supposition que 90% des femmes enceintes séropositives se font traiter au CDS ✓ 70% : supposition que 70% des femmes enceintes acceptent de se faire dépister
10	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	Pop/12 x 3,7% x 4% x 90x 70%	✓ 3,7% : proportion des enfants de moins d'un an ✓ 4% : proportion d'enfants ayant des mères séropositives ✓ 90% : supposition que 90% des nouveaux nés de mères séropositives se font traiter au niveau du CDS ✓ 70% : supposition que 70% des nouveaux nés de mères séropositives se font dépister
11	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Pop/12 x 7%	✓ Supposition que 7% de la population se fait dépister pour le VIH/SIDA

12	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Pop/12 x 3% x 50% x 60%	✓ Supposition que 3% de la population est séropositive ✓ 50% : supposition que la moitié des PVVIH acceptent de se faire dépister ✓ 60% : supposition que 60% des PVVIH dépistés se font traiter au CDS
13	Nombre de clients ARV suivi pendant 6 mois	pop x 3% x 50% / 6 / 12 x 60%	✓ Supposition que 3% de la population est séropositive ✓ 50% : supposition que la moitié des PVVIH acceptent de se faire dépister ✓ 60% : supposition que 60% des PVVIH dépistés se font traiter au CDS ✓ Division par 6 : le suivi est fait durant 6 mois
14	Cas d'IST traités	Pop x 5% /12 x 90%	✓ 5% de la population est traitée pour IST chaque année ✓ 90% des cas sont traités au niveau du CDS
15	Dépistage des cas TBC positifs	Pop x (87/100.000) /12 x 60%	✓ 87 pour 100.000 hab. : incidence de la TBC ✓ 60% des cas de TBC se font dépister au niveau du CDS
16	Nombre de cas TBC traités et guéris	Pop x (87/100.000) x 6 mois/ 12 x 60%	✓ 87 pour 100.000 hab. : incidence de la TBC ✓ 6 mois : durée du traitement ✓ 60% des cas de TBC se font traiter au niveau du CDS
17	Nouvelle consultation curative pour les femmes enceintes	pop x 5% /12 x 2	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ Supposition que chaque femme enceinte nécessite en moyenne deux consultations par grossesse
18	Accouchement eutocique	pop x 5% /12*80%	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ 80% des accouchements eutociques se font au CDS
19	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	pop x 22% / 12 x 21% x 4 x 90%	✓ 22% : proportion de femmes en âge de procréer ✓ 21% : demande non satisfaite en PF ✓ Chaque femme doit retourner au CDS 4 fois par an ✓ 90% des cas de PF se font au CDS
20	FP: Implants et DIU	pop x 22% /12 x 2% x 90%	✓ 22% : proportion de femmes en âge de procréer ✓ Supposition que 2% des femmes en âge de procréer utilisent le DIU ✓ 90% des DIU et implants sont posés au niveau du CDS

21	Consultation postnatale	pop x 3,7% /12	✓ Supposition que toutes les femmes qui ont accouché reviennent pour la consultation post natale
22	Consultation prénatale et standard	pop x 5% /12	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ Il est supposé que chaque femme enceinte doit réaliser au moins 3 CPN au cours de la grossesse

34. Formules pour le calcul des cibles des indicateurs du PCA

N°	Indicateurs	Population cible	Explication de la formule
1	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (>=5 ans)	population / 12 x 10% x 65%	✓ 65% : estimation de la proportion des personnes de 5 ans et plus dans la population générale attendues pour la consultation (cible : 1 nouveau contact/hab/an) ✓ Supposition que 10% des 5 ans et plus se font soigner au niveau de l'Hôpital
2	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (< 5 ans)	population / 12 x 10% x 35%	✓ 35% : estimation de la proportion des enfants de moins de 5 ans dans la population générale attendus pour la consultation (cible : 2 nouveaux contacts/hab/an) ✓ Supposition que 10% des enfants de moins de 5 ans se font soigner au niveau de l'Hôpital
3	Nouvelle consultation curative d'une femme enceinte par un médecin	pop x 5% / 12 x 2 x 10%	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ Supposition que chaque femme enceinte nécessite en moyenne deux consultations par grossesse ✓ Supposition que 10% des femmes enceintes se font soigner à l'Hôpital
4	Contre référence arrivée au CDS	pop x 1 / 12 x 0.5%	✓ Supposition que 0,5% des consultations curatives sont des cas qui ont été référés par les CDS et qui nécessitent donc une contre référence
5	Chirurgie majeure	pop / 12 x 0,5%	✓ Supposition que 0,5% de la population nécessite une intervention chirurgicale majeure chaque année
6	Petite chirurgie < 5 ans	pop / 12 x 1,5% x 18,8%	✓ Supposition que 1,5% de la population nécessite un acte de petite chirurgie chaque année ✓ Proportion d'enfants de moins de 5 ans dans la population générale
7	Accouchement eutocique	pop x 5% / 12 x 10%	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ Supposition que 10% des accouchements eutociques se déroulent à l'Hôpital

8	Césarienne	pop x 5% / 12 x 10% x 50%	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ Supposition que 10% des accouchements sont des accouchements compliqués ✓ Supposition que 50% des accouchements compliqués se terminent par une césarienne
9	Accouchement dystocique	pop x 5% / 12 x 10% x 50%	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ Supposition que 10% des accouchements sont des accouchements compliqués ✓ Supposition que 50% des accouchements compliqués se terminent par un accouchement dystocique
10	Une journée d'hospitalisation pour les ≥ 5 ans	pop / 2000 x 30 jrs x 65%	✓ on suppose qu'un lit est occupé par 2.000 habitants dont 65% ont 5 ans et plus. On multiplie par 30 pour avoir le nombre de journées d'hospitalisation par mois
11	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans	pop / 2000 x 30 jrs x 35%	✓ on suppose qu'un lit est occupé par 2.000 habitants dont 35% ont moins de 5 ans. On multiplie par 30 pour avoir le nombre de journées d'hospitalisation par mois
12	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	pop x 5% x 4% / 12 x 10%	✓ 5% : proportion de grossesses attendues ✓ 4% : proportion de femmes enceintes séropositives ✓ 10% : supposition que 10% des femmes enceintes séropositives se font traiter au niveau du CDS
13	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	pop x 3,7% x 4% / 12 x 10%	✓ 3,7% : proportion des enfants de moins d'un an ✓ 4% : proportion d'enfants ayant des mères séropositives ✓ 10% : supposition que 10% des nouveaux nés de mères séropositives se font traiter au niveau du CDS
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	pop / 12 x 2%	✓ Supposition que 2% de la population se fait dépister pour le VIH/SIDA au niveau de l'Hôpital
15	Nombre de nouveaux cas sous ARV	pop x 3% x 50% / 12 x 40%	✓ Supposition que 3% de la population est séropositive ✓ 50% : supposition que la moitié des PVVIH acceptent de se faire dépister ✓ 40% : supposition que 40% des PVVIH dépistés se font traiter à l'Hôpital

16	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	pop x 3% x 50% / 6 / 12 x 40%	✓ Supposition que 3% de la population est séropositive ✓ 50% : supposition que la moitié des PVVIH acceptent de se faire dépister ✓ 40% : supposition que 40% des PVVIH dépistés se font traiter au CDS ✓ Division par 6 : le suivi est fait durant 6 mois
17	Cas d' IST traitées	pop x 5% / 12 x 10%	✓ 5% de la population est traitée pour IST chaque année ✓ 10% des cas sont traités au niveau de l'Hôpital
18	Dépistage des cas TBC positifs	pop x (87/100.000) / 12 x 40%	✓ 87 pour 100.000 hab. : incidence de la TBC ✓ 40% des cas de TBC se font dépister au niveau de l'Hôpital
19	Circoncision masculine	Pop/12 x 45% x 48% x 1%	✓ 45% : proportion de la population âgée de 15 à 49 ans ✓ 48% : proportion des hommes dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans ✓ 1% : taux de circoncision dans la population de 15 à 49 ans
20	FP: Implants et DIU	pop x 22% / 12 x 2% x 10%	✓ 22% : proportion de femmes en âge de procréer ✓ 2% : demande non satisfaite en implants et DIU ✓ 10% des cas de PF se font à l'Hôpital
21	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	pop x 22% / 12 x 21% x 4 x 10%	✓ 22% : proportion de femmes en âge de procréer ✓ 21% : demande non satisfaite en PF ✓ Chaque femme doit retourner au CDS 4 fois par an ✓ 10% des cas de PF se font à l'Hôpital
22	PF : méthode définitive	pop x 22% / 12 x 1%	✓ 22% : proportion de femmes en âge de procréer ✓ Supposition que 1% des femmes en âge de procréer sollicitent une méthode définitive

35. Grille d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des Centres de Santé

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

GRILLE D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE TECHNIQUE DU CENTRE DE SANTE

Trimestre évalué :

Date :

CDS :

District Sanitaire:

Province Sanitaire :

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus
I. Administration du Centre de Santé	260	
II. Soins curatifs	530	
III. Soins préventifs	160	
IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	
TOTAL	1000	

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUATEURS	FONCTION	SIGNATURE

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUES	FONCTION	SIGNATURE

N°	Produit attendu	Critères de performance indicateurs	Source de vérification	Mesure des indicateurs	Points obtenus	Observations
I. ADMINISTRATION DU CENTRE DE SANTE						
1	La coordination du Centre de Santé est assurée	1. Au moins 70% de l'Equipe du centre de santé et au moins 4 des membres du bureau du comité de santé (dont le président et/ou le vice président) se réunissent au moins 1 fois par mois pour évaluer l'exécution du plan d'action semestriel du CDS ; 2. Tous les résultats du plan d'action semestriel sont passés en revue et les éléments suivants sont notés pour chaque activité: (i) le suivi des recommandations précédentes, (ii) les problèmes relevés pendant la mise en œuvre de l'activité, (iii) les actions proposées avec (iv) responsables et (v) échéances de mise en œuvre ; 3. Le rapport financier du mois précédent est présenté aux participants ; leurs remarques et recommandations sont notées ; 4. Les observations des superviseurs et des équipes de vérificateurs du CPVV sont présentées aux participants et le suivi de leurs recommandations effectué ; 5. Le rapport de suivi des contractants secondaires pour le mois précédent est présenté aux participants. Ce rapport comporte au minimum: (i) Points sur lesquels a porté l'encadrement y compris le Suivi des recommandations antérieures, (ii) Points forts, (iii) Points faibles, (iv) Recommandations.	1. Plans d'actions annuelet semestriel 2. PV de réunions avec listes de présences signées 3. Rapport SIS 4. Rapport de suivi du contractant secondaire 5. Chaque document est retrouvé endéans 5 minutes, ainsi que la preuve de transmission (registre de transmission visé ou courrier électronique) au BDS 8 jours au maximum après l'activité	L'indicateur est coté : 0 si au moins 2 critères ne sont pas remplis 15 si un critère n'est pas rempli 40 si tous les critères remplis Max: 40Pts		

2	L'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services	1. Les 3 derniers rapports mensuels du SIS ont été transmis au BDS au plus tard le 25ème jour du mois suivant, avec toutes les informations du formulaire systématiquement fournies; 2. Les rapports hebdomadaires des maladies (7) à potentiel épidémique (rapport à transmettre en dehors des épidémies) ont été transmis au BDS chaque lundi suivant la semaine	1. PV de réunion avec Liste de présence des participants à la séance d'analyse des données signée 2. Rapports mensuels SIS	L'indicateur est côté : 0 si au moins un critère n'est pas rempli 40 si tous les		

		notifiée ; 3. Les rapports mensuels des 16 maladies sous surveillance ont été transmis au BDS au maximum 5 jours après la fin du mois ; 4. Le rapport mensuel SIS a été analysé par l'équipe du centre de santé associé au bureau du Comité de santé ; 5. Le PV d'analyse du rapport SIS (i) comporte l'évolution d'au moins 6 des principaux indicateurs parmi lesquels (ii) les actions communautaires, (iii) la référence et contre références ; 6. Pour chaque indicateur analysé, on retrouve au minimum (i) le suivi des recommandations émises les mois précédents, (ii) les problèmes relevés pendant le mois concerné, (iii) les actions correctrices proposées pour ces problèmes avec (iv) responsables et (v) échéances de mise en œuvre.	3. Preuves de transmission au BDS (registre de transmission visé ou courrier électronique) de chaque rapport SIS accompagné de son PV d'analyse	critères sont remplis Max: 40 Pts		
--	--	--	--	--	--	--

3	L'environnement de travail est favorable à une offre de soins de qualité	1. La source d'énergie pour l'éclairage nocturne et le réfrigérateur est fonctionnelle, y compris pendant la nuit. S'il s'agit d'un groupe électrogène, la fiche de stock montre les entrées et utilisation journalières de carburant ; le registre de réception est visé par l'agent d'entretien ; 2. La (i) source d'eau courante est fonctionnelle et propre ; et (ii) les points d'eau sont disponibles dans les salles de consultations et d'hébergement, le laboratoire ; 3. Les latrines sont (i) couvertes, (ii) propres, (iii) sans mauvaise odeur, (iv) peuvent être fermées de l'intérieur, et sont dotées d'un point d'eau fonctionnel ; 4. Le matériel de stérilisation est fonctionnel : (i) cocotte ou autoclave ou poupinel (ii) et protocole de stérilisation affiché ; 5. L'incinérateur est fonctionnel avec (i) l'intérieur de la chambre de combustion nettoyé et bien entretenu, (ii) l'absence de déchet sur le plancher et le voisinage immédiat (iii), la présence des brosses, balais de rigole, râdeaux, pelles et brouettes pour son entretien, (iv) une fosse à cendre ; 6. Les bons/Registres de livraisons et les fiches de stocks (i) des boîtes de sécurité, (ii) des désinfectants, (iii) du combustible pour l'incinérateur, montrent que ceux-ci ont été renouvelés au moins deux fois par mois dans les services concernés ;	1. Fiches de stocks 2. Bons de réquisitions de l'agent d'entretien 3. Bons de livraison 4. Observation directe par les évaluateurs	L'indicateur est coté : 0 si deux critères ne sont pas remplis 20 si un critère n'est pas rempli 50 si tous les critères sont remplis Max: 50 Pts		
---	--	---	--	---	--	--

		7. Aucun déchet (infectieux, anatomique, ménager ou autres) n'est observable dans la cour du CDS ; 8. Chaque salle ou bureau visité est propre, sans toile d'araignée et bien rangé ; 9. Le centre de santé est débroussaillé et il n'y a pas d'eau stagnante.				
4	Le Centre de Santé a les intrants nécessaires pour mener ses activités	1. Un plan d'approvisionnement mensuel en matériel et consommables non médicaux a été élaboré. Il précise (i) les quantités de matériel à acheter, (ii) les prix unitaires et les prix totaux ; 2. Les investissements prévus dans le plan d'action semestriel ont été exécutés au moins à 80% pour la période évaluée ; 3. Le petit matériel et les consommables ont été servis à au moins 80% pour chacune des réquisitions faite par le personnel du centre de santé ; 4. Chaque réquisition d'un service est accompagnée du rapport d'utilisation du stock de matériel précédent ; 5. Les registres de réquisitions et réception du matériel et des consommables par les agents sont à jour, avec au moins 2 réquisitions par mois pour chaque service du centre de santé ; 6. Les activités de renforcement de capacité du personnel prévues dans le plan d'action semestriel ont été exécutées au moins à 70%.	1. Plan d'approvisionnement mensuel du petit matériel 2. Registre de réquisition et remise - reprise du matériel 3. PAS du CDS	L'indicateur est coté : 0 si deux critères ne sont pas remplis 20 Si un critère n'est pas rempli 50 si tous les critères sont remplis Max: 50 Pts		

5	Le respect des tarifs permet de garantir l'accès financier aux soins	1. Les tarifs de soins (i) sont affichés au public, y compris (ii) les tarifs de la CAM, (iii) les bénéfices dues aux bénéficiaires des soins gratuits ; 2. Les tarifs des médicaments sont affichés (i) à la réception et (ii) devant la pharmacie ; 3. Les conditions d'accès aux médicaments et aux examens de laboratoires des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et les titulaires de la CAM sont affichés à la pharmacie ; 4. Les conditions de prise en charge des indigents sont affichées au public, et la liste des indigents pris en charge pendant la période évaluée est classée chez le gestionnaire, avec en annexe les différentes factures de leurs soins.	1. Affichage du CDS (Observation directe par les évaluateurs) 2. Archives du CDS (Gestionnaire) 3. Paragraphe concernant la prise en charge des indigents dans le rapport mensuel SIS	L'indicateur est coté : 0 si un critère n'est pas rempli 20 si tous les critères sont remplis Max: 20 Pts		
6	La gestion financière et comptable du centre de santé respecte les bonnes pratiques	1. Les livres de caisse (une caisse par compte) et les livres de banque et sont complets et à jour ; 2. Les soldes des relevés bancaires correspondent aux données reportées dans les livres de Banque ; 3. Le Journal des recettes concorde avec le quittancier, et est sans surcharge d'écritures ; 4. (i) Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépense (le journal des dépenses concorde avec les justificatifs) (ii) et au moins 80% des dépenses prévues dans le plan d'action	1. Documents comptables classés et à jour (toutes les informations du formulaire sont données) 2. Rapports mensuels SIS : chapitre sur la gestion des finances 3. Rapport d'inventaire	L'indicateur est coté : 0 si trois critères ne sont pas remplis 10 si deux critères ne sont pas remplis 30 Si un critère		

		semestriel pour le mois ont été effectuées ; 5. Les facturiers/quittanciers sont bien archivés ; 6. Au moins un inventaire de chacune des caisses a été fait chaque mois et montre des déficits ou excédents inférieurs à 3% ; 7. Le fichier de suivi des dettes de (i) la pharmacie et (ii) des actes médicaux est mis à jour chaque mois, ainsi qu'un plan d'apurement des dettes du CDS ; 8. Le fichier de suivi des créances est à jour, et montre un taux de recouvrement supérieur ou égal à 65% (en dehors de la CAM et du FBP) ; 9. (i) Le taux d'exécution du budget d'investissement est supérieur ou égal à 80% et (ii) le rapport de suivi budgétaire respecte le canevas donné par le BDS, (iii) a été présenté à la réunion mensuelle SIS et (iv) visé par le président du comité de santé (ou le trésorier).	des caisses visé par le responsable du CDS et le Président du comité de Gestion 4. PV de la réunion pendant laquelle a été présenté le rapport mensuel SIS accompagné de la liste de présence 5. Preuve de transmission (registre de transmission) des rapports ci-dessus (2, 3 et 4) au BDS	n'est pas rempli 60 si tous les critères sont remplis Max: 60 Pts		
--	--	---	---	---	--	--

II. SOINS CURATIFS						
7	L'organisation de l'accueil et de l'orientation permettent une prise en charge correcte des patients	1. A l'accueil, les patients reçoivent un jeton leur permettant d'être reçus par ordre d'arrivée (ii) bénéficient du contrôle de leur poids et TA (à vérifier dans les registres des services); 2. Le (i) glucomètre (avec au moins 10 bandelettes) et (ii) l'hémoglobinomètre (avec réactifs) sont fonctionnels, ainsi (iii) qu'au moins un paquet de vaccinostyle ; 3. Pour 5 patients tirés au hasard dans le registre unique, toutes les informations ont été correctement remplies.	1. Registre d'accueil du CDS 2. Observation directe par les évaluateurs 3. Registre de consultation 4. Carnet du patient	L'indicateur est côté : 0 Si un seul critère n'est pas rempli 20 si tous les critères sont remplis Max: 20 Pts		
8	La permanence des services est assurée	1. L'emploi du temps des infirmiers (i) est affiché et (ii) montre que la permanence des services est prévue 24h par jour, 7 par semaine y compris les jours fériés ; 2. Le calendrier de congé du personnel est élaboré et respecté, et les mécanismes d'intérim prévus ; 3. Les arrivées et sorties du personnel sont enregistrées dans un registre de présence commis à cet effet ; 4. Les services de laboratoire et la pharmacie sont fonctionnels tous les jours et 24h/24, y compris les week-ends et les jours fériés.	1. Rôles de gardes, calendrier des congés et emplois du temps archivés et/ou affichés ; 2. Registre de présence à jour ; 3. Registre du rapport des gardes ; 4. Registres de la pharmacie et de laboratoire	L'indicateur est côté : 0 Si deux critères ne sont pas remplis 20 Si un critère n'est pas rempli 40 si tous les critères sont remplis Max: 40 Pts		

9	Le centre de santé fait des efforts pour offrir des soins efficaces: 15 patients dont au moins 7 enfants de moins de 5 ans sont choisis de manière aléatoire dans le registre de consultations curatives pour les vérifications. Si l'une des catégories ci-dessous n'est pas représentée parmi les patients choisis, ajouter (i) 2 cas de VBG, (ii) 3 cas d'enfants malnutris, (iii) 2 cas de tuberculose (iv) 3 patients sous ARV	1. Le protocole national adéquat a été respecté pour la prise en charge de ceux des patients choisis qui ont bénéficiés des soins curatifs; 2. Les 2 victimes de VBG ont effectivement reçus si indiqué (i) les ARV, (ii) le VAT, (iii) la pilule du lendemain, (iv) les antibiotiques, (v) la prise en charge psychosociale ; 3. Tous les enfants de moins de 5 ans sélectionnés (i) ont bénéficié d'une évaluation systématique au MUAC ou par P/T de l'état nutritionnel ; 4. Aucun des patients mis en observation (i) n'est resté plus de 72 heures au centre de santé (ii) ni payé plus de 3 jours d'hospitalisation ; (iii) et le registre d'observation est correctement rempli ; 5. Pour les cas de tuberculose : (i) au moins 2 examens de crachat sont positifs et enregistrés sur la fiche de traitement pour les nouveaux cas TPM+, (ii) le résultat de laboratoire est annexé à la fiche, (iii) le traitement est conforme aux protocoles PNILT (phase d'initiation, de continuation, de rechute), (iv) le crachat de contrôle a été effectué si indiqué (v) le test VIH a été effectué et le résultat communiqué au patient ; 6. Les patients sous ARV (i) ont été reçus 2 fois par mois pour le premier mois puis une fois par mois jusqu'au 6^{ème} mois pour le traitement incluant la Névirapine ; (ii) ils ont bénéficié d'un bilan immunobiologique respectant le protocole appliqué.	1. Registres de consultations ; 2. Ordinogramme (i) pour la prise en charge des IST (ii) Protocole national de prise en charge /Fiche technique du paludisme (iii) Guide/Fiche technique de la Tuberculose (iv) Ordinogramme de prise en charge de la diarrhée/Fiche technique de la déshydratation (v) Fiche technique PCIME, (vi) malnutrition aigue ; 3. Protocole de PEC SONUB ; 4. Protocole de PEC des VBG ; 5. Ordinogramme de prise en charge des IRA ; 6. Registre de la pharmacie	L'indicateur est côté : 0 Si 3 critères ne sont pas remplis 25 Si 2 critère ne sont pas rempli 75 Si un critère n'est pas rempli 150 si tous les critères sont remplis Max: 150 Pts		
---	--	---	--	--	--	--

10	La petite chirurgie se fait dans des conditions garantissant un minimum d'efficacité	1. Les fiches de stocks, le registre de réquisition et de remise reprise de matériel montrent que la salle de petite chirurgie a reçu au moins deux fois par mois des quantités suffisantes (par rapport au nombre de patients enregistrés) de (i) Anesthésie locale, (ii) compresses stériles (iii) Gants stériles (iv) Fils résorbables (v) Bistouri (vi) désinfectants, (vii) Boîte de sécurité ; 2. Le stock physique de chacun de ces produits en salle de petite chirurgie correspond au stock théorique.	1. Fiches de stocks 2. Registre de réquisitions et Remise et reprise du matériel 3. Contrôle du stock physique par les évaluateurs	L'indicateur est coté : 0 si un critère n'est pas rempli 30 si Tous les critères sont remplis Max: 30 Pts		
11	Le laboratoire contribue à affiner le diagnostic pour une meilleure prise en charge des patients	1. Les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les PVVIH tirés au hasard (voir indicateur 9) ont bénéficié de tous les examens de laboratoires prescrits ; 2. Le matériel suivant est fonctionnel: (i) Microscope, (ii) centrifugeuse, (iii) Hemoglobinomètre, (iv) source de lumière, (v) Minuterie, (vi) Glucomètre, (vii) Filtre à eau ; 3. Les fiches de stocks, le registre de réquisition et de remise reprise de matériel montrent que le laboratoire a reçu au moins une fois par mois des quantités suffisantes de : a. (i) lames neuves, (ii) lamelles, (iii) source de lumière, (iv) Flacons à crachat, (v) flacons à selles, (vi) bandelettes pour glucomètre, (vii) Giemsa, (viii) Huile à immersion (ix) Alcool, (x) Bandelettes pour albumine et sucre, (xi) Test de grossesse,	1. Registre de laboratoire 2. Observation directe par les évaluateurs 3. Fiches de stocks 4. Registre de réquisition et de remise et reprise 5. Contrôle du stock physique par les évaluateurs	L'indicateur est coté : 0 si un seul critère n'est pas rempli 70 si tous les critères sont remplis Max: 70 Pts		

		(xii) Hb, (xiii) Tests rapides de paludisme, (xiv) Deux tests pour le VIH ; b. (xviii) Fuchsine, (xix) Acide Sulfurique, (xx) Bleu de méthylène si c'est un CDT (vii) Lampe à alcool ; 4. Dans le registre du laboratoire, (i) tous les résultats sont correctement enregistrés et (ii) conformes aux bons d'examens correspondants.				
12	Les patients reçoivent les médicaments nécessaires pour leurs soins	1. Les quantités de chaque médicament commandé par le centre de santé pour chaque mois du trimestre évalué correspondent à la (CMMx2)- Stock restant (i) pour chaque médicament de la liste des MEG. NB pour les médicaments utilisés dans certains CDS accrédités (les ARV, les antituberculeux : Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide), il faudra aussi tenir compte du nombre de patients suivis ; 2. Les stocks physiques de 10 médicaments tirés au hasard (parmi lesquels 5 médicaments traceurs) correspondent aux stocks théoriques ; 3. Tous les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes tirés au hasard pour l'indicateur 9 ont reçu les médicaments prescrits; 4. Tous les enfants malnutris tirés au hasard pour l'indicateur 9 ont reçu :	1. Fiches de stock 2. Bons de réquisitions 3. Registre de laboratoire 4. Registre des services (Consultations curatives nutrition,) 5. Observation directe par les évaluateurs	L'indicateur est côté : 0 Si 3 critères ne sont pas remplis 20 Si 2 critères ne sont pas remplis 60 Si un critère n'est pas rempli 120 si tous les critères sont remplis Max: 120 Pts		

		- CSB (pour les CDS SSN), CSB et Plumpy-Nut (pour les CDS STA) ; - Amoxicilline, Vit A, Acide Folique, Albendazole / Mebendazole ; 5. Les produits de décontamination ont été achetés par le Centre de Santé au moins une fois pendant le trimestre ; 6. La pharmacie est propre: ni toile d'araignée ni poussière sur les étagères ; 7. Le matériel suivant est disponible pour la distribution des médicaments : (i) filtre à eau, (ii) spatules, (iii) cuillères, (iv) gobelet, (v) objet coupant, (vi) emballages.				
--	--	--	--	--	--	--

13	La prise en charge des femmes enceintes et des parturientes est correcte: 5 femmes ayant accouché pendant le trimestre évalué et une femme en travail (si possible) sont tirées au hasard	1. Le Partogramme a été entièrement et correctement rempli ; 2. Le Partogramme a servi à prendre les décisions adéquates en cas du dépassement de la ligne d'alerte endéans 30 minutes ; 3. Le score d'APGAR a été consigné à la 1ère, 5ème et 10ème minute ; 4. Au moins 4 accouchées sur 5 (i) ont reçu le VAT 2 ou plus, (ii) ont été reçues pour la CPN 4 (ii) sont revenues pour un examen post- partum dans le mois suivant l'accouchement ; 5. Les enfants nés des 5 accouchées ont tous reçu le BCG ; 6. Les accouchées ont bénéficié de soins respectant les normes minimales (i) table d'accouchement maniable et propre, (ii) salle post-partum sans mauvaise odeur, avec des matelas, draps et moustiquaires propres ; 7. Le stock physique, les fiches de stocks, le registre de réquisition et de remise reprise de matériel montrent que la salle d'accouchement a reçu des quantités suffisantes pour toutes les accouchées de (i) fil de suture, (ii) anesthésique local, (iii) pommade ophtalmique, (iv) gants stériles, (v) Fil de ligature du cordon; 8. La maternité dispose (i) d'un point d'eau avec savon, (ii) d'une Fosse à placenta propre, avec dalle et couvercle qui se ferme à clé.	1. Partogramme rempli selon les normes : dilatation, descente et TA chaque heure ; pouls, BCF et contractions toutes les 30 minutes, score d'Apgar à la 1^{ère}, 5^{ème} et 10^{ème} minute 2. Registres de CPN et de vaccination (VAT et BCG) 3. Fiches de stock 4. Le registre de réquisition et de remise reprise de matériel 5. Observation directe	L'indicateur est coté : 0 si un seul critère n'est pas rempli 100 si tous les critères sont remplis Max: 100 pts		
----	---	---	---	---	--	--

III. SOINS PREVENTIFS

14	La CPN contribue à l'amélioration de la qualité, de l'intégration et la continuité des soins dans le centre de santé. Au moins 4 cas de CPN3 par mois évalué sont tirés au hasard dans le registre de CPN	1. Au moins 10 des 12 des consultantes ont été reçues en CPN1 avant 12^e semaine de grossesse, en CPN2 entre la 12^e et le 24^e semaine ; 2. Toutes ces consultantes ont reçu le VAT2 ou plus ; 3. Le test de dépistage de VIH a été effectué chez toutes les femmes reçues en CPN ; 4. Les examens complémentaires suivants ont été effectués pour chacune des CPN: (i) syphilis, (ii) Hémoglobine, (iii) Albuminurie, (iv) Glycosurie.	1. Registre de CPN 2. Registre de vaccination 3. Registre de dépistage du VIH 4. Registre de laboratoire	L'indicateur est côté : 0 Si deux critères ne sont pas remplis =0 Pts 20 Si un critère n'est pas rempli 50 si tous les critères sont remplis Max: 50 Pts		
----	--	--	--	--	--	--

15	La planification familiale et la PTME contribuent à l'amélioration de la qualité, de l'intégration et la continuité des soins dans le centre de santé	1. Les fiches de stocks, le registre de réquisition et de remise reprise de matériel montrent que le CDS a reçu au moins une fois par mois des quantités suffisantes d'intrants pour la PF et la PTME: i) Pilules, ii) Injectables, iii) Implants, iv) Préservatifs, v) DIU avec pince à col et hystéromètre, vi) Névirapine, vii) ARV, viii) Cotrimoxazole ; 2. Le CDS atteint au moins 90% de la cible trimestrielle en contraceptifs oraux et injectables fixés dans le Plan d'Action ; Trois patients par mois sont tirés au hasard dans le registre de la PF et la PTME : 3. Leurs fiches sont classées par mois de rendez-vous dans l'échéancier ; 4. Toutes les informations sont correctement remplies sur chacune des fiches, y compris les informations sur leurs partenaires ; 5. Les rendez-vous ont été respectés par chacune des patientes.	1. Fiches de stocks, 2. Registre de réquisition et de remise reprise de matériel (Quantité commandée égale à la quantité livrée sur les bons de commande); 3. Echéancier 4. Rapport d'activités PF	L'indicateur est côté : 0 Si deux critères ne sont pas remplis 20 Si un critère n'est pas rempli 50 si tous les critères sont remplis Max: 50 Pts		
----	---	--	--	---	--	--

16	Les services de vaccination contribuent à l'amélioration de la qualité, de l'intégration et la continuité des soins dans le centre de santé	1. Les fiches de stocks de matériel montrent que le CDS a reçu au moins une fois par mois des quantités suffisantes d'intrants: (i) BCG, (ii) VAP, (iii) VAR, (iv) DTC+ HepB +Hib, (v) VAT, (vi) Diluants, (vii) PCV13, (viii) seringues autobloquantes (ix) seringues de dilution (de 2 et 5 ml), (x) Varota ; 2. Aucun vaccin périmé n'est retrouvé dans le réfrigérateur ; 3. Au moins 80% des enfants ayant reçu le VAR ont précédemment reçu le DTC3 et le DTC1 dans la même formation sanitaire ; 4. Toutes les mères des enfants ayant reçu le BCG et le DTC1 ont bénéficié d'une consultation post-natale ; 5. Tout taux de couverture vaccinal supérieur à 100% est accompagné d'une note justificative transmise au BDS en même temps que le rapport mensuel SIS.	1. Les fiches de stocks, 2. Rapport mensuel SIS 3. Observation directe des évaluateurs 4. Registres de vaccination	L'indicateur est coté : 0 Si deux critères ne sont pas remplis 20 si un critère n'est pas rempli 60 si tous les critères sont remplis Max: 60 Pts		
----	---	--	--	---	--	--

IV. PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

17	Un bon encadrement des ASC et des contractants secondaires par les agents du centre de santé a renforcé leur contribution à l'amélioration de la santé de la population	1. Au moins une réunion mensuelle du Groupement des ASC s'est tenue avec la présence du titulaire du Centre de Santé ou son représentant ; 2. Pendant cette réunion, est présentée (i) le suivi psycho-social des femmes enceintes séropositives, (ii) le suivi de la distribution des moustiquaires imprégnées, (iii) le rapport de suivi du contractant secondaire ; 3. Le PV de la réunion mentionne au minimum : i) la date, l'heure de début et de fin de la réunion ii) l'agenda ou l'ordre du jour iii) la liste de présence des participants signée iv) le suivi des décisions prises lors de la réunion précédente v) le déroulement de la réunion vi) les décisions prises avec échéances de mise en œuvre ; 4. Le programme de descente sur le terrain pour l'encadrement des ASC a été exécuté à 80% au minimum ; 5. Le programme de formation des acteurs communautaire est inclut dans le plan d'action semestriel et a été exécuté à au moins 80% ; 6. Le rapport trimestriel est (i) transmis au prestataire secondaire avec accusé de réception endéans 10 jours (ii) présenté à la réunion de monitoring mensuel du prestataire	1. PV de réunion avec Liste de présence des participants à la réunion du GASC 2. Calendrier d'encadrement des ASC 3. Rapports de suivi des ASC 4. Rapport trimestriel de suivi des contractants secondaires 5. Preuve de transmission des documents ci-dessus au BDS (registre de transmission ou courrier électronique)	L'indicateur est côté : 0 Si deux critères ne sont pas remplis =0 Pts 20 Si un critère n'est pas rempli 50 si tous les critères sont remplis Max: 50 Pts			
----	---	--	---	--	--	--	--

		secondaire avant la fin du mois pendant lequel il a été produit par un personnel qualifié.				
	TOTAL			1000		
		Performance globale		%		

1) Problèmes prioritaires identifiés

[illegible]

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Actions urgentes d'amélioration (recommandations) proposées

.....

.....

.....

.....

.....

.....

36. Grille d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des Hôpitaux de District

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

GRILLE D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE TECHNIQUE DES HÔPITAUX DE DISTRICT

Trimestre évalué :

HD :

District Sanitaire :

Date :

Province Sanitaire :

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus
V. Direction de l'Hôpital	180	
VI. Unité d'appui administratif et logistique	370	
VII. Unité d'accueil, urgences et soins ambulatoires	100	
VIII. Unité d'appui aux soins	230	
IX. Unité d'hospitalisation	120	
TOTAL	1000	

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUATEURS	FONCTION	SIGNATURE

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUES	FONCTION	SIGNATURE

N°	Produit/ Résultat attendu	Critères de performance de l'indicateur	Source de vérification	Indication pour la cotation	Points obtenus	Observations
I. DIRECTION DE L'HOPITAL						
1	La coordination de l'hôpital et l'encadrement des services sont assurés	1. Le Comité de direction se réunit au minimum une fois par semaine avec la présence effective : du Directeur, du Directeur Adjoint Chargé des Soins, du DAF ou Gestionnaire, du Chef nursing; 2. Le Conseil de Gestion de l'hôpital se réunit au moins une fois par mois. Un quorum de 3/4 des membres est exigé à la réunion (tous les chefs de services/Postes, un représentant du BDS, un représentant du BPS), les conseillers techniques qui interviennent dans l'hôpital (représentants des bailleurs/partenaires du MSPLS s'ils existent); 3. Au moins une réunion trimestrielle entre l'équipe de direction et les représentants syndicaux/Délégués du personnel à l'hôpital est organisée ; 4. Un rapport trimestriel d'activités de l'hôpital incluant le rapport financier a été produit, analysé par le Conseil de gestion, présenté à une assemblée générale de l'Hôpital de District, et transmis au BPS au cours du mois suivant la période évaluée ; 5. Ce rapport trimestriel comporte toutes les	1. Plans d'actions annuel et semestriel de l'hôpital 2. PV de réunions avec listes de présences signées 3. Rapport d'activités de l'hôpital 4. Preuve de transmission au BPS de chacun des documents ci-dessus (Registre de transmission visé ou preuve de transmission de la version électronique). 5. Chaque PV de réunion comprend: (i) les points à l'ordre du jour, (ii) le déroulement de la réunion, (iii) le suivi des recommandations précédentes, (iv) les	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 15 si 1 critère n'est pas rempli 40 si tous les critères sont remplis Max: 40 Pts		

		informations reprises dans le canevas produit par la Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation, avec au moins: (i) le niveau d'atteinte des résultats du plan d'action, (ii) les observations sur le suivi du calendrier trimestriel d'activités, (iii) le suivi des mécanismes de référence et contre référence, (iv) le suivi des recommandations des supervisions effectuées par l'équipe de direction de l'hôpital, des audits cliniques et des feed-back du CPVV et du BPS, (v) le suivi des recommandations des rapports précédents ainsi que celles des rapports mensuels de chacun des services hospitaliers, (vi) les recommandations à intégrer dans le calendrier d'activités du trimestre suivant.	problèmes relevés, (v) les recommandations proposées (vi) responsables et (vii) échéances de mise en œuvre.			
2	Les activités planifiées pour l'amélioration de la qualité des services sont exécutées pendant le trimestre évalué	1. Un calendrier trimestriel de supervision des services de l'hôpital est par les membres de l'équipe de direction a été élaboré et exécuté à au moins 80% ; 2. Ce calendrier prévoit la supervision de chaque service au moins une fois au cours d'un trimestre par le Comité de direction. La supervision couvre : (i) l'organisation, (ii) la gestion, et (iii) l'offre des services aux patients ; 3. Au moins une séance hebdomadaire d'audit médical (<i>planchage</i>) avec analyse d'au moins un dossier par service (Pédiatrie, Gynéco-obstétrique, Médecine interne et Chirurgie), a été réalisée en	1. Plan d'action semestriel validé par le BPS, accompagné du PV de la réunion de validation avec liste de présence 2. Recommandations des supervisions dans les registres de services 3. Rapports de supervisions archivés, respectant le canevas élaboré par le MSPLS 4. Rapports des séances	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas rempli 25 si 1 critère n'est pas rempli 100 si tous les critères sont remplis		

		présence du directeur de l'hôpital, du DACS, des médecins consultants et de tous les chefs de services/Postes cliniques ; 4. Au moins une séance d'audit des décès maternels, et/ou de décès des enfants de moins de 5ans a été réalisée chaque mois en présence du Médecin chef de District, du directeur de l'hôpital, du DACS, des médecins consultants et de tous les chefs de services/Postes cliniques ; 5. Tous les décès maternels ont été déclarés au BDS moins de 72 heures après leur survenue.	d'audit médical, et audits des décès signés par tous les participants et archivés 5. Preuve de transmission de chacun des documents ci-dessus au BDS (registre de transmission visé ou courrier électronique)	Max: 100 Pts		
3	L'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services	1. Pour chaque mois du trimestre évalué, le rapport mensuel du SIS a été analysé par le CoGe puis transmis au BDS au plus tard le 25ème jour suivant le mois concerné; 2. Un rapport de suivi mensuel des activités de l'hôpital incluant le rapport financier conforme aux standards est élaboré à l'issue de la réunion du comité de gestion consacrée à l'analyse du rapport SIS et présenté à l'Equipe Cadre de District (lors de sa réunion portant sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de district) ; 3. Le rapport comporte au minimum les chapitres suivants: (i) suivi des recommandations émises les	1. PV de réunion du COGE avec Liste signée de présence des participants à la séance d'analyse des données 2. PV d'au moins une réunion mensuelle de chaque service pour l'analyse des données avec liste de présence 3. Rapports mensuels des activités pour chaque service respectant le	L'indicateur est coté: 0 si un seul critère n'est pas rempli 40 si tous les critères remplis Max : 40 Pts		

		mois précédents, (ii) évolution d'au moins 10 des principaux indicateurs de production, de qualité des soins et de gestions des ressources, (iii) analyse de l'efficacité des mécanismes de références et contre références; (iv) analyse du rapport mensuel de chacun des services hospitaliers, (v) exploitation des feed-back du CPVV et du BPS, suivi des recommandations (vi) des supervisions effectuées par l'équipe de direction de l'hôpital, (vii) des audits cliniques et des audits de décès, (viii) des évaluateurs du FBP ; 4. Chaque chapitre du rapport mentionne au minimum (i) les problèmes relevés pendant le mois concerné (ii) les actions correctrices proposées pour ces problèmes avec (iii) responsables et (iv) échéances de mise en œuvre.	canevas fourni par la DSNIS 4. Rapport mensuel des activités de l'hôpital respectant le canevas fourni par la DSNIS/DGP 5. Preuve de transmission au BDS de chacun des documents ci-dessus (registre de transmission visé ou courrier électronique)			
--	--	--	--	--	--	--

II. UNITE D'APPUI ADMINISTRATIF ET LOGISTIQUE						
4	Les mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels	1. L'ambulance est fonctionnelle pendant au moins 25 jours par mois ; 2. Le système de communication (Flotte/Phonie) entre les centres de santé et l'hôpital de district a fonctionné 24 heures par jours et 30 jours par mois pendant la période évaluée ; 3. Chaque carnet de bord des véhicules, incluant les motos et groupes électrogènes a été visé au moins une fois par semaine par le gestionnaire de l'hôpital qui y a mentionné ses remarques et observations ; 4. Un infirmier accompagnateur participe à chaque référence effectuée par l'ambulance ; 5. Une synthèse des carnets de bord des véhicules y compris les motos et groupes électrogènes respectant le modèle élaboré par la DISE (et reprenant au moins leur utilisation, leur kilométrage et leur consommation de carburant mois par mois) a été élaborée et présentée à la réunion du comité de gestion ; 6. Cette synthèse reprend au moins l'utilisation, le kilométrage et la consommation en carburant de chaque véhicule ;	1. Tableau de bord précisant l'infirmier accompagnateur pour chaque sortie ; 2. Rapport de la réunion du Conseil de gestion de l'hôpital accompagnée de la liste de présence ; 3. Factures de téléphone de l'hôpital pour la période évaluée et liste des numéros de téléphones des Fosa si flotte, et registres d'appels si phonie 4. Un échantillon de 10 dossiers des cas référés est tiré et analysé	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 20 si 1 critère n'est pas rempli 50 si tous les critères sont remplis Max: 50 Pts		

		7. La synthèse montre que 80% des distances parcourues par l'ambulance ont été consacrées au transport des malades ; 8. Tous les cas référés sont reçus par un médecin ; 9. Une copie des fiches de contre-références complétées et signées par un médecin est disponible.				
5	Une bonne gestion des RH permet de maintenir un environnement de travail motivant pour le personnel	1. L'évaluation de la performance Individuelle des agents de chaque service dans le cadre du FBP (en utilisant le guide de l'Outil d'Indices) a été discutée au cours d'une réunion de service pendant le trimestre évalué ; 2. Le Directeur de l'Hôpital a rencontré au moins une fois pendant le trimestre chaque membre du Comité de direction ainsi que chacun des chefs de services pour un entretien de fonction (les points forts et points faibles du supervisé sont discutés pendant cet entretien, ainsi que ses besoins en renforcement de capacités) ; 3. Le calendrier de formations programmées pour le trimestre évalué dans le plan d'action semestriel a été exécuté à 70% au minimum ;	1. Calendrier des congés et emplois du temps archivés et/ou affichés 2. Registre de présence à jour ; 3. Registres de garde à jour ; 4. Fiches d'entretiens de fonction archivés 5. Copies de l'outil d'indice archivées 6. Modules de formations,	L'indicateur est coté: 0 si 3 critères ne sont pas remplis 10 si 2 critères ne sont pas remplis 20 si 1 critère n'est pas rempli 40 si tous les critères sont		

		4. Les arrivées et sorties du personnel sont enregistrées (i) dans un registre de présence mis en place à cet effet pour les services administratifs et qui est conservé au secrétariat de direction, (ii) dans le registre de garde pour les services techniques; 5. Toute sortie durant les heures de service doit être autorisée par un supérieur hiérarchique et matérialisée par un billet de sortie (les heures de sorties et de retour sont mentionnées dans le registre de présence) ; 6. Chaque agent d'entretien de l'hôpital a une tâche et une affectation précise dans un service, décrits et consignés dans son dossier.	PV des sessions de formations et listes de présence 7. Billet de sortie avec mention de l'heure de sortie et de l'heure de retour 8. Dossiers administratifs du personnel 9. PV des réunions des services	remplis Max: 40 Pts		
--	--	---	---	--	--	--

6	La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques	1. Le rapport financier de l'hôpital (état d'exécution du budget) du mois précédent existe et est fiable. Il reprend :(i) la synthèse des recettes et des dépenses réalisées, (ii) le taux d'exécution de chaque ligne budgétaire en recettes et en dépenses, (iii) la synthèse de la trésorerie (iv) la synthèse des créances et des dettes, (v) la valeur du stock des médicaments ; 2. Le rapprochement bancaire mensuel est effectué ; 3. Chaque dépense donne lieu à un document d'autorisation de dépense (y compris pour la pharmacie) ; 4. Au moins un inventaire de chacune des caisses (caisse des dépenses et celle des recettes) a été fait chaque mois et dégage un équilibre entre le solde physique et le solde théorique ; 5. Les fiches de suivi des dépenses et les fiches de suivi des recettes (y compris la pharmacie) sont correctement remplies et approuvées par le Directeur de l'Hôpital ;	1. Pour évaluer la fiabilité du rapport financier : • Comparaison de l'état d'exécution du budget et les fiches de suivi des dépenses et des recettes • Comparaison des fiches de suivi des dépenses et des recettes avec les livres de banque (Autant de livres que de comptes bancaires) et des caisses (Caisse recettes et caisse dépenses) • Comparaison des livres de banque et des caisses avec les pièces comptables 2. Pièces comptables à jour et classées	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 20 si 1 critère n'est pas rempli 60 si tous les critères sont remplis Max: 60 Pts		
---	---	--	---	--	--	--

		6. Les fiches de suivi des dettes de (i) la pharmacie et (ii) des actes médicaux sont mises à jour chaque mois, ainsi qu'un plan d'apurement des dettes de l'hôpital ; 7. Le fichier de suivi des créances est à jour, et montre un taux de recouvrement supérieur ou égal à 65% (Exclu FBP et CAM) ; 8. La copie de l'outil Indice pour chacun des mois du trimestre évalué est disponible 9. Les données de l'outil d'indice sont en cohérence avec les données du rapport financier pour chacun des mois évalués ; 10. Le taux d'exécution du budget d'investissement (dépenses prévues dans le plan d'action semestriel) est supérieur ou égal à 80% ; 11. Les journaux comptables, le grand livre général et la balance générale sont édités à la date de clôture du trimestre évalué ; 12. La balance générale est équilibrée pour le trimestre évalué.	3. chronologiquement par numéros 4. Journaux comptables ; 5. Grand livre du trimestre T-1 ; 6. Rapport d'inventaire 7. Outils d'indices classés 8. Rapport trimestriel d'activités ; 9. Preuve de transmission durant la première quinzaine du mois suivant au BDS des avec copie au BPS des documents 5, 6 et 7 (registre de transmission visé ou courrier électronique)			
--	--	--	--	--	--	--

7	Le respect des règles d'hygiène permet de maintenir un environnement accueillant et sécurisé pour les patients	1. Les bons de livraison et les fiches de stock des boîtes de sécurité montrent que celles-ci ont été renouvelées au moins deux fois par mois dans les services techniques ; 2. Aucun déchet (infectieux, anatomique, ménager et autre) n'est observable dans l'enceinte de l'hôpital (voir services) ; 3. Chaque bureau visité est propre, sans toile d'araignée et bien rangé ; 4. Toutes les toilettes visitées (i) sont propres, (ii) sans mauvaises odeurs, (iii) dotées de porte avec serrure fonctionnelles de l'intérieur ; 5. L'enceinte de l'hôpital entièrement débroussaillé et aucune trace d'eau stagnante n'est observable ; 6. L'incinérateur est fonctionnel avec (i) l'intérieur de la chambre de combustion nettoyé et bien entretenu, (ii) sans déchets sur le plancher ou dans son voisinage immédiat, avec (iii) des brosses, balais de rigole, râteaux, pelles et brouettes disponibles pour son entretien, (iv) une clôture avec porte fonctionnelle, (v) une fosse à cendre d'une profondeur supérieure à 1,50m (excepté en mairie de Bujumbura).	1. Observation directe par les évaluateurs; 2. Fiches de stock des boîtes de sécurité.	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 15 si 1 critère n'est pas rempli 40 si tous les critères sont remplis Max: 40 Pts		
---	--	--	--	---	--	--

8	Les services de l'hôpital reçoivent les intrants nécessaires pour mener leurs activités	1. Les achats prévus dans le budget semestriel/trimestriel ont été exécutés à au moins 80%, y compris pour l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux ; 2. Chaque service a envoyé au moins un bon de réquisition de petit matériel et consommable par mois pendant le trimestre évalué ; 3. Le petit matériel et les consommables (i) ont été servis à au moins 80% pour chacune des réquisitions, (ii) ou une justification a été donnée par écrit au service demandeur sur sa demande de petit matériel et consommable ; 4. Chaque réquisition d'un service est accompagnée du rapport d'utilisation du stock de matériel précédent.	1. Bon de réquisition de matériel 2. Fiches de stock matériel et consommable 3. Rapports d'utilisation du matériel et consommables	L'indicateur est coté: 0 si un seul critère n'est pas rempli 50 si tous les critères sont remplis Max: 50 Pts		
---	---	--	---	--	--	--

9	Les équipements biomédicaux, le matériel informatique et bureautique est fonctionnel	1. Un plan de maintenance préventive et curative de tous les équipements, matériel informatique et bureautique est suivi; 2. Les règles de mise en marche et d'utilisation sont affichées pour chaque appareil ; 3. Les services attendus de chaque équipement ou matériel ont été obtenus durant la période évaluée.	1. Les contrats de maintenance ou présence d'un personnel qualifié à l'hôpital 2. Rapport de maintenance 3. Fiche de maintenance pour chaque équipement 4. Observation directe par les évaluateurs	L'indicateur est coté: 0 si un seul critère n'est pas rempli 30 si tous les critères sont remplis Max: 30 Pts		
10	La pharmacie centrale approvisionne régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en ME et consommables	1. Les réquisitions des services hospitaliers et de la pharmacie dispensation sont adressées à la pharmacie centrale de l'hôpital au moins une fois par semaine ; 2. Chaque réquisition est accompagnée d'un rapport d'utilisation du stock précédent ; 3. Le taux de satisfaction totale des commandes des services hospitaliers, des services d'appui et de la pharmacie de dispensation pour les produits traceurs est de 100% pour le trimestre évalué ;	1. Fiche de valorisation de stock visée par les personnes habilitées 2. Bons de commandes et bordereau de remise des médicaments et consommables aux services y compris la pharmacie détail, pour les 3 mois évalués 3. Fiche d'inventaire des	L'indicateur est coté: 0 si 3 critères ne sont pas remplis 20 si 2 critères ne sont pas remplis		

		4. Le taux de satisfaction partielle des commandes totales (médicaments et autres intrants) des services hospitalier, des services d'appui et de la pharmacie de dispensation est inférieur ou égal à 20% pour le trimestre évalué ; 5. Le taux de satisfaction de chaque commande des services hospitaliers, du laboratoire et de la pharmacie de dispensation est supérieur ou égal à 80% ; 6. Les stocks physiques correspondent aux stocks mentionnés sur 10 fiches de stocks tirées au hasard ; 7. Tous les PV de réceptions des médicaments sont visés par les membres du comité de réception ; 8. Pour le service de pédiatrie, les fiches de réquisition mentionnent au moins une fois par mois chacun des produits suivants: (i) lait thérapeutique Formule 100, (ii) lait thérapeutique Formule 75, (iii) SRO (iv) Plumpy-Nut, (v) vit A, (vi) acide Folique, (vii) albendazole/Mebendazole, (viii) Amoxycilline, (ix) ACT.	3 mois du trimestre évalué avec dates d'inventaires 4. Rapport d'utilisation du stock précédent 5. Fiches de synthèse de la gestion de la pharmacie (respectant le modèle communiqué par la DPML) par mois, avec preuve de présentation au comité directeur, et de transmission au BDS et BPS (registre de transmission visé ou courrier électronique)	40 si 1 critère n'est pas rempli 100 si tous les critères sont remplis Max: 100 Pts		
--	--	--	---	---	--	--

III. UNITE D'ACCUEIL, URGENCES ET SOINS AMBULATOIRES						
11	La permanence des services est assurée	1. Les Médecins et les cadres du service administratif ont élaboré chacun un emploi du temps mensuel pour la période évaluée ; 2. L'emploi du temps des médecins est affiché au service des urgences et/ou des consultations externes ; 3. Un rapport de garde a été élaboré chaque jour dans un registre présent au service des urgences et visé par le médecin de garde ; 4. Le calendrier de congé du personnel est élaboré et respecté ; les mécanismes d'intérim sont prévus ; 5. Les arrivées et sorties du personnel sont enregistrées dans un registre de présence commis à cet effet ; 6. Les services d'appui au diagnostic (laboratoire, imagerie) et la pharmacie détail sont fonctionnels tous les jours et 24h/24, y compris les week-ends et les jours fériés.	1. Rôles de gardes, calendrier des congés et emplois du temps archivés et/ou affichés 2. Registre de présence à jour 3. Registre des rapports de garde 4. Registres de la pharmacie, du laboratoire, échographie et radiologie montrant les actes posés les week-ends et les jours fériés	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 15 si 1 critère n'est pas rempli 40 si tous les critères sont remplis Max: 40 Pts		

12	L'organisation de l'accueil et de l'orientation permettent une prise en charge correcte des patients	1. L'organisation du service d'accueil permet: (i) la distribution de jetons permettant aux patients d'être reçus par ordre d'arrivée, (ii) prise des paramètres vitaux pour tous les patients reçus (TA, Poids, FR, Pouls), (iii) un accès direct et rapide au médecin pour les patients référés des centres de santé ; 2. Dans l'armoire du service des urgences, sont bien rangés, avec fiches de stocks à jour et correctement remplis, les médicaments suivants: (i) un diurétique, (ii) un cardiotonique , (iii) un corticoïde, (iv) un vasodilatant, (v) du matériel de pansement, (vi) de l'insuline accessible 24 heures par jour, (vii) un broncho-dilatateur, (viii) des solutés glucosé à 5% et 10% ; et hypertoniques (G30% ou G50%), (ix) ringer-lactate, (x) adrénaline), (xi) des bandes ouatées, (xii) des rouleaux de bandes plâtrées de différentes tailles , (xiii) Xylocaine avec kit de suture ; 3. Le Glucomètre du service des urgences est fonctionnel, utilisé, avec au moins 10 bandelettes disponibles ; 4. Les cas admis aux urgences sont correctement pris en charge : 6 fiches de patients sont tirées au hasard (parmi lesquels au moins 3 enfants de moins de 5	1. Fiches d'admission disponibles 2. Registre des services d'urgence 3. Observation directe 4. Fiches de stock 5. Existence des jetons pour distribuer aux malades 6. Utilisation glucomètre: voir registre des examens aux urgences 7. Preuve de sortie des médicaments pour les 6 fiches de patients tirées au hasard	L'indicateur est coté: 0 si un seul critère n'est pas rempli 60 si tous les critères sont remplis Max: 60 Pts		
----	--	--	---	--	--	--

		ans) et vérifiées ; (i) Elles comportent toutes les informations mentionnées sur le modèle de dossier médical préparé par la DODS ; (ii) Les patients ont reçu les médicaments prescrits.				
IV. UNITES D'APPUI AUX SOINS						
13	Des examens de laboratoire de qualité facilitent le diagnostic et la prise en charge des patients	1. L'enregistrement des résultats dans le registre de labo est correct et correspond aux résultats inscrits sur le bon d'examen et le dossier du malade hospitalisé (<i>vérification faite pour 8 patients tirés au hasard dont au moins 3 en pédiatrie et 2 en Gynéco-obst</i>) ; 2. Au moins 5 poches de Groupe sanguin O+ et 3 poches des autres groupes sont disponibles au moment de l'évaluation dans le réfrigérateur ; 3. Les réquisitions du laboratoire au service de transfusion sanguine ont été effectuées au moins une fois par mois pendant le trimestre évalué et les fiches de stocks de produits sanguins mises à jour ; 4. Les appareils trouvés au laboratoire sont tous fonctionnel, le rapport de maintenance signé aux	1. Registres de laboratoires; 2. Dossiers des malades (vérification faite pour 5 patients tirés au hasard) 3. Observation directe par les évaluateurs; 4. Fiches de stock des produits sanguins, des tests rapides, des réactifs de laboratoires et des solutions de	L'indicateur est coté : 0 si un seul critère n'est pas rempli 60 si tous les critères sont remplis Max : 60 Pts		

		dates prévues (plus ou moins 2 semaines) dans le calendrier de maintenance par les personnes compétentes ; 5. (i) La fiche de stock de tests rapides pour le diagnostic de VIH/sida est à jour et ceux-ci. (ii) Ces tests se trouvent sur au moins un bon de réquisition par mois ; 6. Les réquisitions du laboratoire sont adressées à la pharmacie centrale au moins une fois par semaine et comportent au minimum (i) les solutions indispensables à la réalisation des examens, (ii) des solutions de décontaminations ; 7. Pour chacun des produits cités au point 6, le laboratoire tient une fiche de stock à jour.	décontamination			
--	--	--	-----------------	--	--	--

14	Les accouchements sont faits dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales	1. Chaque équipe de garde à la maternité comporte au moins une unité qualifiée (niveau minimum A3) pour les accouchements ; 2. La salle d'accouchement est propre et sans mauvaise odeur ; 3. La table d'accouchement est maniable et propre ; 4. Les produits suivants sont disponibles au stock de la maternité: (i) du Sulfate de Mg, (ii) de l'ocytocine, (iii) du gluconate de Ca, (iv) du Diazepam, (v) du Catapressan, (vi) antibiotiques injectables, (vii) Sources d'O₂ (bombe d'O₂ ou concentrateur d'O₂) ; 5. Pour chacun des produits cités au point 4, le service tient une fiche de stock à jour ; 6. Le matériel pour la réanimation du nouveau né est disponible dans la salle d'accouchement: (i) table de réanimation, (ii) lampe chauffante, (iii) masque avec embu bébé ;	1. Rôle de garde 2. Bons de réquisition 3. 5. Fiches de stocks 6. Pour 5 parturientes tirées au hasard, toutes les informations exigées dans le modèle de dossier obstétrical fourni par la DODS ont été consignées, y compris le Partogramme 7. Observation directe	L'indicateur est coté: 0 si un seul critère n'est pas rempli 60 si tous les critères sont remplis Max: 60 Pts		
----	---	---	---	--	--	--

		7. Les cas admis à la maternité sont correctement pris en charge : pour 5 parturientes tirées au hasard, toutes les informations exigées dans le modèle de dossier obstétrical fourni par la DODS ont été consignées, y compris le Partogramme. S'il y a des cas d'accouchements imminents, les dossiers obstétricaux sont systématiquement vérifiés en plus des 5 dossiers susmentionnés ; 8. La fosse à placenta est protégée et possède un couvercle fermé à clé.				
15	Les interventions chirurgicales sont faites dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales	1. Les réquisitions adressées chaque semaine à la pharmacie centrale par le bloc opératoire et les bons de réception comportent au minimum: (i) le matériel de perfusion, (ii) le matériel de prélèvement, (iii) des sondes naso-gastriques, (iv) des sondes vésicales; 2. (i) Le matériel d'intubation (ii) 2 kits d'intervention stérilisés sont disponibles et prêts pour une césarienne et une chirurgie abdominale ; 3. Les derniers bons de réception de l'oxygène par le bloc opératoire sont classés ; 4. Les tenues appropriées pour personnel du bloc opératoire sont disponibles et utilisées: blouses chirurgicales, masques, bonnets et sandales propres	1. Registre des interventions : 2. Observation directe des évaluateurs ; 3. Bon de réquisition et de livraison du matériel et consommables au bloc opératoire 4. Fiches de stocks et stocks physiques 5. 5 cas de césarienne et 5 autres interventions	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 20 si 1 critère n'est pas remplis 60 si tous les critères remplis Max: 60 Pts		

		et adaptés ; 5. Pour toute césarienne non programmée, le délai entre l'appel du Médecin (mentionné sur le Partogramme) et la sortie de l'enfant (mentionné sur le protocole opératoire) est inférieur à 2 heures ; 6. Les dossiers de malades tirés au hasard (i) sont systématiquement visés par un médecin, (ii) mentionnent toutes les informations exigées dans le modèle de dossier médical arrêté par la DODS, y compris un protocole opératoire complet	chirurgicales tirées au hasard pour le trimestre évalué et vérifiés			
16	Les procédures d'amélioration continues de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'appui	1. Des protocoles de fonctionnement existent pour les services suivants : (i) bloc opératoire, (ii) laboratoire, (iii) imagerie médicale (iv) accueil des urgences, (v) salle d'accouchement ; 2. Une séance d'évaluation du respect des protocoles (audit des procédures) a été tenue pendant le trimestre pour chacun des services cité ci-dessus (point 1) ; 3. 80% de tous les médecins de l'hôpital et des chefs de poste de l'hôpital, ainsi que du personnel de chaque service en ce qui le concerne étaient présents à chacune des séances d'audit des procédures ;	1. PV des réunions du Comité Qualité de l'hôpital 2. Protocole de fonctionnement des services techniques affichés 3. PV séance d'évaluation respect protocole avec preuve de transmission au BDS (registre de transmission ou courrier électronique), et recommandations	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 20 si 1 critère n'est pas rempli 50 si tous les critères remplis		

		4. Le rapport de la séance d'audit des procédures comporte au minimum (i) les problèmes rencontrés dans le travail au quotidien, (ii) les recommandations (iii) avec désignation d'un responsable de la mise en œuvre et délais d'exécution ; 5. Les recommandations de chaque séance d'audit des procédures et d'analyse des rapports mensuels SIS ont été transmises au comité de Direction et à l'équipe cadre de district.	intégrées dans le rapport mensuel de l'Hôpital	Max: 50 Pts		
--	--	--	---	---------------------------	--	--

V. UNITE D'HOSPITALISATION						
17	Le suivi et l'auto-évaluation des activités de chaque service d'hospitalisation favorisent l'instauration d'une culture de l'amélioration de la qualité des soins	1. Chacun des services de (i) pédiatrie, (ii) médecine interne, (iii) chirurgie, (iv) gynéco-obstétrique tient au moins une fois par mois une réunion d'analyse des données du SIS collectées dans le service en présence d'au moins 80% du personnel du service ; 2. Le rapport SIS par service respecte le canevas fourni par la DSNIS et comporte au minimum les chapitres suivants: (i) suivi des recommandations émises les mois précédents, (ii) évolution des indicateurs (au moins 7) de production et de qualité des soins du service, (iii) Observation sur l'appui logistique et la motivation du personnel, (iv) analyse de l'efficacité des mécanismes de références et contre références (v) suivi des recommandations du comité de direction et de l'ECD, (vi) suivi des recommandations des audits cliniques et des audits de décès ; 3. Les recommandations de chaque séance d'analyse des rapports mensuels SIS ont été transmises au comité de Direction et à l'équipe cadre de district.	1. PV des réunions 2. Rapport SIS 3. Preuve de transmission avec accusé de réception du BDS et à l'équipe de direction (registre de transmission ou courrier électronique)	L'indicateur est coté: 0 si 2 critères ne sont pas remplis 20 si 1 critère n'est pas rempli 60 si tous les critères remplis Max: 60 Pts		

18	Les procédures d'amélioration continue de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'hospitalisation	1. Chacun des services de (i) pédiatrie, (ii) médecine interne, (iii) chirurgie, (iv) gynéco-obstétrique organise un tour de salle chaque jour avec la présence d'au moins un médecin qui vise tous les dossiers des patients ; 2. (i) Le registre d'instructions des infirmiers est bien tenu, (ii) les remises et reprises des équipes de garde mentionnées avec précision de l'heure, (iii) les recommandations du chef de nursing notées au moins une fois par mois ; 3. Pour 5 (Cinq) dossiers de malades pris en charge pendant la période évaluée tirés au hasard: (i) toutes les informations exigées dans le modèle de dossier médical arrêté par la DODS sont mentionnés (ii) le patient a été vu au moins une fois par jour par un médecin S'il s'agit d'un patient bénéficiaire de la gratuité ou de la CAM: (iii) il a bénéficié de tous les examens complémentaires prescrits (iv) il a reçu tous les médicaments prescrits.	1. 5 dossiers tirés au hasard sont vérifiés, puis tous les dossiers de cas de malnutrition pour le service de pédiatrie 2. Registre d'instructions et/ou registres de remise/reprise des infirmiers 3. Registre du Laboratoire 4. Preuve de sortie des médicaments du stock	L'indicateur est coté: 0 si 1 critère n'est pas rempli 60 si tous les critères remplis Max: 60 Pts		
	Total			1000		
		Performance globale		%		

1) Problèmes prioritaires identifiés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Etat de la mise en œuvre des recommandations des évaluations précédentes

(Vérifier sur la copie de la précédente évaluation)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Actions urgentes d'amélioration (recommandations) proposées

.....

.....

.....

.....

.....

.....

37. Grille d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des Hôpitaux Nationaux

REPUBLIQUE DU BURUNDI DE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

GRILLE D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE TECHNIQUE DES HOPITAUX NATIONAUX

Date: ... / ... / 20....	Province de
Nom de l'Hôpital :.....	Statut de l'Hôpital : Public/Privé/Agréé
Nombre de médecins :.....	Nombre de lits :
Nombre personnel A0 :	Nombre personnel A1 :
Nombre personnel A2 :	Nombre personnel A3 :
Pers. non qualifié A4/A5 ¹ :	Nombre personnel A6 :
Ratio de personnel qualifié pour 2 000 habitants :	Nombre de lits pour 1 000 habitants :

SYNTHESE D'EVALUATION

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	Nombre d'activités à évaluer	Points disponibles	Points obtenus	%
I. Indicateurs généraux	5	55		
II. Plan d'action semestriel	1	40		
III. Gestion financière, comptable, matériel et équipement	6	95		
IV. Gestion des médicaments et produits pharmaceutiques	7	80		
V. Hygiène, salubrité de l'environnement et stérilisation	15	80		
VI. Laboratoire et transfusion sanguine	8	60		
VII. Consultations Externes et Urgences	9	120		
VIII. Maternité	10	300		
IX. Bloc opératoire et Chirurgie	12	240		
X. Hospitalisation	3	100		
TOTAL	76	1 170		%

¹ Personnel non qualifié A4 = Aide Soignant – Agent Formation Rapide (AFR) ; A5 = garçon, fille de salle - stérilisation – maintenance ; A6 = jardinier – sécurité – buanderie.

EQUIPE D'EVALUATION

[illegible]

PARTICIPANTS DE L'HOPITAL EVALUE

[illegible]

I. INDICATEURS GENERAUX				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Gestion des ressources de l'hôpital	1. Planification annuelle des activités	L'hôpital dispose d'un plan d'action annuel .	Critère rempli=5	
	2. Tenue de réunions de l'équipe de direction de l'hôpital	Une réunion <i>dirigée par le Médecin Directeur de l'hôpital</i> a lieu au moins une fois par mois, avec compte rendu contenant : (1) <i>ordre du jour détaillé</i> (2) <i>suivi des recommandations de la dernière réunion</i> (3) <i>évaluation de l'exécution du plan d'action de l'hôpital</i> (4) <i>recommandations de la réunion avec responsable du suivi et délais d'exécution</i> (5) <i>liste de présence signée</i>	Tous les critères remplis pour 1 mois=5 Même un critère non rempli pour 1 mois=0 Max-15	
	3. Assurance de la garde médico-chirurgicale	Une garde médico-chirurgicale est organisée par l'hôpital, c'est-à-dire que (1) le <i>rôle de garde</i> est affiché dans un endroit immédiatement accessible au public (personnel soignant et non soignant) (2) 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 (3) un <i>système d'écoute des appels</i> (radiophoniques ou téléphoniques) est effectif 24h/24 (vérifier la fonctionnalité de la radio et/ou des téléphones avec <u>les hopitaux nationaux</u>)	Chaque critère rempli=5 Max=15 (note possible : 5-10-15)	
Gestion de l'information sanitaire	4. Transmission des rapports mensuels SIS	Pour chaque mois du trimestre présentement évalué, un rapport mensuel du SIS a été transmis à l'EPISTAT au plus tard le 35 ^{eme} jour du mois suivant NB : Le rapport transmis au cours d'un mois (M) porte sur les activités du mois précédent (M-1)	Critère rempli=10	

	5. Analyse des données SIS de l'hôpital des périodes antérieures	Rapport d'analyse trimestrielle des données SIS comprenant : (1) <i>La liste signée de présence des participants à la séance d'analyse des données</i> (2) <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 entreprises/corrections éventuelles des erreurs)</i>	Tous les critères remplis=10 Même un critère manque=0	
	SOUS-TOTAL	INDICATEURS GENERAUX	55	
II. PLAN D'ACTION SEMESTRIEL DE L'HOPITAL				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Planification semestrielle	1. Elaboration et suivi du Plan d'Action semestriels	(1) Existence du Plan d'Action Semestriel : (a) Cohérent avec le PAA (développer <i>quelques lignes du PAA</i>) (b) implication des chefs de services de l'hôpital [vérifier la liste des présences jointe au rapport de réunion d'adoption du Plan d'action] (2) Existence d'un rapport trimestriel de suivi de l'exécution du Plan d'Action semestriel indiquant : (a) le niveau d'exécution des activités planifiées pour le trimestre évalué (b) les forces/les opportunités dans l'exécution du PA (c) les difficultés/les défis rencontrés dans la mise en œuvre du PA (d) les solutions/les stratégies envisagées pour faire face aux difficultés/défis	Critère (1) rempli=10 Critère (2) rempli=20 Max=30	
		3) Le Plan d'action montre une analyse de l'accessibilité financière comprenant entre autres : (a) respecte les tarifs fixés au niveau national (b) existence d'un budget prévisionnel comprenant entre autres des sources de paiement (ménages, mutuels, assurance, corps militaires, corps de polices etc.) ; les indigents	Critères remplis=10 Chaque critère rempli=5	
	SOUS-TOTAL	PLAN D'ACTION SEMESTRIEL	40	

III. GESTION FINANCIERE, COMPTABLE, MATERIEL ET EQUIPEMENT.				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation (Mettez une croix devant un critère présent)	Points obtenus
Entretien et maintenance	1. Entretien des infrastructures de l'hôpital	Les infrastructures de l'hôpital sont en bon état, c'est-à-dire qu'elles ne nécessitent pas de travaux importants de • Reprise de la peinture extérieure • Reprise 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 Un critère rempli= 2	
	2. Maintenance du matériel et équipements	a)Existence d'un plan annuel de maintenance précisant les activités de maintenance à effectuer pour les bâtiments, le matériel, l'équipement par les personnes internes ou externes (contrats de maintenance) responsables. N.B. : En cas de disponibilité de compétences internes, un contrat de maintenance externe n'est pas nécessaire b) Existence d'un rapport d'activités réalisées sur la maintenance.	Tous les critères remplis =5 Un critère rempli=2.5	
	3. Gestion du charroi	La gestion rationnelle des véhicules est assurée : (1) un règlement précisant les responsabilités (tâches) et les règles dans l'utilisation du charroi de l'hôpital (2) un dossier par véhicule (y compris les motos) reprenant les fiches de suivi de la maintenance (cf. documents de la DGR) (3) 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.	Tous les critères remplis=10 Critères 1 & 3 remplis = 6 (3points par critère) Critère 2 rempli=4	

Budget	4. Gestion budgétaire	La gestion budgétaire repose sur : (1) Un budget réaliste établi en fonction des ressources disponibles et en concordance parfaite avec le PAA (2) Un plan des investissements existe et est à jour, avec les apports de l'Etat et des partenaires (3) Des fiches de suivi de l'exécution du budget, pour les recettes comme pour les dépenses, rubrique budgétaire par rubrique budgétaire	Tous les critères remplis=15 Chaque critère rempli=5 Note possible : 0 ; 5 ; 10 ; 15)	
Comptabilité	5. Gestion des comptes de l'hôpital	La comptabilité répond aux normes et aux bonnes pratiques : (1) L'hôpital tient une comptabilité à partie double (2) L'hôpital dispose d'un logiciel de comptabilité (3) Un(e) comptable qualifié(e) (Niveau A1 au minimum) tient la comptabilité de l'hôpital (4) Le nombre de comptes bancaires est inférieur à cinq (BRB + fonctionnement + pharmacie + compte facultatif supplémentaire) (5) Les livres de caisse sont complets et à jour (6) Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépenses (7) Les recettes donnent lieu à un document d'enregistrement de recettes (8) Le classement des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique) (9) Le suivi de la caisse (inventaire de caisse) est au moins mensuel [procès verbal signé] (10) L'hôpital dispose d'un fichier de suivi de ses dettes (11) L'hôpital dispose d'un fichier de suivi de ses créances (12) L'hôpital dispose d'un manuel des procédures financières et comptables (ou de directives équivalentes du médecin directeur)	Tous les critères remplis=25 De critère (1) à (11)=2 points par critère rempli Critère (12) rempli=3 (Max=25)	

Rapport financier	6. Elaboration et transmission du rapport financier trimestriel (Trimestre T-1)	1)Existence d'un rapport financier trimestriel : 2)conforme au canevas standard du Plan National Comptable 3) transmis à la Direction de l'hôpital et /ou au Conseil d'Administration.	Un critère rempli =10 (Max=30)	
	SOUS-TOTAL	GESTION FINANCIERE, COMPTABLE, MATERIEL ET EQUIPEMENT.	95	
IV. GESTION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Stock	1. Gestion du stock de médicaments de l'hôpital	Le stockage des produits est correct : (1) Le <i>local</i> est propre, ventilé, protégé (2) 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 (3) 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]	Tous les critères remplis=10 Même 1 critère non rempli=0	
		Les fiches de stock sont tenues correctement : (1) comportent la mention de la <i>consommation mensuelle moyenne</i> (CMM) (2) les <i>fiches de stock correctement remplis et à jour pour un échantillon de 10 produits</i> NB : Les rapports sous forme électronique (logiciel) sont acceptés	Tous les critères remplis=5 Même 1 critère non rempli=0	
		La gestion des produits périmés ou détériorés est correcte est : (1) suivie par un registre spécifique (2) Les produits périmés sont stockés dans un lieu approprié isolé des autres produits (3) donne lieu à des procès verbaux de destruction <i>En cas d'absence des produits périmés ou lorsque la destruction des produits n'a pas encore eu lieu ; le point (3) devient NON APPLICABLE</i>	Tous les critères remplis=5 Critère 1 =2 Critère 2= 2 Critère 3= 1	

Commande	2. Assurer les commandes des médicaments	Les commandes sont effectuées selon les normes : (a) 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] (b) les instructions pour l'achat des médicaments ont été respectées	Tous les Critères remplis=10 Chaque critère rempli=5	
Réception	3. Assurer la réception des médicaments	La réception des produits est accompagnée : (1) d'un <i>bon de livraison</i> (CAMEBU ou grossistes) (2) d'un <i>bon de réception</i> signé par un Comité de réception	Tous les Critère rempli=10 Chaque Critère rempli=5	
Livraison	4. Assurer la livraison des médicaments	La livraison des produits : (1) répond à un <i>bon de commande</i> (réquisition) des services ou de la pharmacie de détail (2) donne lieu à la production d'un <i>bon de réception</i> signé par le service ou la pharmacie de détail	Tous les Critère rempli=10 Chaque Critère rempli=5	
Distribution	5. Suivi de la consommation des médicaments	La délivrance des médicaments par les services ou par la pharmacie de détail est suivie par une fiche ou registre de consommation journalière	Critère rempli=10	
Médicaments traceurs	6. Assurer la disponibilité permanente des médicaments traceurs	(1) <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] (2) Il n'y a <i>pas de sur-stockage</i> [vérifier que le « MAD » est inférieur à 2 mois pour les 23 médicaments traceurs] Nota Bene : Liste des médicaments traceurs à la fin de la grille (3) <i>Absence de menace de pénurie</i> [vérifier que le stock restant est supérieur à ½ CMM pour les médicaments traceurs]	Tous les critères remplis=15 Chaque critère rempli=5 (Max=15)	
Gestion globale de la pharmacie	7. Suivi mensuel de la gestion de la pharmacie	La synthèse de la gestion de la pharmacie est complétée et envoyée chaque mois au directeur de l'hôpital pour approbation (Voir Rapport Trimestriel)	Critère rempli=5	
	SOUS-TOTAL	GESTION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES	80	

V. 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: (1) de procès-verbaux de réunions mensuelles (2) de plan d'action et d'un rapport trimestriel du CHSST	Les 2 critères remplis=5 Chaque critère rempli=2.5	
Promotion de la Santé	2. Assurer la promotion de la santé au niveau de l'hôpital	(1) Existence d'un technicien de promotion de la santé dans l'hôpital (2) 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	3. 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	4. 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 : (1) Si haie vive : taillée sans passage non contrôlée (2) Si en briques ou en durs : sans passage (3) Si en fil barbelé, présence de treillis métalliques	Critère rempli=5	
	5. 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	
	6. Utilisation de MII	1) Existence de montants sur les lits occupés pour servir de support aux moustiquaires 2) Moustiquaire rectangulaire imprégnée d'insecticide pour chaque lit occupé 3) Moustiquaire propre et bien entretenue	Tous les critères remplis=5 Même un critère manque=0	
Traitement des déchets	7. Utilisation et entretien de l'incinérateur	Existence d'un incinérateur avec: (1) porte de chargement et porte d'évacuation de la cendre fonctionnelle (2) l'intérieur de la chambre de combustion nettoyé et bien entretenu avec présence de clôture avec porte fonctionnelle; (3) disponibilité d'alcool ou carburant pour la combustion de déchets (4) absence de déchets sur le plancher et dans le voisinage immédiat de l'incinérateur ; (5) existence de brosses, balais de rigole, râteliers, pelles et brouettes pour l'entretien de l'incinérateur	Tous les critères remplis =5 1 seul critère parmi 1,2 et 4 non rempli=0 Critère rempli=1	

	8. Utilisation et entretien d'une fosse à déchets biologiques	Existence d'une fosse biologique à placentas et amputations : (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.	Tous les critères remplis =5 Critère1 rempli=2 Critère 2 rempli=1 Critère 3 rempli=2	
	9. Disponibilité d'infrastructures complémentaires	Une cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre, avec : (1) poubelle pour évacuation des déchets, (2) robinet à moins de 5m ou réserve d'eau d'au moins 50 litres Une morgue est disponible (chambre ou petit bâtiment)	Tous les critères remplis=5 Un critère rempli=2.5 Critère rempli=5	
Source d'eau	10. Mise en place et entretien de point d'eau au sein de l'hôpital	Disponibilité en permanence de point d'eau : (1) eau courante ou puits ou pompe ou château/citerne d'eau/ fûts d'eau bien couvert (2) Absence de fuites d'eau	Les 2 critères remplis=5 Chaque critère rempli=2.5	
Latrines	11. Mise en place et entretien des latrines	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	Tous les critères remplis =5 Un seul critère parmi 1 et 4 non rempli=0 Critère 2 ; 3 ; 5 ; 6 remplis=2 (0.5 point par critère) Critère 4 ; 1 ; 7 remplis= 3 (1point par critère)	
Douches	12. Mise en place et entretien des douches	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	Tous les critères remplis =5 Critère 1,2 et 4 rempli=3 (1 point par critère) Critère 3 rempli=2	

Stérilisation	13. Assurer la disponibilité des matériels de stérilisation	Disponibilité des matériels de stérilisation et fonctionnels : 1) cocotte ou autoclave ou four poupinel fonctionnel 2) protocole de stérilisation affiché	Les 2 critères remplis =5 Chaque critère rempli=2.5	
	14. Assurer la disponibilité des produits de décontamination	Présence de réserve de produit de décontamination : (1) Solution étiquetée avec formule et date de préparation. (2) Matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination	Les 2 critères remplis =5 Chaque critère rempli=2.5	
Tenue réglementaire, vestiaire et buanderie	15. Port et entretien de la tenue réglementaire	(1) Tenue réglementaire propre et en bon état portée par tout le personnel soignant (2) Existence d'une buanderie (3) Existence des matériels de protection adaptés pour chaque service : gants, blouse, bottes, bonnets (4) 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	Tous les critères remplis =5 Critères 1 et 2 remplis= 3 (1.5 point par critère) Critères 3 et 4 remplis=2 (1 point par critère)	
	SOUS-TOTAL	HYGIENE, SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT ET STERILISATION	80	

VI. LABORATOIRE ET TRANSFUSION

Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Personnel du service	1. Assurer le service par un personnel qualifié	Le service dispose d'au moins un laborantin ou infirmier de niveau A2 (ayant bénéficié d'une formation en technique labo avec certificat)	Critère rempli=6	
Capacité du service	2. Affichage de la liste des examens disponibles	La liste des examens possibles est affichée dans le laboratoire et est visible pour le public	Critère rempli=4	
Documentation	3. Assurer la disponibilité de la documentation d référence (de base) au labo	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)	Critère rempli=4	

Matériel	4. Assurer la disponibilité du matériel de base au labo	Au moins un microscope 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	Critère rempli=5 Même un critère manqué=0	
		Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	Critère rempli=5	
		Disponibilité d'un appareil d'examens de biochimie fonctionnel	Critère rempli=5	
		Disponibilité d'un appareil de numération sanguine fonctionnel	Critère rempli=5	
		Disponibilité de tests rapides pour le diagnostic de VIH/sida	Critère rempli=5	
Permanence du service	5. Assurer la permanence du service de laboratoire	Le laboratoire est fonctionnel tous les jours et 24h/24 , y compris les week-ends et les jours fériés (vérifier dans le registre de labo)	Critère rempli=5	
Les résultats des examens	6. Enregistrement des résultats des examens	L' enregistrement des résultats dans le registre de labo est correct et correspond aux résultats inscrits sur le bon d'examen et/ ou dans le registre de paillasse	Critère rempli=4	
Maintenance du matériel	Assurer la maintenance du matériel de laboratoire	Maintenance régulière des appareils attestée par les rapports de maintenance signés	Critère rempli=4	
Transfusion sanguine	8. Assurer la disponibilité du service de transfusion sanguine	(1) Disponibilité d'une chaîne de froid avec fiche de vérification de la température à jour (2) Disponibilité d'au moins 5 sachets du groupe O+ (3) Disponibilité d'au moins 2 sachets pour chaque autre groupe sanguin	Tous les critères remplis=8 Critère 1 rempli=4 Critères 2 et 3 remplis=4 (2 point par critère)	
	SOUS-TOTAL	LABORATOIRE ET TRANSFUSION SANGUINE	60	

VII. CONSULTATIONS EXTERNES ET URGENCES				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Infrastructure, équipement et Plateau technique en rapport avec la consultation externe	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 rempli =1	
	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	
	3. Existence d'un service d'accueil et orientation	L'accueil et orientation des patients sont assurés en permanence : • Disponibilité d'un personnel infirmier qualifié qui oriente les patients vers les services • 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)	Tous les critères remplis =10 Critère 1 rempli=3 Critère 6 rempli=2 Autre critère rempli=1	

	4. Gestion du patient	L'organisation du service permet: (1) un <i>service de triage</i> des consultations externes confié à un infirmier pour les patients (2) un <i>accès direct au médecin</i> (ou au service des urgences) des patients référés	Tous les critères remplis=15 Chaque critère rempli=7.5	
	5. Disponibilité d'équipement et matériel dans chaque salle de consultation externe	La disponibilité de l'équipement suivant est assurée dans chaque salle de consultation externe : • Stéthoscope • Tensiomètre • Otoscope • Thermomètre • Table d'examen • Chaise pour le patient • Pèse-personne pour adulte • Pèse-bébé • Toise • Ruban pour périmètre brachial	Tous les critères remplis=10 Un seul critère parmi 1 à 5 manque=0 Un critère rempli =1	
	6. Disponibilité de protocoles de prise en charge des maladies	Au moins les protocoles de prise en charge des maladies suivants sont disponibles et/ou affichés sur le mur : • Paludisme • Diarrhée • IRA • Tuberculose • Tables poids-taille	Tous les critères remplis=5 Chaque critère rempli=1	
	7. Permanence du service d'urgence	Le service d'urgence est disponible 24h/24 et 7j/7 avec rôle de garde affiché	Critère rempli=5	
	8. Disponibilité d'équipement et matériel de service des urgences	Existence de la salle d'urgence contenant au moins : • 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, glycose hypertonique</i>), adrénaline) • Matériel de prélèvement • Sonde naso-gastrique et Sonde vésicale • Lits /table d'examen • Brancard	Tous les critères remplis=10 Un seul critère parmi 1, 2, 5, 7 et 8 non rempli=0 Un critère rempli=1	

Service de consultation externe	9. Consultation externe (10 cas tirés au hasard du registre de chaque salle de consultation)	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/Quartier, sous-colline/Avenue et Numéro ; chef de famille, profession)</i> <i>b) Date de consultation</i> <i>c) Synthèse de l'examen clinique ou données de l'interrogatoire</i> <i>d) Diagnostic provisoire</i> <i>e) Examens complémentaires demandés avec résultats si disponibles</i> <i>f) Traitement selon le diagnostic ou décision prise</i> <i>g) nom et signature du médecin</i> Nota Bene : la décision prise peut être la demande des examens complémentaires	Tous les critères remplis pour 1cas =5 Critères a,b,c,f,g non rempli pour 1 cas=0 (Max=50) <i>NB : Si plus de 10 cas analysés (plusieurs salles de consultation) : faire une moyenne sur 50</i>	
	SOUS-TOTAL	CONSULTATION EXTERNE ET URGENCE	120	
VIII. MATERNITE				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Infrastructure, équipement et Plateau technique	1. Entretien de la salle d'accouchement	La salle d'accouchement est en bon état : • murs en dur, sans fissures avec crépissage et peinture • pavement en ciment sans fissures • plafond en bon état • fenêtres vitrées avec rideaux • portes fonctionnelles	Tous les critères remplis =10 Un critère rempli=2	
	2. Disponibilité d'équipement et matériel de la salle d'accouchement	L'équipement et matériel de la salle d'accouchement sont disponibles : • tables d'accouchement en bon état et table de réanimation néonatale • source d'eau disponible avec savon et éclairage possible pendant la nuit (électricité, groupe électrogène, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable) • boîte de sécurité pour les aiguilles • seau à placenta, seau pour le linge souillé, poubelle avec couvercle	Tous les critères remplis =10 Un critère rempli =1	

		• toise adulte/Bébé et pèse-bébé • tensiomètre et stéthoscope médical • stéthoscope obstétrical • Désinfectant, compresses stériles et gants stériles (au moins 10 paires) • au moins 2 boîtes d'accouchement stérilisées • au moins 10 partogrammes vierges en réserve		
	3. Disponibilité du matériel d'épisiotomie	Le matériel d'épisiotomie est disponible : Au moins 2 boîtes d'épisiotomie avec ciseaux, pinces anatomique et chirurgicale, aiguilles, porte-aiguille, fil résorbable et/ ou fil non résorbable	Critère rempli=10	
	4. L'équipement et les médicaments suivants sont disponibles pour les soins au nouveau-né	L'équipement et les médicaments suivants sont disponibles pour les soins au nouveau-né : • 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 rempli=2 (2 points par critère)	
	5. Disponibilité et équipement de la salle d'attente et de la salle d'hébergement	(1) La salle d'attente est disponible et équipée: avec au moins 4 lits avec matelas (2) La salle d'hébergement est disponible et équipée: avec • Lits avec matelas recouverts de toile cirée sans déchirure • Draps à chaque lit occupé et au moins 5 couvertures dans le service • Moustiquaire à chaque lit occupé	Tous les critères remplis=10 Critère1 rempli =4 Critère 2 rempli=6 (2 points pour chaque sous critère du critère 2)	

Service de maternité	6. Assurer la disponibilité des matériels/supports de base du dossier médical en maternité	L'organisation du service de maternité répond aux critères suivants : (1) Disponibilité du matériel de base du dossier du malade hospitalisé : Fiche ou billet d'admission/Fiche de consultation(CHUK)/ Fiche d'hospitalisation pour les cas compliqués et Gynécologiques ,Fiche d'accouchement pour les cas eutociques et dystociques, Dossier médical ; Partogrammes, Registre de maternité (2) La présentation de la Fiche d'hospitalisation et/ou Feuille d'observation clinique/Fiche d'accouchement est claire (suivi régulier et décisions prises bien documentées avec nom et signature du Médecin (3) Archivage des dossiers médicaux par ordre chronologique est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation (classeur, chariot, ...) (4) Les dossiers médicaux sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation (5) Existence des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical et la sécurisation du dossier médical	Tous les critères remplis =50 Un critère rempli pour =10 (Max=50)	
	7. Gestion du dossier médical (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est <10 cas, vérifier tous)	Pour chaque cas sortant du trimestre évalué choisi au hasard dans le registre de maternité : (1) Le dossier médical a été retrouvé endéans au plus 5 min dès la demande (2) Les supports matériels sont en bon état (dossier, examens) (3) Le dossier présenté sous forme d'un ensemble cohérent, organisé, avec un classement clair et chronologique des éléments constitutifs (4) L'identité du malade est notée : nom et prénom ; âge, sexe ; profession (5) Tous les éléments du dossier médical sont identifiés au nom du malade (6) Nom et prénom et qualification du Médecin ayant décidé l'hospitalisation (7) Les informations liées au séjour sont notées (date d'entrée ; date de sortie) (8) Les modalités d'entrée sont indiquées (9) Les modalités de sortie sont indiquées : Guérison, Décès, Evasion, Transfert	Tous les critères remplis pour 1dossier =5 Critère 6=1 point Tous les autres critères=0.5 point (Max=50) (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 50)	

	8. Accouchements eutociques (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est <10 cas, vérifier tous)	Proportion d'accouchements eutociques pris en charge selon les normes (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 (si existe) (2) Partogramme de l'hôpital complètement rempli (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 signature sur la fiche et sur le partogramme) (4) Fiche de contre référence signée par le médecin.	Tous les critères remplis pour 1 dossier =4 Critère 2=2.5 point Autres critères : 0.5 point (Max=40) (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 40)	
	9. Accouchements dystociques (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est <10 cas, vérifier tous)	Proportion d'accouchements dystociques (Forceps - Ventouse - manipulation du fœtus en cas de siège, gémellaire) pris en charge selon les normes : Pour chaque accouchement dystocique tiré au hasard dans le registre: (1) Partogramme complètement et correctement rempli (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 NB : partogramme complètement et correctement rempli sauf pour les cas de dystocie et autres urgences obstétricales	Tous les critères remplis pour 1dossier =5 Critère 1=2 points Critère 2=1.5 points Autres critères : 0.5 point (Max=50) (Si cas analysés > ou<10, faire la moyenne sur 50)	

	10. Césariennes (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est <10 cas, vérifier tous)	Proportion de césariennes prises en charge selon les normes : Pour chaque césarienne tirée au hasard dans le registre (1) Partogramme correctement et complètement rempli (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 et Indication valide à la césarienne posée par le médecin (3) protocole opératoire détaillé avec nom et signature du médecin et Fiche d'anesthésie complètement remplie (4) Suivi régulier, et chaque fois que de besoin, de la mère et de l'enfant par le médecin (5) Absence d'infection de la plaie opératoire (6) Conseil sur la PF et l'allaitement maternel noté sur la fiche et Copie de la Fiche de contre référence signée par le médecin pour les cas référés	Tous les critères remplis pour 1dossier =6 1 point par critère rempli (Max=60) (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 60)	
	SOUS-TOTAL	ACTIVITES DE MATERNITE	300	
IX. BLOC OPERATOIRE ET CHIRURGIE				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Infrastructure, équipement et Plateau technique	1. Entretien de la salle d'opérations	La salle d'opérations est en bon état : • 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	Tous les critères remplis=10 Un critère rempli=2	
	2. Entretien de la table d'opérations	La table d'opération est en bon état : • Facilement maniable • Revêtement de mousse avec toile cirée • Manettes fonctionnelles des membres	Tous les critères remplis=10 Critères 1 et 3 remplis =3 (1.5 point par critère) Critère 2 rempli=4	

	3. Disponibilité de la source d'éclairage	L'éclairage est assuré: • Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles • Lumière de réserve assurée (groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable)	Tous les critères remplis=5 Un critère rempli=2.5	
	4. Disponibilité du matériel de base	Le matériel de base suivant est disponible: • Appareil d'anesthésie générale • Kit de rachianesthésie • Respirateur et Obus d'oxygène • Aspirateur électrique • Tensiomètre et Stéthoscope médical • Laryngoscope et Matériel d'intubation • Matériel de perfusion et Matériel de prélèvement • Sonde naso-gastrique et Sonde vésicale • Bistouri électrique et cautérisation • Tenues adéquates (blouses chirurgicales, masques, bonnets, sandales)	Tous les critères remplis=10 Un critère rempli=1	
	5. Disponibilité des médicaments d'urgence	Les médicaments d'urgence suivants sont disponibles : • Diurétique • Cardiotonique • Corticoïde • Vaso-dilatants • Matériel de pansement • Insuline • Broncho-dilatateurs • Infusion (glucose, ringer-lactate, physiologique, glycose hypertonique) • Adrénaline	Tous les critères remplis=10 Critère 8 rempli =2 Autre critère rempli =1	
	6. Disponibilité de kits d'intervention	Au moins 2 kits d'intervention stérilisés sont prêts pour chacun des types d'urgences : • césarienne • chirurgie viscérale • traumatisme-orthopédie • fixateur externe facilement maniable	Tous les critères remplis=10 Un critère rempli=2.5	

	7. Disponibilité d'un vestiaire et d'un espace de lavage et brossage	1) Existence d'un vestiaire adéquat. 2) Existence d' un espace de lavage et brossage adéquats : • Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude • Disponibilité de l'eau courante • Disponibilité de brosses avec savon	Tous les critères remplis=5 Critère 1 rempli=2 Critère 2 rempli=3 (1 seul sous critère du critère 2 manque=0)	
	8. Assurance des conditions d'hygiène	Conditions d'hygiène assurées dans la salle d'opération : • Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle • Boîtes de sécurité pour les aiguilles	Tous les critères remplis=5 Un critère rempli=2.5	
	9. Disponibilité d'une salle de plâtrage	1) Existence d'une salle de plâtrage. 2) Le matériel suivant est disponible : • rouleaux de différentes tailles • bassin • coupe plâtre • bandes ouatées	Tous les critères remplis=5 Critère 1 rempli=1 Critère 2 rempli=4 (1 point par sous critère)	
Service de chirurgie	10. Assurer la disponibilité des matériels/supports de base du dossier de malade hospitalisé	L'organisation du service de Chirurgie répond aux critères suivants : (1) Disponibilité du matériel de base du dossier du malade hospitalisé : Fiche ou billet d'admission/Fiche de consultation(CHUK), Dossier médical ; Registre d'hospitalisation (2) La présentation de la Fiche d'hospitalisation et/ou Feuille d'observation est claire (suivi régulier du malade et décisions prises bien documentées avec nom et signature du Médecin) (3) Archivage des dossiers médicaux par ordre chronologique est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation (classeur, chariot, ...) (4) Les dossiers médicaux sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation (5) Existence des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical et la sécurisation du dossier médical	Tous les critères remplis =50 Un critère rempli pour =10 (Max=50) (Si services d'hosp.>1, faire la moyenne sur 50)	

	11. Gestion du dossier médical (10 cas tirés au hasard du registre d'hospitalisation; si le nombre de prestations est <10 cas, vérifier tous)	Pour chaque cas sortant du trimestre évalué, choisi au hasard dans le registre d'hospitalisation (Chirurgie) : (1) Le dossier du patient a été retrouvé endéans au plus 5 min dès la demande (2) Les supports matériels sont en bon état (dossier, examens) (3) Le dossier présenté sous forme d'un ensemble cohérent, organisé, avec un classement clair et chronologique des éléments constitutifs (4) Tous les éléments du dossier médical sont identifiés au nom du malade	Tous les critères remplis pour 1dossier =5 Un critère rempli pour chaque dossier =1.25 (Max=50) (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 50)	
	12. Interventions chirurgicales autres que les césariennes (les 10 cas tirés au hasard du registre d'hospitalisation)	Proportion d'interventions chirurgicales prises en charge selon les normes : 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 Critère 10=2 points Critères 6 et 11= 1 point par critère Autres critères=0.25 point par critère (Max=70) (Si cas analysés > ou <10, faire la moyenne sur 70)	
	SOUS-TOTAL	ACTIVITES DU BLOC OPERATOIRE ET CHIRURGIE	240	

X. HOSPITALISATION : Médecine Interne, Pédiatrie				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Dossier médical de malade hospitalisé	1. Assurer la disponibilité des matériels/supports de base du dossier de malade hospitalisé	Pour chaque service d'hospitalisation : (1) Disponibilité du matériel de base du dossier du malade hospitalisé : Fiche ou billet d'admission/Fiche de consultation(CHUK) ; Fiche d'hospitalisation et/ou Feuille d'observation clinique / Fiche de suivi médical (CNPk) /Dossier médical (CHUK) ; Dossier Médical ; Registre d'hospitalisation (2) La présentation de la Fiche d'hospitalisation et/ou Feuille d'observation clinique est claire (suivi régulier du malade et décisions prises bien documentées avec nom et signature du Médecin) (3) Archivage des dossiers médicaux par ordre chronologique est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation (classeur, chariot, ...) (4) Les dossiers médicaux sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation (5) Existence des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical et la sécurisation du dossier médical	Tous les critères remplis pour les 2 services=20 Un critère rempli pour 1 service=2 (Max=20)	
Analyse de 20 dossiers de sortants du trimestre évalué dans chaque service d'hospitalisation (10 cas MI et 10 cas Pédiatrie)	2. Gestion du dossier médical	Pour chaque cas sortant du trimestre évalué, choisi au hasard dans le registre d'hospitalisation : (1) Le dossier du patient a été retrouvé endéans au plus 5 min dès la demande (2) Les supports matériels sont en bon état (dossier, examens) (3) Le dossier présenté sous forme d'un ensemble cohérent, organisé, avec un classement clair et chronologique des éléments constitutifs (4) L'identité du malade est notée (nom et prénom ; âge, sexe ; profession) et tous les éléments du dossier médical sont identifiés au nom du malade (5) Les modalités d'entrée (consultation externe ; urgence) ; l'identification et la qualification du Médecin ayant décidé l'hospitalisation sont indiquées (6) Les informations liées au séjour sont notées (date d'entrée) ; les modalités de sortie sont indiquées (guérison, Décès, Evasion, Transfert) et la date de sortie)	Tous les critères remplis pour 1dossier =1,5 Un critère rempli pour 1 dossier =0.25 (Max=30) (Si cas analysés > ou<10, faire la moyenne sur 30)	

	3. Assurer la complétude des informations médicales	Pour les mêmes cas ci-haut : (1) Le motif d'hospitalisation est noté (2) Histoire de la maladie, Anamnèse (Plaintes et Antécédents, Facteurs de risques s'il y en a) (3) Examens cliniques comportant les données relatives aux signes vitaux (T°, FR, TA, Pouls), examens cliniques des systèmes affectés : inspection, palpation, percussion, auscultation (4) Hypothèses diagnostiques argumentées (5) Examens complémentaires et résultats (6) Conduite thérapeutique adoptée : traitement avec posologie et modalités d'administration du traitement (7) Traitement selon le protocole ou Référence (8) Suivi journalier par le médecin	Tous les critères remplis pour 1dossier=5 Critère 3 et 6= 1 point par critère Autres critères=0.5 point par critère (Max=50) (Si cas analysés > ou<10, faire la moyenne sur 100)	
	SOUS-TOTAL	HOSPITALISATION	100	
TOTAL GENERAL			1 170	
PERFORMANCE TRIMESTRIELLE GLOBALE			%	

38. Grille d'évaluation trimestrielle de la performance du BDS

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

GRILLE D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA PERFORMANCE DE L'EQUIPE CADRE DU DISTRICT SANITAIRE

Trimestre évalué :

Date :

District Sanitaire :

Province Sanitaire :

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus
I. Coordination et Gestion des Ressources	170	
II. Supervisions	20	
III. Promotion de la santé et participation communautaire	10	
TOTAL POINTS OBTENUS	200	
MOYENNE DES SCORES DE QUALITE TECHNIQUE DES CDS ET HD		
Performance globale en % : Score = A+B (A = % obtenu par le BDS pendant l'évaluation pour 80%, B = % moyen des scores de qualité technique des FOSA pour 20%)		

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUATEURS	FONCTION	SIGNATURES
1			
2			
3			

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUES	FONCTION	SIGNATURE
1			
2			
3			
4			
5			

	Produit Attendu	Indicateurs et Critères d'évaluation	Source de vérification	Indication pour la cotation	Points obtenus	Observations
I. COORDINATION ET GESTION DES RESSOURCES						
1	L'Equipe Cadre assure le leadership du District Sanitaire	1. L'Equipe Cadre de District s'est réuni au moins une fois par semaine, avec chaque mois, la présence effective du Médecin Chef de District et du Directeur de l'Hôpital à au moins 3 de ces réunions pour chacun, ainsi que 80% au minimum des autres membres de l'ECD 2. Au moins une fois par mois, chacun des points suivants est inscrit à l'ordre du jour des réunions de l'ECD : (i) l'organisation et le fonctionnement des centres de santé, (ii) l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de district, (iii) le suivi des mécanismes de référence et contre référence, (iv) l'analyse des recommandations des supervisions effectuées, des audits cliniques et des feed-back du CPVV et du BPS, (v) l'analyse du rapport mensuel du district et des rapports SIS de chaque formation sanitaire 3. Chaque PV de réunion comprend: (i) le suivi des recommandations précédentes, (ii) les problèmes relevés (iii) les actions proposées avec (iv) responsables et (v) échéances de mise en œuvre ; 4. Un rapport mensuel d'analyse des données SIS est produit	1. PV de réunions hebdomadaires, avec listes de présences classés 2. Rapports mensuels d'activités classés 3. Rapports mensuels d'analyse des données SIS 4. Preuve de transmission des documents ci-dessus au BPS (Registre de transmission visé ou copies de courrier électroniques) 5. PV de validation du CPVV	L'indicateur est coté: ▪ 0 si 2 critères ne sont pas remplis, ▪ 10 si 1 critère n'est pas rempli ▪ 25 si tous les critères sont remplis Max : 25 Pts		

		chaque mois. Il comprend (i) le suivi des recommandations précédentes, (ii) l'évolution d'au moins 5 des principaux indicateurs, (iii) les problèmes relevés, (iv) les actions correctrices proposées avec (v) responsables et (vi) échéances de mise en œuvre 5. Le MCD et le chargé du SIS participent aux réunions mensuelles de validation du CPVV.				
--	--	---	--	--	--	--

2	Au moins 80% des activités planifiées ont été totalement exécutées pour le trimestre évalué	1. 15 jours avant la fin du trimestre, le calendrier d'activités du trimestre suivant (en cohérence avec le plan d'action annuel validé par la DGP) a été transmis au BPS, y compris le calendrier de supervisions et le calendrier de réunions 2. Le CoGesDi a constaté, lors de sa réunion trimestrielle, que les activités totalement exécutées représentent au moins 80% des activités planifiées 3. Les indicateurs de résultats prévus dans le plan d'action annuel sont systématiquement passés en revue dans le rapport trimestriel de suivi des activités.	1. Calendrier validé avec liste de présence de la réunion d'adoption du PAA (avec participation de tous les acteurs) 2. PV de la réunion du CoGesDi 3. Preuve de transmission des documents ci-dessus au BPS (registre de transmission visé ou courrier électronique)	L'indicateur est coté: ▪ 0 si 1 critère n'est pas rempli, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10Pts		
---	--	--	--	--	--	--

3	Un rapport trimestriel d'activités est produit par l'ECD, présenté à la réunion trimestrielle de suivi, validé par le Conseil de Gestion du District	1. Le rapport trimestriel d'activités a été transmis au BPS dans les 15 jours suivant la fin du trimestre. Il comprend : 2. Le niveau de réalisation de chacune des activités planifiées, ainsi que les activités non planifiées mais réalisées ; 3. Le niveau d'exécution de toutes les recommandations des réunions de l'ECD ; 4. Les problèmes relevés pendant la mise en œuvre des activités ; 5. Les solutions proposées à chacun desdits problèmes avec désignation d'un responsable et échéance de mise en œuvre.	1. Rapport trimestriel d'activités classé 2. Preuve de transmission dudit rapport au BPS (registre de transmission visé ou courrier électronique) 3. PV de la réunion du Comité de Gestion du District accompagné de la liste de présence	L'indicateur est coté: 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
---	---	---	--	--	--	--

4	L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités	1. Le Plan d'action semestriel de chaque formation sanitaire est en cohérence avec son plan d'action annuel ; et un feed-back a été transmis par l'ECD aux FOSA avec copie au BPS ; 2. Le Médecin Chef de District et le gestionnaire participent à chacune des réunions mensuelles de monitoring de l'hôpital de district ; 3. Au moins un cadre de l'ECD participe à l'une des réunions mensuelle des centres de santé pendant le trimestre évalué ; 4. L'ECD a élaboré et transmis au BPS une synthèse des rapports mensuels d'activités des FOSA pour le trimestre évalué ; 5. Les feed-back sur les rapports d'activités (y compris les rapports sur la gestion des ressources) ainsi que les rapports de supervisions ont été présentés lors de la réunion trimestrielle de coordination.	1. Plans d'action Semestriels des Fosa 2. Feed sur les PAS et les rapports d'activités des Fosas 3. PV des réunions trimestrielles de coordination 4. Preuves de transmission des documents ci-dessus au BPS (registre de transmission visé ou courrier électronique) 5. PV des réunions mensuelles des Fosas avec listes de présences	L'indicateur est coté: ▪ 0 si 2 critères ou plus ne sont pas remplis, ▪ 5 si 1 critère n'est pas rempli ▪ 15 si tous les critères sont remplis Max : 15 Pts		
---	---	---	--	--	--	--

5	Le suivi de la gestion des ressources humaine et financière des fosas du DS est effectif	1. Une copie du calendrier de congé du personnel de chaque formation sanitaire est classée au BDS, avec des indications sur les mécanismes d'intérim ; 2. Les fiches de suivi des paiements des FOSA dans le cadre du FBP et de la CAM sont mises à jour chaque mois ; 3. Les copies de l'outil Indice de l'hôpital et des CDS des 3 derniers mois sont disponibles.	1. Documents classés au BDS 2. Preuve de transmission des fiches de suivi du paiement FBP et CAM aux Formations sanitaires et au BPS	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
6	La gestion financière et comptable du bureau de district respecte les bonnes pratiques	1. Les livres de caisse (une caisse par compte) et les livres de banque sont complets, à jour, sans surcharge ni rature ; 2. Le rapprochement bancaire mensuel a été effectué ; 3. Chaque dépense est justifiée par un document d'autorisation visé ; 4. Le suivi de la caisse (inventaire de caisse) a été fait au moins une fois par mois ; 5. Le BDS, y compris la pharmacie de district, disposent d'un fichier de suivi des dettes ;	1. Documents comptables classés et à jour 2. Procès-verbal de suivi des caisses signé 3. Rapport trimestriel d'activité 4. Procès-verbal d'inventaire signé 5. Rapport financier y	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli ▪ 15 si tous les critères sont remplis		

		6. Le BDS y compris la pharmacie de district, disposent d'un fichier de suivi des créances ; 7. Un rapport financier a été transmis chaque mois au BPS av suivant le canevas élaboré par la DGR ; 8. Un rapport de suivi de l'exécution budgétaire a été élaboré et transmis au BPS 9. Les données de l'outil Indice du BDS du trimestre précédent concordent avec celles du rapport financier	compris le suivi budgétaire respectant le canevas élaboré par la DGR 6. Outil d'indice archivé respectant le canevas élaboré par la CT-FBP 7. Preuve de transmission au BPS des documents ci-dessus (registre de transmission visé ou courrier électronique)	Max : 15 Pts		
--	--	--	---	---------------------	--	--

7	La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	1. Une fiche d'une page au maximum résume les règles de mise en marche et d'utilisation de chaque appareil utilisé au BDS ; 2. Une fiche de suivi de la maintenance est élaborée et mise à jour pour chaque équipement, matériel informatique et véhicule ; 3. Les dates de maintenance préventives prévues sur les fiches de maintenance sont respectées à 2 semaines près ; 4. Un carnet de bord à jour est disponible pour chaque véhicule ; 5. Un registre d'utilisation des photocopieuses existe et est mis à jour. Il précise pour chaque utilisation le demandeur et le nombre de pages ; 6. Les ordinateurs du BDS sont dotés d'un anti-virus à jour ; 7. Le BDS possède un disque dur externe. Le back-up (sauvegarde des données sur un disque dur externe) des données de leurs ordinateurs a été fait au moins une fois dans les 2 semaines précédant l'évaluation.	1. Visite des bureaux et observation par les évaluateurs 2. Ordinateurs du Chef de District, du gestionnaire et des superviseurs 3. Calendrier de maintenance préventive classé 4. Carnets de bords des véhicules et fiches de maintenance 5. Registre d'utilisation de la/des photocopieuse(s)	L'indicateur est coté: ▪ 0 si un critère n'est pas rempli, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
---	--	---	--	---	--	--

8	La gestion des ressources humaine du BDS respecte les bonnes pratiques	1. Les cadres et les agents de collaboration du BDS ont élaboré chacun un emploi du temps mensuel pour la période évaluée ; 2. Le calendrier de congé du personnel est élaboré et respecté ; les mécanismes d'intérim sont prévus ; 3. Les arrivées et sorties du personnel sont enregistrées dans un registre de présence mis en place à cet effet ; 4. La cotation des agents du BDS est discutée au cours d'une réunion de service au moins une fois par trimestre (la note est attribuée par le MCD) ; 5. Le Médecin Chef de District a rencontré au moins une fois pendant le trimestre chaque membre de l'ECD pour un entretien de fonction (les points forts et points faibles sont discutés pendant cet entretien, ainsi que ses besoins en renforcement de capacités).	1. Calendrier des congés et emplois du temps classés et/ou affichés 2. Registre de présence 3. PV d'entretiens de fonction respectant le canevas de la DRH 4. Copies de l'outil d'indice classées 5. Modules de formations, PV des sessions de formations et de réunions de services accompagnés des listes de présence	L'indicateur est coté: ▪ 0 Si 2 critères ne sont pas remplis, ▪ 5 si 1 critère n'est pas rempli ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
---	--	---	---	--	--	--

9	La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée	1. Un calendrier de formations validé par l'ECD est inclus dans le plan d'action trimestriel ; 2. Le calendrier de formation est exécuté à au moins 80% ; 3. Le suivi des personnes formées pendant le trimestre évalué est programmé dans le calendrier de supervisions du trimestre suivant.	1. PAT 2. Rapports de formations 3. Calendrier de supervision 4. Preuves de transmissions des documents au BPS (registre de transmission visé ou courriers électroniques)	L'indicateur est coté: 0 si 1 critère n'est pas rempli, 5 si tous les critères sont remplis Max : 5 Pts		
10	Le cadre de travail est propre et les règles d'hygiène respectées	1. Les toiles d'araignées ne sont visibles dans aucun bureau ; 2. Chaque bureau est doté d'au moins un panier poubelle ; 3. Toutes les toilettes sont (i) propres, (ii) sans mauvaises odeurs, (iii) avec des Robinets et pots de toilettes en bon état (pas de fuite) ; 4. Les fenêtres sont protégées et les rideaux propres ; 5. Les documents sont bien rangés et étiquettes dans tous les bureaux ; 6. Les versions électroniques des rapports consultés pendant l'évaluation de l'UP sont correctement classées.	Visite des bureaux et observation par les évaluateurs	L'indicateur est coté: 0 si un critère n'est pas rempli 5 si tous les critères sont remplis Max : 5 Pts		

11	La pharmacie du BDS approvisionnement régulier et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables	1. Le Fond de roulement de la pharmacie pour la période évaluée est supérieur ou égal au FdR du trimestre précédent ; 2. Aucune rupture de stock de médicament traceur n'est objectivée pendant le trimestre évalué (Le stock de sécurité est disponible pour chacun des médicaments traceurs) ; 3. Pour chaque commande des formations sanitaires, le taux de satisfaction totale des produits traceurs de 100% ; 4. Pour chaque commande des formations sanitaires, le taux de satisfaction partielle de l'ensemble des produits sollicités est inférieur ou égal à 20% Fonds de Roulement = Valeur stock + Valeur de le Trésorerie + Créances – Dette Taux de satisfaction totale des commandes (TSTC) en % = Nb de produits livrés en qté égale à la quantité commandée Nb de produits commandés Idéalement, ce taux doit être égal à 100%. Taux de satisfaction partielle (ou de non-satisfaction) des commandes (TSPC) en % = Nb de produits livrés en qté inférieure à la qté commandée x100 Nb de produits commandés Idéalement, ce taux doit être égal à 0%.	1. Fiches d'inventaires visées précisant les dates d'inventaires 2. Bons de commande 3. Bons de livraison visés par au moins 2 membres du comité de réception 4. Livre de caisse et de banque pour la trésorerie 5. Fichier de suivi des dettes de la pharmacie de district 6. Fichier de suivi des créances de la pharmacie de district	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli, ▪ 30 si tous les critères sont remplis Max : 30 Pts		
----	--	---	--	--	--	--

12	Les mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels	1. L'ambulance est fonctionnelle pendant au moins 25 jours par mois ; 2. Au moins 80% des problèmes identifiés lors de la dernière évaluation ont été résolus ; 3. Le système de communication (Flotte/Phonie) entre les centres de santé et l'hôpital de district a fonctionné 30 jours par mois pendant la période évaluée	1. Tableau de bord précisant l'infirmier accompagnateur pour chaque sortie 2. Rapport de la réunion de l'ECD accompagnée de la liste de présence 3. Factures de téléphone de la période évaluée et liste des numéros de téléphones des Fosa si flotte, registres d'appels si phonie	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
13	Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'Hôpital de District	1. Le Médecin Chef de District et au moins 3 autres cadres du BDS participent à au moins l'une des séances d'audit clinique et/ou d'audit des décès maternels par mois 2. Le suivi des recommandations de tous les audits cliniques et audits de décès sont systématiquement inscrits à l'ordre du jour des réunions de l'ECD pour suivi.	1. PV des séances d'audits accompagnés des listes de présence 2. Rapports des audits visés 3. Rapports de réunions de l'ECD	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli, ▪ 15 si tous les critères sont remplis Max : 15 Pts		

II. SUPERVISIONS						
14	Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité	1. Un calendrier de descentes sur le terrain est annexé au Plan d'Action trimestriel d'activités ; 2. Au moins 80% des supervisions intégrées (descentes sur le terrain) des formations sanitaires planifiées suivant les normes sont réalisées ; 3. Pour chacune des supervisions effectuées, un feed-back immédiat a été fait et cosigné (supervisés et superviseurs) ; 4. Pour chacune des supervisions effectuées un rapport a été rédigé selon le canevas du MSPLS et transmis aux structures visitées sous huitaine ; 5. Les rapports incluent au moins (i) Les activités à superviser, (ii) les objectifs de la supervision, (iii) le suivi des engagements pris lors de la supervision précédente; (iv) les problèmes soulevés par le personnel supervisé (v) les points forts et les points faibles identifiés, (vi) les recommandations formulées, y compris les responsables et délais de mise en œuvre (vii) la liste des personnes supervisées/rencontrées.	1. Calendrier trimestriel d'activités classé 2. Document manuscrit reprenant les recommandations du feed-back immédiat, visé par les supervisés 3. Rapports d'activités et rapports de supervisions 4. Preuve de transmission du calendrier et des rapports de supervision : Registre de transmission visé ou courrier électronique)	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli, ▪ 20 si tous les critères sont remplis Le critère 4 est pas validé lorsque tous ses sous critères le sont Max : 20 Pts		

III. PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE						
15	Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire	1. Au moins 70% des présidents de comités de santé participent à la réunion trimestrielle de coordination du district ; 2. La synthèse des recommandations des enquêtes communautaires est présentée au moins une fois par semestre à l'Equipe Cadre de District/Comité de Pilotage du District ; 3. Les membres du réseau des acteurs communautaires œuvrant dans le district se sont réunis au moins une fois pendant le trimestre évalué ou le trimestre précédent ; 4. Le comité de pilotage du district sanitaire s'est réuni au moins une fois pendant le trimestre évalué ou le trimestre précédent.	1. PV de réunions avec listes de présences classés 2. Rapports mensuels d'activités classés 3. Preuve de transmission (registre de transmission ou courriers électroniques) objectivant l'envoi des invitations aux participants et la transmission des rapports et PV mentionnés ci-dessus au BPS	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		

1) Problèmes prioritaires identifiés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Actions urgentes d'amélioration (recommandations) proposées

[illegible]

39. Grille d'évaluation trimestrielle de la performance du BPS

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

GRILLE D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA PERFORMANCE DU BUREAU PROVINCIAL DE LA SANTE

Trimestre évalué :

Date :

Province Sanitaire :

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus
X. Coordination et gestion des ressources	105	
XI. Supervision et accompagnement du niveau opérationnel	40	
XII. Inspection et contrôle	55	
TOTAL	200	
MOYENNE DES SCORES DE PERFORMANCE DES BDS		
Performance globale en % : $Score = A+B$ ($A = \% \text{ obtenu par le BPS pendant l'évaluation pour } 80\%$, $B = \% \text{ moyen des scores des BDS pour } 20\%$)		

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUATEURS	FONCTION	SIGNATURE
1			
2			
3			

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUES	FONCTION	SIGNATURE
1			
2			
3			
4			

	RESULTAT/ PRODUIT	INDICATEURS ET CRITERES D'EVALUATION	SOURCE DE VERIFICATION	INDICATION POUR LA COTATION	POINTS OBTENUS	OBSERVATIONS
I. COORDINATION ET GESTION DES RESSOURCES						
1	Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels	1. Un feed-back est transmis par le BPS à chaque BDS sur la cohérence de son calendrier trimestriel d'activités avec le plan d'action annuel validé ; 2. Le Médecin Directeur de la province sanitaire et le gestionnaire participent personnellement à toutes les réunions trimestrielles de coordination des districts de santé ; 3. Au moins un cadre du BPS participe à l'une des réunions mensuelles d'analyse des données SIS de chaque district pendant le trimestre évalué ; 4. Le BPS élabore et transmet aux BDS un feed-back sur le rapport des activités du trimestre évalué, puis le classe aux archives ; 5. Le rapport trimestriel d'activités de la province est élaboré dans le quinzième jour du deuxième mois suivant la fin du trimestre évalué, présenté au CPSD et adopté ; 6. Le rapport trimestriel d'activité respecte le	1. Copie du plan d'action de chaque District (y compris l'HD) classée au BPS avec preuve de transmission à la DGP 2. Réception du feed-back par un agent du BDS qui a visé le registre de transmission ou courrier électronique 3. PV de la réunion de coordination de chaque DS 4. Preuve de transmission des documents ci-dessus à la DGSSLS	L'indicateur est coté: ▪ 0 si > 2 critères ne sont pas remplis ▪ 7 si 1 ou 2 critères ne sont pas remplis ▪ 15 si tous les critères sont remplis Max : 15 Pts		

		canevas élaboré par la DGSSLS.				
2	Une réunion du CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué	1. La réunion du CPSD provincial est planifiée dans le calendrier trimestriel du BPS ; 2. Les invitations, l'agenda et les documents de travail sont transmis aux participants au moins 3 jours avant la date prévue ; 3. Les feed-back sur les rapports d'activités des BDS (y compris les rapports sur la gestion des ressources) ainsi que les rapports de supervisions sont présentés lors au CPSD provincial ; 4. Le CPSD provincial a évalué l'exécution du calendrier d'activités du trimestre précédent et constaté qu'au moins 70% des résultats ont été atteints par BDS ; 5. Les rapports financiers des Districts sanitaires et du BPS sont présentés (suivant le format fourni par le niveau central) au CPSD et validés.	1. Calendrier trimestriel des activités du BPS 2. Rapports d'activités et rapports financiers (BPS et DS) 3. PV des réunions du CPSD avec liste de présence 4. Preuve de transmission (i) des invitations et des documents de travail (Registre de transmission ou Email) (ii) de tous les documents ci-dessus à la DGSSLS	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas remplis, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		

3	La gestion financière et comptable du Bureau Provincial de la Santé respecte les bonnes pratiques	1. Les livres de caisse (une caisse par compte) et les livres de banque sont complets et à jour ; 2. Le rapprochement bancaire mensuel est effectué ; 3. Chaque dépense est justifiée par un document d'autorisation de dépense ; 4. Le suivi de la caisse (inventaire de caisse) est au moins une fois chaque mois ; 5. Le suivi de l'exécution budgétaire du BPS a été effectué pour le trimestre évalué suivant le canevas fourni par la DGR et validé par le CPSD provincial	1. PV de clôture de caisse par le gestionnaire 2. PV de contrôle de caisse par le BPS (au moins une fois par mois) 3. Rapport de suivi budgétaire et PV de la réunion du CPSD 4. Preuve de transmission des documents ci-dessus à la DGR/DBA	L'indicateur est coté: 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli 15 si tous les critères sont remplis Max : 15 Pts		
4	La transmission des factures et le suivi des paiements dans le cadre du Financement Basé sur la Performance	1. Les factures consolidées tirées de la base web sont transmises à la CT-FBP au plus tard le 22ème jour ouvrable du mois suivant le mois vérifié ; 2. Une fiche de suivi trimestriel des paiements FBP et CAM de toutes les structures de santé est élaborée, transmises aux BDS et archivée ;	1. Classement du BPS 2. Fiche de suivi des paiements FBP et CAM 3. Preuve de transmission (Registre de transmission visé ou courrier	L'indicateur est coté: ▪ 0 si 1 critère n'est pas rempli		

	sont effectués par le Bureau Provincial de la Santé	3. Une copie électronique et une copie imprimée de l'outil d'indice du BPS et de chaque BDS pour le trimestre précédent sont archivées ; 4. Un feed-back sur les factures validées, l'outil d'indice et les rapports financiers des districts sanitaires est transmis à chaque District Sanitaire après la réunion de validation du CPVV.	électronique) i. De la fiche de suivi à la CT-FBP et aux DS ii. du feedback aux BDS	▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
5	La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée	1. Un calendrier de formation des agents du BPS est annexé au plan d'action trimestriel et exécuté au moins à 80% ; 2. Un calendrier trimestriel de renforcement des capacités de la province est élaboré à partir des calendriers des districts sanitaires et du BPS ; 3. Le BPS s'est assuré de l'exécution à au moins 80% du calendrier des formations de chaque district sanitaire et leur adresse un feed-back.	1. Calendrier trimestriel d'activité du BPS 2. Copies des calendriers BDS 3. Rapport trimestriel d'activités 4. Preuve de transmission (registre de transmission ou courrier électroniques à la DGSSLS des documents ci-dessus	L'indicateur est coté: ▪ 0 si 1 critère n'est pas rempli, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		

6	Le cadre de travail est propre et les règles d'hygiène respectées	1. Les toiles d'araignées ne sont visibles dans aucun bureau ; 2. Chaque bureau est doté d'au moins un panier poubelle ; 3. Toutes les toilettes sont propres, sans mauvaises odeurs et fermées à clé (clé disponible au secrétariat) ; 4. Les Robinets et pots de toilettes sont en bon état (pas de fuite) ; 5. Toutes les ampoules sont fonctionnelles ; 6. Les fenêtres sont protégées (pas de vitres cassées) et les rideaux propres.	Observation du BPS par les évaluateurs	L'indicateur est coté: ▪ 0 Si au moins 1 critère n'est pas rempli ▪ 5 si tous les critères sont remplis Max : 5 Pts		
---	---	--	--	---	--	--

7	La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	1. Une fiche d'une page au maximum résume les règles de mise en marche et d'utilisation de chaque appareil ou véhicule utilisé au BPS ; 2. Une fiche de suivi de la maintenance est élaborées et mise à jour pour chaque équipement, matériel informatique et véhicule ; 3. Les dates de maintenance préventives prévues sur les fiches de maintenance sont respectées à 2 semaines près ; 4. Un carnet de bord à jour est disponible pour chaque véhicule ; 5. Un registre d'utilisation des photocopieuses du secrétariat existe et est mis à jour. Il précise pour chaque utilisation de la photocopieuse le demandeur et le nombre de pages ; 6. Les ordinateurs du BPS sont dotés d'un anti-virus à jour.	1. Observation du BPS par les évaluateurs; 2. Calendrier de maintenance annexé au programme trimestriel d'activités; 3. Carnets de bord des véhicules 4. Divers registres	L'indicateur est coté: ▪ 0 Si > 2 critères ne sont pas remplis, ▪ 5 si deux critères ne sont pas remplis, ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
---	--	--	---	---	--	--

8	La gestion des ressources humaine du BPS respecte les bonnes pratiques	1. Les cadres et les agents de collaboration du BPS ont élaboré chacun un emploi du temps mensuel pour la période évaluée ; 2. Le calendrier de congé annuel du personnel est élaboré, mis à jour, respecté et les mécanismes d'intérim prévus ; 3. Le registre de présence du personnel du BPS est à jour au moment de l'évaluation ; 4. La cotation des agents du BPS est discutée (la note est attribuée par le MDP) au cours d'une réunion de service, au moins une fois par trimestre ; 5. Le Médecin Directeur de la province Sanitaire a rencontré au moins une fois pendant le trimestre chaque cadre, agent de collaboration et personnel d'appui du BPS pour un entretien de fonction (ses points forts et points faibles sont discutés pendant cet entretien, ainsi que ses besoins en renforcement de capacités).	1. Emplois du temps, calendrier de congé, notes d'intérim, 2. Registre de présence à jour 3. PV d'entretiens de fonctions respectant le modèle fourni par la DRH visé par le MDP et classés 4. PV des réunions des services	L'indicateur est coté: ▪ 0 Si au moins 2 critères ne sont pas remplis ▪ 5 si un critère n'est pas rempli ▪ 10 si tous les critères sont remplis Max : 10 Pts		
---	--	--	---	---	--	--

9	Administration et relations publiques	1. L'Equipe du BPS se réunit au moins une fois par semaine sous la présidence effective (présence exigée) du Médecin Directeur de la province sanitaire ; 2. 80% des cadres et agents de collaboration sont présents à chacune de ces réunions hebdomadaires ; 3. Chacun des points suivants est inscrit au moins une fois par mois à l'ordre du jour de l'une de ces réunions: (i) l'organisation et le fonctionnement du BPS, (ii) Le suivi des activités des Equipes Cadres de District, (iii) l'analyse des recommandations des supervisions effectuées ainsi que des évaluations de la qualité des soins dans les centres de santé et les hôpitaux de district (iv) la préparation des réunions du CPVV et du CPSD provincial, (v) l'analyse des rapports mensuels et des rapports SIS des districts sanitaires ; 4. Chaque rapport de réunion comprend: (i) le suivi des recommandations précédentes, (ii) les problèmes relevés, (iii) les actions proposées avec (iv) responsables et (v) échéances de mise en œuvre ;	1. PV de réunions hebdomadaires 2. PV des réunions du CPVV 3. Listes de présences pour chacune de ces réunions 4. Copie archivée des rapports SIS et preuve de transmission à la DSNIS (Registre de transmission visé ou courrier électronique)	L'indicateur est coté: ▪ 0 Si > 2 critères ne sont pas remplis, ▪ 5 si un ou deux critères ne sont pas remplis, ▪ 20 si tous les critères sont remplis Les critères (3, 4 et 5) ne sont pas remplis lorsque l'un de leurs sous critères		
---	---------------------------------------	--	---	--	--	--

		5. Un rapport trimestriel de l'analyse des données SIS du trimestre précédent est produit. Il comprend (i) le suivi des recommandations précédentes, (ii) l'évolution d'au moins 5 des principaux indicateurs, (iii) les problèmes relevés, (iv) les actions proposées avec (v) responsables et (vi) échéances de mise en œuvre ; 6. Le Médecin Directeur de la province Sanitaire a participé à chaque réunion du Comité Provincial de Vérification et de Validation.		respectifs ne l'est pas Max : 20 Pts		
II. SUPERVISION ET ACCOMPAGNEMENT DU NIVEAU OPERATIONNEL						
10	Supervision des BDS et HD est assurée	1. Au moins 80% des supervisions planifiées sont réalisées, parmi lesquelles : (i) Une Supervision technique intégrée de chaque BDS au moins 1 fois tous les deux mois (ii) Une supervision technique intégrée de chaque hôpital de district au moins une fois tous les deux mois (iii) Une Supervision de la gestion des médicaments et autres intrants pharmaceutiques des districts au moins une fois les deux mois (iv) Une Supervision technique du volet communautaire de chaque District de Santé	1. Calendrier trimestriel de supervision annexé au d'activités du BPS 2. Feed-back immédiat des supervisions visés par les superviseurs et les supervisés 3. Rapports de supervisions avec preuve de transmission aux supervisés et à la DGSSLS	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 2 critères ne sont pas		

		au moins 1 fois par trimestre ; 2. Pour chacune des supervisions effectuées, (i) un feed-back immédiat a été fait et consigné, (i) un rapport rédigé et transmis aux structures visitées sous huitaine ; 3. Les rapports incluent au moins (i) Le thème de la supervision, (ii) le suivi des recommandations de la supervision précédente; (iii) les problèmes identifiés, (iv) les démonstrations effectuées, (v) les recommandations formulées et les actions envisagées, y compris les responsables et délais de mise en œuvre (vi) la liste des personnes supervisées/rencontrées, (vii) les dates proposées pour les prochaines visites.		remplis, ▪ 10 si 1 critère n'est pas rempli, ▪ 40 si tous les critères sont remplis Chaque critère n'est rempli que lorsque tous les sous critères sont validés Max : 40 Pts		
--	--	--	--	---	--	--

III. INSPECTION						
11	Le fonctionnement des pharmacies privées, l'hygiène et l'assainissement des lieux publics (Prisons, églises, écoles, marchés, bars et restaurants, hôtels,...) et industriels, est conforme à la réglementation en vigueur	1. Un calendrier trimestriel a été élaboré pour l'inspection (i) des pharmacies, (ii) formations sanitaires privées, (iii) de l'hygiène et assainissement des lieux publics ; 2. Ce calendrier qui indique les lieux, les dates et les personnes responsables desdites inspections est transmis au Gouverneur de Province, avec des copies transmises à la DGSSLS et à l'Inspection Générale du MSPLS ; 3. 80% au moins des inspections planifiées ont été réalisées en respectant les grilles et instructions transmises par l'Inspection Générale de la Santé ; 4. Un rapport trimestriel des inspections est transmis au Gouverneur avec copie au DGSSLS et à IGSSLS, reprenant la synthèse (i) des problèmes identifiés pendant les inspections, (ii) des actions envisagées au niveau provincial, (iii) des recommandations formulées.	1. Calendrier trimestriel d'activités, rapports de missions et rapport trimestriel d'inspection respectant le canevas 2. Accusés de réception (ou registre de transmission) visé par l'Inspection Générale de la Santé/courriers électroniques	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli ▪ 20 si tous les critères sont remplis Max : 20 Pts		

12	Le contrôle de la gestion des ressources est effectif	1. Au moins une mission de contrôle de la gestion financière est effectuée par district sanitaire (BDS, HD et au moins un CDS) pour la période évaluée ; 2. Les fichiers du personnel, y compris les états de besoins sont mis à jour au moins une fois par trimestre après contrôle, suivant les instructions de la Direction des Ressources Humaines ; 3. L'inventaire des infrastructures et équipements est effectué au troisième trimestre par le BPS dans chaque district, la base de données et les états de besoins mis à jour suivant les instructions de la Direction des Infrastructures et Equipement.	1. Rapports de missions, fichiers du personnel et liste des infrastructures et équipement dans le classement du BPS 2. Registre de transmission (ou courrier électronique) visé par la DGSSLS, la DGR et l'IGSSLS	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 1 critère n'est pas rempli ▪ 15 si tous les critères sont remplis Max : 15 Pts		
----	---	---	---	---	--	--

13	La qualité des services et des activités de chaque CDS de la province est évaluée au moins une fois pendant le trimestre suivant un calendrier annexé au calendrier trimestriel d'activité du BPS	1. Un calendrier trimestriel ; a. des évaluations de la qualité des services dans chacun des centres de santé de la province est élaboré en collaboration avec l'ONG responsable ; b. des évaluations des activités de lutte contre la maladie et de promotion de la santé est élaboré, une copie transmise à la DGSSLS (toutes les formations sanitaires ne sont pas nécessairement évaluées chaque trimestre) ; 2. Les rapports des évaluations sont transmis aux centres de santé concernés avec copie au BDS et au CPVV ; 3. Ces rapports d'évaluations de la qualité des soins ou des activités verticales reprennent au moins (i) la note obtenue, (ii) les problèmes relevés, (iii) les actions recommandées pour la résolution de ces problèmes.	1. Calendrier et rapport d'activités dans le classement du BPS 2. Preuve de transmission (registre de transmission visé ou courriers électroniques) des documents	L'indicateur est coté: ▪ 0 si au moins 2 critères ne sont pas remplis ▪ 10 si 1 critère n'est pas rempli, ▪ 20 si tous les critères sont remplis Max : 20 Pts		
----	---	---	---	--	--	--

1) Problèmes prioritaires identifiés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Actions urgentes d'amélioration (recommandations) proposées

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

40. Grille d'évaluation de la performance du CPVV**REPUBLIQUE DU BURUNDI****MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA****DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

Grille d'évaluation trimestrielle de la performance du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV)

Services évalués :	Points disponibles	Points obtenus
TOTAL	200	

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUATEURS	FONCTION	SIGNATURE

N°	NOM ET PRENOM DES EVALUES	FONCTION	SIGNATURE

	Activités	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points obtenus	Justification de la cotation
1	Négociation et signature des contrats avec les formations sanitaires	1) Contrats avec les formations sanitaires signés à temps (au plus tard 15 jours suivant l'expiration du contrat précédent) 2) Toutes les FOSA contractualisées remplissent les critères d'éligibilité tels que définis dans le Manuel de Procédures 3) Disponibilité et classement de tous les contrats des formations sanitaires au niveau du CPVV 4) Transmission à la CT-FBP de la liste synthétique actualisée des FOSA contractualisées : liste transmise trimestriellement et chaque fois qu'il y a changement	Tous les critères remplis =15 Si un critère manque=0 Max : 15 Pts		
2	Assurer la vérification des données quantitatives dans le cadre du FBP des FOSA	1) Disponibilité des factures mensuelles dûment remplies, vérifiées et signées par l'équipe de vérificateurs et le responsable de la FOSA (100% de FOSA) 2) PV synthétique de vérification contenant au moins : a) La méthodologie utilisée dans la vérification b) La documentation des écarts observés dans les données c) Les points forts observés d) Les difficultés rencontrées	Tous les critères remplis pour 1 mois =10 Si un critère manque pour 1 mois = 0 Max= 30 Pts		
3	Assurer la validation des données vérifiées par l'équipe technique du CPVV	1) Les données sont saisies dans la Base Web pour 100% de FOSA au moins 24h avant la tenue de la réunion de validation 2) PV de la réunion mensuelle de validation des données respectant le canevas et transmis annexé à la facture au BPS 3) Factures consolidées (3 mois) transmises au BPS pour signature et envoi à la CT-FBP dans les délais définis dans le Manuel de Procédures 4) Feedback aux FOSA sur les changements survenus lors de la validation, les observations et les principales résolutions de la réunion de validation (<i>avec accusé de réception</i>)	Tous les critères remplis pour un mois= 15 Si un critère manque pour 1 mois=0 Max= 45 Pts		

4	Assurer le suivi de l'effectivité de paiement des FOSA de la province	Disponibilité d'une fiche synthétique de suivi trimestriel des paiements des FOSA indiquant : 1. le nom de la FOSA 2. les montants reçus 3. les périodes concernées 4. les dates de versements aux comptes des structures concernées 5. calcul des écarts entre les montants payés et les montants effectivement reçus	Tous les critères remplis= 25 Si un critère manque=0 Max : 25 Pts		
5	Organisation et suivi des activités de vérifications communautaires	1) Activités de vérifications communautaires planifiées et intégrées dans le Plan d'activités annuel du CPVV, indiquant notamment : a. le calendrier des activités de vérifications communautaires et d'analyse des résultats b. les ressources nécessaires 2) Le tirage de l'échantillon a été effectué selon la méthodologie décrite dans le Manuel de Procédures du FBP pour le trimestre précédent (avec PV) 3) Rapport de suivi de la mise en œuvre des recommandations de la réunion d'analyse des résultats de la vérification communautaire précédente, indiquant au moins : a. les recommandations/décisions des réunions précédentes b. les acteurs responsables de leur mise en œuvre c. l'échéance pour chaque action d. l'état des lieux pour chaque action e. observations 4) Rapport transmis à la CT-FBP au cours du trimestre évalué	Tous les critères remplis=35 Critère 1) rempli=5 Critère 2) rempli=15 Critère 3) et 4) remplis=15 Max= 35 Pts		

6	Assurer le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau provincial	Disponibilité : 1) du Plan trimestriel d'Activités en adéquation avec les Termes de Référence du CPVV (au moins une activité réaliste/pratique est planifiée pour chaque tâche définie dans les TDR du CPVV) 2) d'une fiche de suivi mensuelle de la consommation du budget provincial 3) d'un document d'analyse des performances des FOSA dans l'exécution des Plans d'Action semestriels objet de contrat 4) d'un rapport d'au moins une mission conjointe (avec BPS et/ou BDS) sur terrain effectué au cours du trimestre évalué 5) d'un rapport trimestriel de suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau provincial, transmis à la CT-FBP, avec copies aux BPS et BDS au cours du trimestre évalué	Chaque critère rempli=10 Tous les critères remplis = 50 Max=50 Pts		
	TOTAL		200		
		Performance globale	%		

1) Problèmes prioritaires identifiés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

41. Grille d'évaluation trimestrielle des Ecoles paramédicales de Bururi, Ngozi et Cankuzo

Nom de l'Etablissement :

Date de vérification :

Nom et prénom de l'Evaluateur 1 :

Nom et prénom de l'Evaluateur 2 :

Nom et prénom de l'Evaluateur 3 :

Nom et prénom du Facilitateur 1 :

Nom et prénom du Facilitateur 2 :

1. Hôpitaux répondant aux normes d'accueil des stagiaires

Nombre attendu par trimestre : 3

Critères d'évaluation
L'évaluation des hôpitaux se fait à travers des visites de terrains. Les services suivants doivent être disponibles au niveau de chaque hôpital: médecine, chirurgie avec bloc opératoire, pédiatrie, maternité, laboratoire. (Si deux services manquent, l'hôpital reçoit Zéro). Tout service disponible doit répondre aux critères suivants : (1) Pas plus de 10 stagiaires par service (2) 2 encadreurs ayant le profil requis par service : 1 médecin et 1 infirmier avec moins le niveau A2 et au moins deux laborantins A2 pour le laboratoire (3) Sauf pour le laboratoire, chaque service dispose du matériel et consommables de stage selon la liste suivante : 3 tensiomètres, 3 stéthoscopes médicales, 1 balance, 20 gants propres, 1 rouleau de coton hydrophile, 20 seringues avec aiguilles et 4 cathéters. Si un critère manque le service reçoit Zéro

Cotation hôpitaux de stage:**Points par hôpital de stage : 20****Points par service de l'hôpital : 4**

Services	Pondération	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 3
Médecine	4			
Pédiatrie	4			
Chirurgie	4			
Maternité	4			
Laboratoire	4			
Total	20			

Total des points obtenus pour les hôpitaux de stage = somme des points obtenus par hôpital =

2. Supervisions des terrains de stage au niveau des hôpitaux***Nombre attendu dans le trimestre : 36******Critères d'évaluation***

Il est prévu une supervision bimensuelle des terrains de stage au niveau de chaque hôpital. L'évaluation des supervisions se fait sur base des rapports de supervisions. Pour être valable la supervision doit répondre aux critères suivants :

- (1) Planifier la supervision (programme trimestriel)
 - (2) Rendre le calendrier disponible auprès des encadreurs des hôpitaux de stage
 - (3) Exécuter la supervision selon le calendrier prévu
 - (4) Rédiger le rapport de supervision en précisant les objectifs, le déroulement, les constats et les recommandations
 - (5) Suivre à chaque supervision les recommandations de la supervision précédente (à travers les différents rapports de supervision)
- Si un critère manque la supervision est notée Zéro

Cotation des supervisions hôpitaux de stage:**Points par supervision d'hôpital de stage : 5**

Pondération	Supervision 1	Supervision 2	Supervision 3	Supervision 4	Supervision 5	Supervision 6
5						

Pondération	Supervision 7	Supervision 8	Supervision 9	Supervision 10	Supervision 11	Supervision 12
5						

Pondération	Supervision 13	Supervision 14	Supervision 15	Supervision 16	Supervision 17	Supervision 18
5						

Pondération	Supervision 19	Supervision 20	Supervision 21	Supervision 22	Supervision 23	Supervision 24
5						

Pondération	Supervision 25	Supervision 26	Supervision 27	Supervision 28	Supervision 29	Supervision 30
5						

Pondération	Supervision 31	Supervision 32	Supervision 33	Supervision 34	Supervision 35	Supervision 36
5						

Total des points obtenus pour les supervisions des hôpitaux de stage = somme des points obtenus par supervision d'hôpital /4=

Pondération	Centre de santé 1	Centre de santé 2	Centre de santé 3	Centre de santé 4	Centre de santé 5	Centre de santé 6
10						
Total des points obtenus pour les centres de santé de stage = somme des points obtenus par centre de santé de stage =						

3. Supervisions des terrains de stage au niveau des CDS

Nombre attendu par trimestre : 72

Critères d'évaluation
Il est prévu une supervision bimensuelle des terrains de stage au niveau de chaque centre de santé. L'évaluation des supervisions se fait sur base des rapports de supervisions. Pour être valable la supervision doit répondre aux critères suivants : (1) Planifier la supervision (programme trimestriel) (2) Rendre le calendrier disponible auprès des encadreurs des CDS de stage (3) Exécuter la supervision selon le calendrier prévu (4) Rédiger le rapport de supervision en précisant les objectifs, le déroulement, les constats et les recommandations (5) Suivre à chaque supervision les recommandations de la supervision précédente (à travers les différents rapports de supervision) Si un critère manque la supervision est notée Zéro

Cotation des supervisions centres de santé de stage:

Points par supervision de centre de santé de stage : 5

Pondération	Supervision 1	Supervision 2	Supervision 3	Supervision 4	Supervision 5	Supervision 6	Supervision 7
5							

Pondération	Supervision 8	Supervision 9	Supervision 10	Supervision 11	Supervision 12	Supervision 13	Supervision 14
5							

Pondération	Supervision 15	Supervision 16	Supervision 17	Supervision 18	Supervision 19	Supervision 20	Supervision 21
5							

Pondération	Supervision 22	Supervision 23	Supervision 24	Supervision 25	Supervision 26	Supervision 27	Supervision 28
2,5							

Pondération	Supervision 29	Supervision 30	Supervision 31	Supervision 32	Supervision 33	Supervision 34	Supervision 35
2,5							

Pondération	Supervision 36	Supervision 37	Supervision 38	Supervision 39	Supervision 40	Supervision 41	Supervision 42
2,5							

Pondération	Supervision 43	Supervision 44	Supervision 45	Supervision 46	Supervision 47	Supervision 48	Supervision 49
2,5							

Pondération	Supervision 50	Supervision 51	Supervision 52	Supervision 53	Supervision 54	Supervision 55	Supervision 56
5							

Pondération	Supervision 57	Supervision 58	Supervision 59	Supervision 60	Supervision 61	Supervision 62	Supervision 63
5							

Pondération	Supervision 64	Supervision 65	Supervision 66	Supervision 67	Supervision 68	Supervision 69	Supervision 70
5							

Pondération	Supervision 71	Supervision 72
5		

Total des points obtenus pour les supervisions des CDS de stage = somme des points obtenus par supervision de CDS/8 =

4. Effectif des élèves inscrits en première année

Nombre attendu dans le trimestre : 40

Critères d'évaluation
La vérification est faite sur la base du registre d'inscription. Pour être valable, l'effectif des élèves inscrits en première année ne doit pas dépasser 40 élèves. S'il y a plus de 40 élèves inscrits en première année, la note est zéro.

Cotation des effectifs d'élèves inscrits en 1^{ère} année:

Points pour le respect des effectifs inscrits en 1^{ère} année : 40

Pondération	Points obtenus pour le respect du nombre d'élèves inscrits en 1 ^{ère} année
40	

Total des points obtenus pour le respect des effectifs inscrits en 1^{ère} année (pas plus de 40 élèves) =

5. Effectif des enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles

Nombre attendu dans le trimestre : 8

Critères d'évaluation
L'évaluation est faite sur la base des dossiers du personnel. Pour être valable, l'effectif des enseignants permanents dans les matières fondamentales professionnelles est de 8
S'il y a moins de 8 enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles, la note est zéro.

Cotation des effectifs d'enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles:

Points pour le respect du nombre d'enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles : 40

Pondération	Points obtenus pour le respect du nombre d'enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles
40	

Total des points obtenus pour le respect du nombre d'enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles =

6. Prestation de cours théoriques

Nombre d'heures attendues dans le trimestre : 800

Critères
L'indicateur est vérifié à partir des fiches de relevées hebdomadaires des cours Si l'école preste moins de 750 heures, la note est zéro.

Cotation pour les prestations de cours théoriques

Points pour les prestations de cours théoriques : 40

Pondération	Points obtenus pour les prestations de cours théoriques dans le trimestre
40	

Total des points obtenus pour les prestations de cours théoriques dans le trimestre =

7. Encadrements pédagogiques

Nombre attendu par trimestre : 10

Critères d'évaluation
Le nombre d'enseignants ayant reçu un encadrement pédagogique dans le trimestre est relevé à partir des procès verbaux d'encadrement (PV). Pour être valable l'encadrement pédagogique répond aux critères suivants : (1) PV signé conjointement par l'enseignant et l'encadreur (2) L'encadreur est le préfet des études et ou le directeur de l'école paramédicale (3) L'enseignant enseigne des matières fondamentales ou professionnelles Si un critère manque l'encadrement pédagogique est noté Zéro

Cotation des encadrements pédagogiques:

Points par encadrement pédagogique : 2

Pondération	Encadrement 1	Encadrement 2	Encadrement 3	Encadrement 4	Encadrement 5
2					

Pondération	Encadrement 6	Encadrement 7	Encadrement 8	Encadrement 9	Encadrement 10
2					

Total des points obtenus pour les encadrements pédagogiques = somme des points obtenus par encadrement pédagogique =

8. Elaboration de modules ou unités d'apprentissage professionnelles (UAP)

Nombre attendu dans le trimestre : 1

Critères d'évaluation de l'UAP

Le document de module ou unité d'apprentissage professionnelle (UAP) constitue la source de vérification. Pour être valable le module ou unité d'apprentissage professionnelle (UAP) répond aux critères suivants :

- (1) Elaborer le tableau détaillé des liens de l'UAP ou du module avec les compétences
- (2) Elaborer les thèmes à traiter par les différents cours concernés
- (3) Elaborer l'agenda de l'UAP ou du module
- (4) Rédiger la situation d'entrée de l'UAP ou du module
- (5) Valider l'UAP ou module avec un rapport d'atelier de validation disponible

Si un critère manque l'UAP ou module est noté Zéro.

Cotation des modules ou UAP:

Points par modules ou UAP : 40

Pondération	Points pour le module ou UAP
40	

Total des points obtenus pour l'élaboration du module ou UAP =

9. Réunions pédagogiques tenues

Nombre attendu par trimestre : 2

Critères d'évaluation

La source de vérification pour les réunions pédagogiques est le procès verbal de réunions. Pour être valable la réunion pédagogique doit répondre aux critères suivants :

- (1) Etre programmée à l'avance selon un calendrier
- (2) Traiter d'au moins un thème de pédagogie
- (3) Avoir un quorum suffisant de participants (> 50%)
- (4) Rédiger le rapport de réunion en précisant l'ordre du jour, les participants et les décisions prises

Si un critère fait défaut la réunion pédagogique est notée Zéro

Cotation des réunions pédagogiques:**Points par réunion pédagogique : 10**

Pondération	Réunion pédagogique 1	Réunion pédagogique 2
10		

Total des points obtenus pour les réunions pédagogiques = somme des points obtenus par réunion pédagogique =

10. Plan trimestriel d'activités élaboré**Nombre attendu dans le trimestre : 1****Critères d'évaluation**

Hormis le plan annuel d'activités annuel, Il est attendu un plan trimestriel d'activités trimestriel par école. La source de vérification est le document de plan. Pour être valable le plan trimestriel d'activités doit répondre aux critères suivants :

- (1) Disposer d'un plan annuel d'activités
- (2) Utiliser un canevas de planification
- (3) Indiquer les stratégies de résolution des problèmes
- (4) Etablir un chronogramme des activités
- (5) Budgétiser le plan
- (6) Etablir les indicateurs d'évaluation
- (7) Evaluer le plan avec un rapport d'évaluation disponible

Si un critère fait défaut le plan trimestriel d'activités est notée Zéro

Cotation du plan trimestriel d'activités:**Points par plan trimestriel d'activités : 15**

Pondération	Points obtenues pour le plan trimestriel d'activités
15	

Total des points obtenus pour le plan trimestriel d'activités =

11. Tenue correcte des d'outils de gestion

Nombre attendu dans le trimestre : 6

Critères d'évaluation	
Les outils de gestion suivants doivent être correctement tenus au niveau de chaque école : livre journal, livre de caisse, pièces justificatifs, carnets de bord de véhicule, fiches de stocks de vivres, fiches de stock de fournitures de bureau. Pour être valables les outils de gestion doivent répondre aux critères suivants (par pièce): (1) Livre journal : être à jour, tous les libellés sont remplis, pas de surcharge d'écriture ni de ratures, signé par le directeur (2) Livre de caisse : être à jour, tous les libellés sont remplis, pas de surcharge d'écriture ni de ratures signé par le directeur (3) Pièces justificatifs : être numérotée, complète, signée, pas de surcharge d'écriture ni de ratures, bien classées (4) Carnets de bord du véhicule : utilisé un modèle approprié, être à jour, régulièrement rempli pour les déplacements, indique les consommations de carburant ainsi que les dates des entretiens, signé par le chauffeur et l'économe (5) Fiches de stocks de vivres : être à jour, stock théorique correspondant au stock réelle, toutes les entrées et sorties sont mentionnées et signées. Non applicable à Cankuzo (6) Fiches de stock de fournitures de bureau: être à jour, stock théorique correspondant au stock réelle, toutes les entrées et sorties sont mentionnées et signées. Si un critère fait défaut pour un outil de gestion il est noté Zéro. Si plus deux outils de gestion reçoivent la note Zéro, la note total devient alors Zéro.	

Cotation pour la tenue correcte des outils de gestion:

Points pour la tenue correcte des outils de gestion par trimestre : 45

Pondération	Points obtenues pour la tenue correcte des outils de gestion
45	

Total des points obtenus pour la tenue correcte des outils de gestion =

Propreté des locaux et de la cours de l'école

Critères d'évaluation
La propreté des locaux et de la cours de l'école sont vérifiées à travers des visites de terrains. Les critères suivants sont utilisés: (1) Présence de poubelles pour toutes les salles et dans la cour (2) Pas de papier ou autres déchets jetés dans la cour ou dans les salles (3) Gazon bien coupé et entretenu (4) Absence de fuite d'eau dans les robinets des toilettes des dortoirs (5) Toutes les lampes électriques s'allument dans toutes les classes (6) Absence de toiles d'araignée dans les salles de classes Si plus deux critères font défaut, la note est Zéro

Cotation pour la propreté des locaux et de la cours de l'école:

Points pour la propreté des locaux et de la cours de l'école: 15

Pondération	Points obtenues pour la propreté des locaux et de la cour de l'école
15	
Total des points obtenus pour la propreté des locaux et de la cour de l'école =	

12. Réunions du conseil de direction

Nombre attendus dans le trimestre : 5

Critères d'évaluation
La source de vérification pour les réunions du conseil de directions est le procès verbal de réunion. Pour être valable la réunion du Conseil de direction doit répondre aux critères suivants : (1) Etre programmée à l'avance selon un calendrier (2) Respecter le calendrier de réunion (3) Tenir la réunion avec un quorum de 50% au moins (au moins 3 membres sur 5) (4) Rédiger le rapport de réunion en précisant l'ordre du jour, les participants et les décisions prises (5) Evaluer les décisions de la réunion précédente dans chaque rapport Si un critère fait défaut la réunion du Conseil de direction est notée Zéro

Cotation des réunions du Conseil de Direction:**Points par réunion du Conseil de direction : 3**

Pondération	Encadrement 1	Encadrement 2	Encadrement 3	Encadrement 4	Encadrement 5
3					

Total des points obtenus pour les réunions du Conseil de direction = somme des points obtenus par réunion du Conseil =

Synthèse :

Indicateurs	Note maximale	Note obtenue
1. Nombre d'hôpitaux répondant aux normes d'accueil des stagiaires	60	
2. Nombre de supervisions et encadrements des terrains de stage niveau hôpital	45	
3. Nombre de centres de santé répondant aux normes d'accueil des stagiaires	60	
4. Nombre de supervisions et encadrements des terrains de stage niveau centre de santé	45	
5. Nombre d'élèves inscrits en 1ère année	40	
6. Nombre d'enseignants permanents pour les matières fondamentales et professionnelles	40	
7. Nombre d'heures de cours théoriques prestées	40	
8. Nombre d'enseignants ayant reçu un encadrement pédagogique	20	
9. Nombre de modules élaborés	40	
10. Nombre de réunions pédagogiques tenues	20	
11. Nombre d'outils de gestion tenus correctement	45	
12. Nombre de plans d'activités élaborés	15	
13. Propreté des locaux et de la cour de l'école	15	
14. Nombre de réunions du Comité de direction	15	
TOTAL	500	

La performance = (note obtenue/ 500) X 100 =

42. Grille d'évaluation trimestrielle de l'Ecole Paramédicale de Gitega

Date de vérification :

Nom et Prénom de l'évaluateur 1 :

Nom et prénom de l'Évaluateur 2 :

Nom et prénom de l'Évaluateur 3 :

1. Hôpitaux répondant aux normes d'accueil des stagiaires

Nombre attendu par trimestre : 6

Critères d'évaluation
L'évaluation des hôpitaux se fait à travers des visites de terrains. Les services suivants doivent être disponibles au niveau de chaque hôpital: médecine, chirurgie avec bloc opératoire, pédiatrie, maternité, laboratoire. (Si deux services manquent, l'hôpital reçoit Zéro). Tout service disponible doit répondre aux critères suivants : (1) Pas plus de 10 stagiaires par service (2) 2 encadreurs ayant le profil requis par service : 1 médecin et 1 infirmier avec moins le niveau A2 (3) Chaque service dispose du matériel et consommables de stage selon la liste suivante : 3 tensiomètres, 3 stéthoscopes médicales, 1 balance, 20 gants propres, 1 rouleau de coton hydrophile, 20 seringues avec aiguilles et 4 cathéters. Si un critère manque le service reçoit Zéro

Cotation hôpitaux de stage:

Points par hôpital de stage : 40

Points par service de l'hôpital : 4

Services	Pondération	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 3	Hôpital 4	Hôpital 5	Hôpital 6
Médecine	4						
Pédiatrie	4						
Chirurgie	4						
Maternité	4						
Laboratoire	4						
Total	20						

Total des points obtenus pour les hôpitaux de stage = somme des points obtenus par hôpital =

2. Supervisions des terrains de stage au niveau des hôpitaux

Nombre attendu dans le trimestre : 36

Critères d'évaluation

Il est prévu une supervision mensuelle des terrains de stage au niveau de chaque hôpital. L'évaluation des supervisions se fait sur base des rapports de supervisions. Pour être valable la supervision doit répondre aux critères suivants :

- (1) Planifier la supervision (programme trimestriel)
- (2) Exécuter la supervision selon le calendrier prévu
- (3) Rédiger le rapport de supervision en précisant les objectifs, les activités supervisées, les résultats et les recommandations
- (4) Suivre à chaque supervision les recommandations de la supervision précédente (à travers les différents rapports de supervision)

Si un critère manque la supervision est notée Zéro

Cotation des supervisions hôpitaux de stage:

Points par supervision d'hôpital de stage : 2,5

Pondération	Supervision 1	Supervision 2	Supervision 3	Supervision 4	Supervision 5	Supervision 6
2,5						

Pondération	Supervision 7	Supervision 8	Supervision 9	Supervision 10	Supervision 11	Supervision 12
2,5						

Pondération	Supervision 13	Supervision 14	Supervision 15	Supervision 16	Supervision 17	Supervision 18
2,5						

Pondération	Supervision	Supervision	Supervision	Supervision	Supervision	Supervision

	19	20	21	22	23	24
2,5						
Pondération	Supervision 25	Supervision 26	Supervision 27	Supervision 28	Supervision 29	Supervision 30
2,5						

Pondération	Supervision 31	Supervision 32	Supervision 33	Supervision 34	Supervision 35	Supervision 36
2,5						

Total des points obtenus pour les supervisions des hôpitaux de stage = somme des points obtenus par supervision d'hôpital =

3. Centres de santé répondant aux normes d'accueil des stagiaires

Nombre attendu dans le trimestre : 12

Critères d'évaluation
L'évaluation des centres de santé se fait à travers des visites de terrains. Un centre de santé répond aux normes d'accueil des stagiaires lorsque les critères ci-dessous sont remplis : (1) Paquet minimum d'activités disponible : consultation curative, consultation pré et postnatale, accouchements, la planification familiale, la consultation des nourrissons, nutrition. Les accouchements ne sont pas obligatoirement retenus pour CDS situé dans un hôpital. Pour la nutrition il s'agit au moins du dépistage et de l'orientation des enfants malnutris. (2) Pas plus de 10 stagiaires par CDS (3) 2 encadreurs ayant le profil requis par service : deux infirmiers avec moins le niveau A2 (4) Le centre de santé dispose du matériel et consommables de stage suivant : 2 tensiomètres, 2 stéthoscopes médicaux, 2 stéthoscopes obstétricaux, 1 balance pèse-adulte avec toise, 20 gants propres, 1 rouleau de coton hydrophile, 20 seringues avec aiguilles, 4 cathéters. Si un critère manque le centre de santé de stage est noté Zéro

Cotation des centres de santé de stage:**Points par centre de santé de stage : 10**

Pondération	Centre de santé 1	Centre de santé 2	Centre de santé 3	Centre de santé 4	Centre de santé 5	Centre de santé 6
10						

Pondération	Centre de santé 7	Centre de santé 8	Centre de santé 9	Centre de santé 10	Centre de santé 11	Centre de santé 12
10						

Total des points obtenus pour les centres de santé de stage = somme des points obtenus par centre de santé de stage =
--

4. Supervisions des terrains de stage au niveau des CDS***Nombre attendu par trimestre : 72******Critères d'évaluation***

Il est prévu une supervision mensuelle des terrains de stage au niveau de chaque centre de santé. L'évaluation des supervisions se fait sur base des rapports de supervisions. Pour être valable la supervision doit répondre aux critères suivants :

- (1) Planifier la supervision (programme trimestriel)
- (2) Exécuter la supervision selon le calendrier prévu
- (3) Rédiger le rapport de supervision en précisant les objectifs, les activités supervisées, les résultats et les recommandations
- (4) Suivre à chaque supervision les recommandations de la supervision précédente (à travers les différents rapports de supervision)

Si un critère manque la supervision est notée Zéro

Cotation des supervisions centres de santé de stage:**Points par supervision de centre de santé de stage : 1,25**

Pondération	Supervision 1	Supervision 2	Supervision 3	Supervision 4	Supervision 5	Supervision 6
1,25						

Pondération	Supervision 7	Supervision 8	Supervision 9	Supervision 10	Supervision 11	Supervision 12
1,25						

Pondération	Supervision 13	Supervision 14	Supervision 15	Supervision 16	Supervision 17	Supervision 18
1,25						

Pondération	Supervision 19	Supervision 20	Supervision 21	Supervision 22	Supervision 23	Supervision 24
1,25						

Pondération	Supervision 25	Supervision 26	Supervision 27	Supervision 28	Supervision 29	Supervision 30
1,25						

Pondération	Supervision 31	Supervision 32	Supervision 33	Supervision 34	Supervision 35	Supervision 36
1,25						

Pondération	Supervision 37	Supervision 38	Supervision 39	Supervision 40	Supervision 41	Supervision 42
1,25						

Pondération	Supervision 43	Supervision 44	Supervision 45	Supervision 46	Supervision 47	Supervision 48
1,25						

Pondération	Supervision 49	Supervision 50	Supervision 51	Supervision 52	Supervision 53	Supervision 54
1,25						

Pondération	Supervision 55	Supervision 56	Supervision 57	Supervision 58	Supervision 59	Supervision 60
1,25						

Pondération	Supervision 55	Supervision 56	Supervision 57	Supervision 58	Supervision 59	Supervision 60
1,25						

Pondération	Supervision 67	Supervision 68	Supervision 69	Supervision 70	Supervision 71	Supervision 72
1,25						

Total des points obtenus pour les supervisions des centres de santé de stage = somme des points obtenus par supervision de CDS =

5. Effectif des élèves inscrits en première année

Nombre attendu dans le trimestre : 80

Critères d'évaluation
La vérification est faite sur la base des registres d'inscription. Pour être valable, l'effectif des élèves inscrits en première année ne doit pas dépasser 80 élèves répartis dans deux classes de 40 chacune. S'il y a plus de 80 élèves inscrits en première année ou plus de 40 dans une classe, la note est zéro.

Cotation des effectifs d'élèves inscrits en 1^{ère} année:

Points pour le respect des effectifs inscrits en 1^{ère} année : 80

Pondération	Points obtenus pour le respect du nombre d'élèves inscrits en 1 ^{ère} année
80	

Total des points obtenus pour le respect des effectifs inscrits en 1^{ère} année (pas plus de 80 élèves) =

6. Effectif des enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles

Nombre attendu dans le trimestre : 16

Critères d'évaluation
L'évaluation est faite sur la base des dossiers du personnel. Pour être valable, l'effectif des enseignants permanents dans les matières fondamentales professionnelles est de 16
S'il y a moins de 16 enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles, la note est zéro.

Cotation des effectifs d'élèves inscrits en 1^{ère} année:

Points pour le respect du nombre d'enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles : 80

Pondération	Points obtenus pour le respect du nombre d'enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles
80	

Total des points obtenus pour le respect du nombre d'enseignants permanents dans les matières fondamentales et professionnelles =

7. Prestation de cours théoriques

Nombre d'heures attendues dans le trimestre : 1600

Critères
L'indicateur est vérifié à partir des fiches de relevées hebdomadaires des cours. Si l'école preste moins de 1500 heures, la note est zéro.

Cotation pour les prestations de cours théoriques

Points pour les prestations de cours théoriques : 80

Pondération	Points obtenus pour les prestations de cours théoriques dans le trimestre
80	

Total des points obtenus pour les prestations de cours théoriques dans le trimestre =

8. Encadrements pédagogiques

Nombre attendu par trimestre : 20

Critères d'évaluation
Le nombre d'enseignants ayant reçu un encadrement pédagogique dans le trimestre est relevé à partir des procès verbaux d'encadrement (PV). Pour être valable l'encadrement pédagogique répond aux critères suivants : (1) PV signé conjointement par l'enseignant et l'encadreur (2) L'encadreur est le préfet des études et ou le directeur de l'école paramédicale. (3) L'enseignant enseigne des matières fondamentales ou professionnelles Si un critère manque l'encadrement pédagogique est noté Zéro

Cotation des encadrements pédagogiques:

Points par encadrement pédagogique : 2

Pondération	Encadrement 1	Encadrement 2	Encadrement 3	Encadrement 4	Encadrement 5
2					

Pondération	Encadrement 6	Encadrement 7	Encadrement 8	Encadrement 9	Encadrement 10
2					

Pondération	Encadrement 6	Encadrement 7	Encadrement 8	Encadrement 9	Encadrement 10
2					

Pondération	Encadrement 16	Encadrement 17	Encadrement 18	Encadrement 19	Encadrement 20
2					

Total des points obtenus pour les encadrements pédagogiques = somme des points obtenus par encadrement pédagogique =

9. Elaboration de modules ou unités d'apprentissage professionnelles (UAP)

Nombre attendu dans le trimestre : 2

Critères d'évaluation

Le document de module ou unité d'apprentissage professionnelle (UAP) constitue la source de vérification. Pour être valable le module ou unité d'apprentissage professionnelle (UAP) répond aux critères suivants :

- (1) Elaborer le tableau détaillé des liens de l'UAP ou du module avec les compétences
- (2) Elaborer les thèmes à traiter par les différents cours concernés
- (3) Elaborer l'agenda de l'UAP ou du module
- (4) Rédiger la situation d'entrée de l'UAP ou du module
- (5) Valider l'UAP ou module avec un rapport d'atelier de validation disponible

Si un critère manque l'UAP ou module est noté Zéro.

Cotation des modules ou UAP:

Points par modules ou UAP : 20

Pondération	Points pour le module ou UAP 1	Points pour le module ou UAP 2
40		

Total des points obtenus pour l'élaboration des modules ou UAP = somme des points obtenus par module ou UAP =

10. Réunions pédagogiques tenues

Nombre attendu par trimestre : 2

Critères d'évaluation

La source de vérification pour les réunions pédagogiques est le procès verbal de réunions. Pour être valable la réunion pédagogique doit répondre aux critères suivants :

- (1) Etre programmée à l'avance selon un calendrier
- (2) Traiter d'au moins un thème de pédagogie
- (3) Avoir un quorum suffisant de participants (>50%)
- (4) Rédiger le rapport de réunion en précisant l'ordre du jour, les participants et les décisions prises

Si un critère fait défaut la réunion pédagogique est notée Zéro

Cotation des réunions pédagogiques:**Points par réunion pédagogique : 20**

Pondération	Réunion pédagogique 1	Réunion pédagogique 2
20		
Total des points obtenus pour les réunions pédagogiques = somme des points obtenus par réunion pédagogique =		

11. Plan trimestriel d'activités élaboré**Nombre attendu dans le trimestre : 1**

<i>Critères d'évaluation</i>
Hormis le plan annuel d'activités annuel, Il est attendu un plan trimestriel d'activités trimestriel par école. La source de vérification est le document de plan. Pour être valable le plan trimestriel d'activités doit répondre aux critères suivants : (1) Existence d'un plan annuel d'activités (2) Utiliser un canevas de planification (3) Indiquer les stratégies de résolution des problèmes (4) Etablir un chronogramme des activités (5) Budgétiser le plan (6) Etablir les indicateurs d'évaluation (7) Evaluer le plan avec un rapport d'évaluation disponible Si un critère fait défaut le plan trimestriel d'activités est notée Zéro

Cotation du plan trimestriel d'activités:**Points par plan trimestriel d'activités : 30**

Pondération	Points obtenues pour le plan trimestriel d'activités
30	

Total des points obtenus pour le plan trimestriel d'activités =

12. Tenue correcte des d'outils de gestion

Nombre attendu dans le trimestre : 6

Critères d'évaluation
Les outils de gestion suivants doivent être correctement tenus au niveau de chaque école : livre journal, livre de caisse, pièces justificatifs, carnet de bord de véhicule, fiches de stocks de vivres, fiches de stock de fournitures de bureau. Pour être valables les outils de gestion doivent répondre aux critères suivants (par pièce): (1) Livre journal : être à jour, tous les libellés sont remplis, pas de surcharge d'écriture ni de ratures, signé par le directeur (2) Livre de caisse : être à jour, tous les libellés sont remplis, pas de surcharge d'écriture ni de ratures signé par le directeur (3) Pièces justificatifs : être numérotée, complète, signée, pas de surcharge d'écriture ni de ratures, bien classées (4) Carnet de bord du véhicule : utilisé un modèle approprié, être à jour, régulièrement rempli pour les déplacements, indique les consommations de carburant ainsi que les dates des entretiens, signé par le directeur (5) Fiches de stocks de vivres : être à jour, stock théorique correspondant au stock réelle, toutes les entrées et sorties sont mentionnées et signées (6) Fiches de stock de fournitures de bureau: être à jour, stock théorique correspondant au stock réelle, toutes les entrées et sorties sont mentionnées et signées Si un critère fait défaut pour un outil de gestion il est noté Zéro. Si plus deux outils de gestion reçoivent la note Zéro, la note total devient alors Zéro.

Cotation pour la tenue correcte des outils de gestion:

Points pour la tenue correcte des outils de gestion par trimestre : 90

Pondération	Points obtenues pour la tenue correcte des outils de gestion
90	

Total des points obtenus pour la tenue correcte des outils de gestion =

13. Propreté des locaux et de la cours de l'école

Critères d'évaluation
La propreté des locaux et de la cours de l'école sont vérifiées à travers des visites de terrains. Les critères suivants sont utilisés: (1) Présence de poubelles pour tous les bâtiments (2) Pas de papier ou autres déchets jetés dans la cours ou dans les salles (3) Gazon bien coupé et entretenu (4) Absence de fuite d'eau dans les robinets des toilettes des dortoirs (5) Toutes les lampes électriques s'allument dans toutes les classes (6) Absence de toiles d'araignée dans les salles de classes Si plus deux critères font défaut, la note est Zéro

Cotation pour la propreté des locaux et de la cours de l'école:

Points pour la propreté des locaux et de la cours de l'école: 30

Pondération	Points obtenues pour la propreté des locaux et de la cours de l'école
30	
Total des points obtenus pour la propreté des locaux et de la cours de l'école =	

14. Réunions du conseil de direction

Nombre attendus dans le trimestre : 5

Critères d'évaluation
La source de vérification pour les réunions du conseil de directions est le procès verbal de réunion. Pour être valable la réunion du Conseil de direction doit répondre aux critères suivants : (1) Etre programmée à l'avance selon un calendrier (2) Respecter le calendrier de réunion (3) Tenir la réunion avec un quorum de 50% au moins (au moins 3 membres sur 5) (4) Rédiger le rapport de réunion en précisant l'ordre du jour, les participants et les décisions prises (5) Evaluer les décisions de la réunion précédente Si un critère fait défaut la réunion du Conseil de direction est notée Zéro

Cotation des réunions du Conseil de Direction:**Points par réunion du Conseil de direction : 6**

Pondération	Encadrement 1	Encadrement 2	Encadrement 3	Encadrement 4	Encadrement 5
6					

Total des points obtenus pour les réunions du Conseil de direction = somme des points obtenus par réunion du Conseil =

Synthèse :

Indicateurs	Note maximale	Note obtenue
1. Nombre d'hôpitaux répondant aux normes d'accueil des stagiaires	120	
2. Nombre de supervisions et encadrements des terrains de stage niveau hôpital	90	
3. Nombre de centres de santé répondant aux normes d'accueil des stagiaires	120	
4. Nombre de supervisions et encadrements des terrains de stage niveau centre de santé	90	
5. Nombre d'élèves inscrits en 1ère année	80	
6. Nombre d'enseignants permanents pour les matières fondamentales et professionnelles	80	
7. Nombre d'heures de cours théoriques prestées	80	
8. Nombre d'enseignants ayant reçu un encadrement pédagogique	40	
9. Nombre de modules élaborés	80	
10. Nombre de réunions pédagogiques tenues	40	
11. Nombre d'outils de gestion tenus correctement	90	
12. Nombre de plans d'activités élaborés	30	
13. Propreté des locaux et de la cour de l'école	30	
14. Nombre de réunions du Comité de direction	30	
TOTAL	1000	

La performance = (note obtenue/ 1000) X 100 =

43. Grille de performance trimestrielle de la Direction Générale des Ressources

Grille d'Evaluation de la Performance de la Direction Générale des Ressources (DGR)					
Activités	Résultats attendus	Critères à vérifier	Indication pour la Cotation	Points	Justification de la cotation
Activités à évaluation trimestrielle					
1. Analyse des demandes de paiement transmis par la CT-FBP	Toute demande de paiement transmise par la CT-FBP est analysée dans les 2 jours dès réception	Analyse dans les 2 jours dès réception de la demande de paiement effectuée au cours du trimestre présentement évalué : - des CDS, Hôpitaux de districts et HN pour les quantités de 3 mois - des CDS, Hôpitaux de districts pour la qualité - des HN pour la pou la qualité - des BPS, BDS et CPVV pour les performances trimestrielles - de la CT-FBP pour les performances mensuelles (3 mois) - des UP du niveau central contractualisé (y compris la CT-FBP) pour les performances trimestrielles	Tous les critères remplis=20 Critère : 1=9 (soit 3pts/mois) 2=2 3=2 4=3 5=3 (soit 1pt/mois) 6=1 (Points max=20)		
2. Transmission des demandes de paiement au Ministère des Finances dans le cadre du FBP	Toute demande de paiement est transmise au Ministère des Finances endéans 3 jours dès la transmission par la CT-FBP	Transmission dans les 3 jours dès réception de la demande de paiement effectuée au trimestre présentement évalué : - des CDS, Hôpitaux de districts et HN pour les quantités de 3 mois - des CDS, Hôpitaux de districts pour la qualité - des HN pour la pour la qualité - des BPS, BDS et CPVV pour les performances trimestrielles - de la CT-FBP pour les performances mensuelles (3 mois) - des UP du niveau central contractualisées (y compris la CT-FBP) pour les performances trimestrielles	Tous les critères remplis=30 Critère : 1=12 (soit 4pts/mois) 2=4 3=4 4=5 5=3 (soit 1pt/mois) 6=2 (Points Max=30)		

3. Suivi des procédures de paiement au Ministère des Finances et de tous les autres PTF dans le cadre du FBP	Les paiements dans le cadre du FBP sont effectués dans les délais requis pour toutes les structures contractualisées avec un système de feedback formel et régulier sur l'effectivité des paiements	(a). Les paiements sont effectués au cours du trimestre évalué sont réalisés par le Ministère des Finances dans les 21 jours ouvrables dès réception des dossiers : 1. des CDS, Hôpitaux de districts et HN pour les quantités de 3 mois 2. des CDS, Hôpitaux de districts pour la qualité 3. des HN pour la pour la qualité 4. des BPS, BDS et CPVV pour les performances trimestrielles 5. de la CT-FBP pour les performances mensuelles (3 mois) 6. des UP du niveau central contractualisées (y compris la CT-FBP) pour les performances trimestrielles (b). Rapport trimestriel de suivi de l'effectivité des paiements précisant : 1. les montants reçus 2. les périodes concernées 3. les dates de versements aux comptes des structures concernées	Tous les critères remplis=40 Critère (a): 1=15 (soit 5pts/mois) 2=3 3=3 4=3 5=3 (soit 1pt/mois) 6=3 Critère (b) rempli=10 (Points Max=40)		
4. Planification annuelle intégrée	Existence du Plan d'Action Annuel intégrant les activités en rapport avec la bonne gestion des ressources et la mise en œuvre du FBP	Le Plan d'Action Annuel de la DGR intègre les activités réalistes et pratiques portant sur : 1. L'Audit financier des établissements sanitaires (1 fois par an pour BPS, BDS, Hôpitaux, un échantillon de CDS) 2. Le suivi du système de gestion financière au sein des établissements sanitaires: existence et fonctionnement des conseils d'administration, comités de gestion, le contrôle interne, les procédures d'attribution des marchés 3. Le suivi et l'analyse des rapports financiers synthétiques provinciaux 4. La mobilisation des ressources	Tous les critères remplis=10 Critère : 1=3 2=2 3=3 4=2 (Points Max=10)		
La performance globale trimestrielle			Max=100		

Fait à le.....

Equipe d'évaluateurs (noms et signature)

(1)

(2)

(3)

Pour la Direction Générale des Ressources (Noms, Fonction, Signature, cachet)

44. Grille de performance Mensuelle de la Cellule Technique Nationale FBP

Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur la Performance (CT-FBP)					
Assurer la coordination de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux du système de santé					
Activités	Résultats attendu	Critères à vérifier	Indication pour la Cotation	Points	Justification de la cotation
1. Assurer l'organisation, l'administration et la documentation de la CT-FBP	La réunion d'évaluation et de planification hebdomadaire des activités de la CT-FBP est tenue	Disponibilité des copies de 4 PV de réunions hebdomadaires avec pour chaque PV : (1) Une planification d'activités de la semaine (2) Une évaluation des activités de la semaine précédente (3) Cohérence du Plan hebdomadaire avec le Plan d'Action trimestriel (4) Signé et transmis à la DGSP avec preuve de réception	Tous les critères remplis pour 1PV=5 Si 1 des critères manque pour 1PV=0 Tous les critères remplis pour 4PV=20		
	La gestion des documents de base est assurée	Disponibilité des copies des contrats de performance des CPVV, BPS, BDS et Hôpitaux Nationaux : (1) 100% de contrats à jour signés par les parties (2) Classés par entités et par ordre alphabétique	Tous les critères remplis=10 Même 1 critère manque=0		
		Disponibilité des copies des factures et des plans de paiement des périodes précédentes pour toutes les structures contractualisées : ✓ Factures et plans de paiement du mois M-2 pour 100% des FOSA sont disponibles à la demande et classées par bénéficiaires et par ordre chronologique NB : M=Mois évalué	Tous les critères remplis=15 Même 1 critère manque=0		
2. Vérification quantitative mensuelle des Hôpitaux nationaux	Disponibilité des rapports et des résultats de vérification de tous les HN (100%) <i>NB : il s'agit des activités des HN menées au cours du mois [M-2], vérifiées par la CT-FBP au mois</i>	(1) Copies de rapports de vérification quantitative des HN: [A] indiquant au moins pour chaque HN (a) les points forts relevés (b) les points à améliorer (c) le bilan de la mise en œuvre des recommandations des évaluations précédentes (d) les recommandations formulées à la présente vérification	Critère rempli= 25 Critère non rempli même pour un HN=0 (Points		

	<i>[M-1], la présente évaluation de la CT-FBP est faite au mois M.</i>	[B] transmission du PV de validation de la CT-FBP aux HN respectifs évalués en guise de retro-information endéans 5 jours après la validation (<i>avec preuve de transmission</i>) (2) Copies des factures mensuelles pour chaque HN complètement remplies pour les indicateurs contractualisés	max=25)		
3. Compilation mensuelle des factures et transmission à la DGR des demandes de paiement des prestations quantitatives des FOSA, avec retro-information aux CPVV par voie électronique (PV de validation de la CT FBP)	% de complétude des <i>factures</i> des HN, HD et CS compilées et transmises pour paiement dans les délais prévus <i>NB : il s'agit de la compilation et transmission faites par la CT-FBP au cours du mois présentement évalué</i>	(1) Complétude : considérer le % de complétude pour les HN, HD et CDS repris dans la demande de paiement pour la quantité, hormis les FOSA pour lesquelles les erreurs ont été suspectées et dont la vérification est envisagée (2) Délai : transmis au plus tard le 26 ^e jour ouvrable du mois suivant le mois évalué (<i>vérifier les dates de l'accusé de réception par la DGR</i>) (3) PV de validation mensuelle de la CT FBP transmis aux BPS et aux CPVV par voie électronique au plus tard 48 Heures après la validation (NB : Ce PV de validation et celui des HN sont distincts)	Les 3 critères ensemble = 30x% de complétude Si critère 2 non rempli=0 (Points Max=30)		
			Max=100		
PERFORMANCE MENSUELLE GLOBALE : %					

Fait à Bujumbura, le.....

Equipe d'évaluateurs (noms et signature)

(1)

(2)

(3)

Le Coordonnateur de la CT-FBP (Noms, Prénom, Signature, cachet)

45. Grille de Performance Trimestrielle de la CT-FBP

Activités à évaluation trimestrielle					
Activités	Résultats attendus	Critères à vérifier	Indication pour la Cotation	Points	Justification de la cotation
1. Performance dans l'exécution du Plan trimestriel d'Activités	Disponibilité du rapport trimestriel d'Activités de mise en œuvre du FBP	(1) Rapport trimestriel contenant au moins les éléments suivants : (a) Le niveau de réalisation des activités planifiées; (b) les activités non réalisées et les justifications ; (c) les difficultés rencontrées et les stratégies d'y faire face; (d) les recommandations (2) Cohérent avec les engagements décrits dans le contrat de performance de la CT-FBP (avec au moins une activité réaliste et pratique portant sur chaque mission énoncée à l'article 7 dudit contrat) (3) Elaboré et transmis à la DGSSLS avant la fin du mois suivant le trimestre objet du rapport (<i>avec preuve indiquant la date de réception</i>) <i>(NB. Il s'agit du rapport élaboré au cours du trimestre [T] évalué, dont les activités sont du trimestre [T-1])</i>	1 critère rempli=5 Les 3 critères remplis=15 (Points max=15)		
2. Suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau provincial	Disponibilité des rapports d'encadrement / supervision de la mise en œuvre du FBP au niveau provincial <i>NB : Les provinces visitées doivent être différentes</i>	(1) Plan de supervision disponible et respecté, indiquant la période et le responsable (2) Rapports de supervisions respectant le canevas ad hoc pour au moins 4 provinces, transmis aux structures concernées en guise de retro-information endéans 15 jours calendriers après la mission (<i>avec preuve de transmission</i>) (3) Synthèse des rapports de	4 critères remplis=30 Même un critère non rempli=0 (Points max=30)		

	<i>d'une descente à une autre et d'un trimestre à l'autre</i>	supervisions indiquant au moins les éléments suivants, pour chaque province visitée et pour chaque niveau supervisée : [A] (a) les points forts relevés (b) les points à améliorer (c) le bilan de la mise en œuvre des recommandations des descentes précédentes (d) les recommandations formulées à la présente descente [B] transmis à la hiérarchie endéans 30 jours (calendriers) après la mission (<i>avec preuve de transmission</i>) (4) Participation des membres de la CT-FBP dans au moins 50% des descentes			
3. Evaluation trimestrielle des performances des entités des niveaux intermédiaire et périphérique	Disponibilité des rapports et des résultats d'évaluation des BPS, BDS et des CPVV <i>NB : il s'agit des activités des entités menées au cours du trimestre [T-2], évaluées par la CT-FBP au trimestre [T-1], la présente évaluation de la CT-FBP est faite au début du trimestre T en cours.</i>	(1) Copies de rapports d'évaluation des BPS, BDS et des CPVV par province ou par catégorie d'entités: [A] indiquant au moins pour chaque entité (a) les points forts relevés (b) les points à améliorer (c) le bilan de la mise en œuvre des recommandations des évaluations précédentes (d) les recommandations formulées à la présente évaluation [B] transmis aux entités respectives évaluées en guise de retro-information endéans 15 jours calendriers après l'évaluation (<i>avec preuve de transmission</i>) (2) Copies des grilles d'évaluation avec résultats pour chaque BPS, BDS et CPVV complètement remplies (<i>points obtenus, justification de la cotation</i>) (3) Rapports synthétique (compilé) d'analyse et de validation des résultats d'évaluation, élaboré et transmis à la hiérarchie endéans 30 jours calendriers après l'évaluation	Tous les critères remplis pour 100% d'entités = 20 Au moins un critère non rempli pour moins de 50% d'entités=10 Au moins un critère non rempli pour plus de 50% d'entités=0 (Points max=20)		

4. Organisation et participation aux évaluations trimestrielles de la Qualité des Hôpitaux nationaux par les pairs	Au moins un membre de la CT-FBP élargie a participé à l'évaluation de chaque HN Disponibilité des rapports et des résultats d'évaluation de tous les HN (100%) <i>NB : il s'agit des activités des HN menées au cours du trimestre [T-2], évaluées par les pairs au trimestre [T-1], la présente évaluation de la CT-FBP est faite au début du trimestre T en cours.</i>	(1) Copies de rapports d'évaluation des HN: [A] indiquant au moins pour chaque HN (a) les points forts relevés (b) les points à améliorer (c) le bilan de la mise en œuvre des recommandations des évaluations précédentes (d) les recommandations formulées à la présente évaluation (e) liste des participants signée [B] transmis aux HN respectives évaluées en guise de retro-information endéans 15 jours après l'évaluation (<i>avec preuve de transmission</i>) (2) Copies des grilles d'évaluation avec résultats pour chaque HN complètement remplies pour les services existants (3) Rapports synthétique (compilé) d'analyse et de validation des résultats d'évaluation, élaboré et transmis à la hiérarchie endéans 30 jours calendriers après l'évaluation	Tous critères remplis= 20 Critère non rempli même pour un HN=0 (Points max=20)		
5. Réalisation des évaluations trimestrielles improvisées de la Qualité au niveau des Hôpitaux (y compris les HN)	Disponibilité des rapports et des résultats d'évaluation réalisée au cours du trimestre concerné pour au moins ¼ des hôpitaux contractualisés	(1) Copies de rapports d'évaluation: [A] indiquant au moins pour chaque hôpital évalué (a) les activités évalués, (b) les points forts relevés et les points à améliorer (c) les écarts identifiés par rapport à l'évaluation précédente par les pairs (d) les recommandations formulées à la présente évaluation (e) liste des participants signée [B] transmis aux hôpitaux concernés en guise de retro-information endéans 15 jours calendriers après l'évaluation (<i>avec preuve de transmission</i>)	Tous les critères remplis pour 100% d'hôpitaux concernés = 30 Au moins un critère non rempli pour moins de 50% d'hôpitaux=10 Au moins un critère non rempli pour		

		(2) Rapports synthétique (compilé) d'analyse et de validation des résultats d'évaluation improvisée, élaboré et transmis à la hiérarchie endéans 30 jours calendriers après l'évaluation	plus de 50% d'entités=0 (Points max=30)		
6. Compilation trimestrielle des factures et transmission à la DGR des demandes de paiement des BPS, BDS, et CPVV ainsi que des prestations qualitatives des FOSA (facture du 4ème mois : Quantité+Qualité)	Disponibilité des factures compilées des FOSA et des factures compilées des BPS, BDS et CPVV transmises pour paiement dans les délais exigés	(1) Complétude : vérifier que tous les BPS, BDS et CPVV sont repris dans la demande de paiement transmise au cours du trimestre présentement évalué ainsi que la conformité aux résultats des évaluations (cfr. Grilles) (2) Pour BPS, BDS, CPVV, la transmission a été faite au plus tard le 30^e jour du 2^e mois suivant le trimestre évalué (<i>vérifier les dates de l'accusé de réception par la DGR</i>) (3) Complétude : vérifier les FOSA reprises dans la demande de paiement pour la qualité (transmise au cours du trimestre présentement évalué) par rapport aux factures validées (cfr. PV de validation de la CT-FBP) (4) Pour les FOSA, la transmission a été faite au plus tard le 26^e jour ouvrable du 2^e mois suivant le trimestre évalué (<i>vérifier les dates de l'accusé de réception par la DGR</i>)	Les 4 critères remplis = 20 Même un critère non rempli=0 (Points Max=20)		

7. Analyse des différents rapports de la mise en œuvre du FBP du trimestre précédent	Disponibilité du rapport synthèse des rapports trimestriels de mise en œuvre pour chacun des volets : (a) Supervisions réalisées par CT-FBP ; (b) rapports de mise en œuvre transmis par les CPVV, (c) les rapports des ONGs (d) les rapports de contre-vérification (le cas échéant)	1. Rapport synthèse contenant au moins les éléments suivants pour chaque volet : (a) les points forts et les problèmes identifiés, (b) les solutions apportées ou les stratégies envisagées pour faire face aux problèmes (c) les responsables des actions proposées 2. Présentée dans la réunion trimestrielle de la CT-FBP Elargie (cfr. PV de la réunion de la CT-FBP Elargie)	Les 3 critères remplis=20 Même un critère non rempli=0		
8. Organisation des évaluations trimestrielles des UP du niveau central contractualisées	Disponibilité du calendrier des évaluations des UP contractualisées , élaboré par la CT-FBP Disponibilité des rapports et des résultats d'évaluation de toutes les UP contractualisées <i>NB : il s'agit des activités des UP menées au cours du trimestre [T-2], évaluées au trimestre [T-1], la présente évaluation de la CT-FBP est faite</i>	(1) Calendrier des évaluations des UP élaboré par la CT-FBP transmis aux concernés au moins 15 jours avant le début des évaluations (<i>e-mail..., preuve de transmission</i>) (2) Copies de rapports d'évaluation des UP indiquant au moins pour chaque UP (a) les points forts relevés (b) les points à améliorer (c) le bilan de la mise en œuvre des recommandations des évaluations précédentes (d) les recommandations formulées à la présente évaluation (e) liste des participants signée) (2) Copies des grilles d'évaluation avec résultats pour chaque UP complètement remplies (3) Rapports synthétique (compilé) d'analyse et de validation des résultats	Critère rempli= 20 Critère non rempli même pour une UP=0 (Points max=20)		

	<i>au début du trimestre T en cours.</i>	d'évaluation, élaboré et transmis à la hiérarchie et aux UP concernées endéans 15 jours calendriers après l'évaluation <i>(au cas où une UP éligible n'est pas évaluée suite à des raisons qui lui sont propres, les évaluateurs désignés font rapport, valable à la présente évaluation)</i>			
9. Organiser une séance trimestrielle de la sous-commission de la CT-FBP Elargie chargée d'analyse des données du FBP	Disponibilité du rapport d'analyse des données du FBP (prestations et financières) pour le trimestre concerné	1. La liste des membres actifs de la sous-commission d'analyse des données nommée par le DGSSLS 2. Rapport d'analyse contenant au moins les éléments suivants : les résultats d'analyse sous forme de graphiques ou tableaux avec commentaires, au moins pour 10 indicateurs (comparaison avec cibles, Détection des situations particulières, Recherche de causes éventuelles, Décision ou actions entreprises/corrections éventuelles des erreurs) 3. Liste des participants signée	Les 2 critères remplis=15 Même 1 critère non rempli=0		
10. Organiser une séance trimestrielle de la sous-commission de la CT-FBP Elargie chargée du suivi de la BDD et du site Web du FBP	Disponibilité du rapport trimestriel de suivi du fonctionnement de la BDD et site web du FBP	(1) La liste des membres actifs de la sous-commission de suivi t les TDR sont mis à jour (2) Au moins 1PV de la réunion de la sous-commission est disponible par trimestre avec au moins les éléments suivants (a) ordre du jour conforme aux TDR (b) déroulement de la réunion (C) suivi des recommandations de la réunion précédente (d) analyse de la complétude des paramètres de la BDD (Identification complète des structures, populations desservies et c...) (e)	Tous les critères remplis=10 Si 1 des critères manque=5 Si plus d' 1 critère manquent=0		

		résolutions de la présente réunion (e) liste des participants signée (f) transmis a la hiérarchie et aux membres de la CT-FBP élargie endéans 5 jours après la tenue de la réunion (3) La liste actualisée des comptes d'utilisateurs nationaux et provinciaux (4) Disponibilité de la liste actualisée par province de toutes les FOSA contractualisées approuvée par le CPVV et conforme aux FOSA paramétrées dans la BDD	(Points max=10)		
			200		
PERFORMANCE TRIMESTRIELLE GLOBALE : %					

Fait à Bujumbura, le.....

Equipe d'évaluateurs (noms et signature)

(1)

(2)

(3)

Le Coordonnateur de la CT-FBP (Noms, Prénom, Signature, cachet)

46. Grilles d'évaluation de la performance des UP du niveau central : Indicateurs généraux

46.1. Indicateurs d'éligibilité

N°	Produit attendu	Critères de performance (indicateurs): éligibilité à la contractualisation	Méthode de mesure des indicateurs et performance attendue (points max)	Source de vérification	Note de l'UP
Si l'UP obtient une cote inférieure à 70% pour l'ensemble des critères, elle n'est pas éligible					
1	Les dossiers individuels de chacun des agents du service ont été mis à jour et classés au moins une fois pendant le trimestre évalué	(1) Un état nominatif du personnel existe et est mis à jour, (2) Une copie du dossier individuel de chaque agent nommé est présente dans le service, l'original se trouvant à la DRH (3) Le dossier individuel comporte (i) la description des tâches et responsabilité, (ii) la désignation des superviseurs et supervisés, (iii) les copies des rapports des deux derniers entretiens de fonctions (4) Il précise (i) le grade, (ii) la fonction, (iii) la situation administrative et (iv) l'ancienneté de chaque agent (6) Un chronogramme indicatif des congés annuel du personnel est élaboré, visé par le responsable de l'UP et transmis à l'autorité hiérarchique	L'indicateur est coté: 0 Si au moins 2 des sous critères ne sont pas remplis, 30 si un des sous critères n'est pas rempli, 75 si tous les sous critères sont remplis	1- Document daté et visé dans le classeur du responsable/secrétaire de l'UP; 2- Fiche d'entretien de fonctions visées par l'agent et le superviseur, avec preuve de transmission d'une copie à la DRH 3- archives de la DRH	

2	Un plan d'action annuel 2014 a été élaboré et transmis par la direction de la planification, avant le 15 décembre 2013	(1) Le PA a été transmis avant le 15 novembre au supérieur hiérarchique avec copie à la Direction de Planification (2) Le document de plan d'action rappelle les missions de l'UP et ses problèmes prioritaires (3) Le plan d'action est accompagné d'un plan de renforcement des capacités et (4) d'un plan de suivi et évaluation (5) Le plan d'action est accompagné de prévisions budgétaires (6) Les résultats (produits) définis dans le plan d'action sont cohérents avec (i) les missions du service et (ii) l'objectif spécifique de l'UP (7) Les risques et hypothèses de mise en œuvre des interventions prévues pour l'atteinte des résultats sont énoncés (8) Le plan d'action a été validé par la Direction Générale de la Planification	L'indicateur est coté: 0 Si au moins 2 des sous critères ne sont pas remplis, 30 si un des sous critères n'est pas rempli, 75 si tous les sous critères sont remplis	1- PAA validé avec ses annexes 2- PV de la réunion de validation du PA 3- Preuve de transmission du PA à la DGP	
3	Les ressources humaines existantes sont décrites dans le plan d'action annuel, en respect du canevas de planification mis à disposition par la DGP	Le tableau des effectifs mentionne: (1) Le nombre d'agents effectivement en poste, leur qualification/catégorie et fonction; (3) Le nombre d'agents prévu par le cadre organique en vigueur pour chaque poste de travail; (4) Le nombre d'agent à recruter ou à redéployer par catégorie et/ou par poste de travail; (5) La signature du responsable de l'UP	L'indicateur est coté: 0 Si au moins 2 des sous critères ne sont pas remplis, 10 si un des sous critères n'est pas rempli, 25 si tous les sous critères sont remplis	1- Document visé dans le classeur du responsable/secrétaire de l'UP	

4	Le rapport annuel (année n-1) a été produit et transmis aux parties concernées avant la fin du mois de mars.	(1)- Le rapport annuel d'activités est disponible avant le 31 mars Il comprend (2) le niveaux de réalisation de l'objectif spécifique et de chacun des résultats plan d'action annuel, (3) l'analyse des indicateurs des résultats à la lumière des critères de qualité définis dans le plan d'action annuel (efficacité, efficacité, durabilité/perrenité) (4) les problèmes relevés pendant la mise en oeuvre des activités, (5)- Les leçons apprises pendant la mise en oeuvre des activités et recommandations (6) les commentaires sur les risques et hypothèses identifiés lors de de l'élaboration du plan d'action,	L'indicateur est coté: 0 Si > 2 sous critères ne sont pas remplis, 20 si deux sous critères ne sont pas remplis, 35 si un sous critère n'est pas rempli 75 si tous les sous critères sont remplis	1- Rapports d'activités dans le classeur de la secrétaire de l'UP (ou publié sur le site web du MSPLS; 2- Preuve de transmission au dudit rapport au supérieur hiérarchique	
---	--	---	---	---	--

46.2. Indicateurs d'environnement du travail

N°	Produit attendu	Critères de performance (indicateurs): environnement de travail	Source de vérification	Cotation des indicateurs de performance	Note de l'UP
1	Les règles d'hygiène sont respectées et le cadre de travail propre	(1) - Les toiles d'araignées ne sont visibles dans aucun bureau (2) - Chaque bureau est doté d'au moins un panier poubelle (3) - Toutes les toilettes propres, sans odeurs et fermées à clé (clé disponible au secrétariat de l'UP) (4) - Les Robinets et pots de toilettes sont en bon état (pas de fuite) (5) - Toutes les ampoules sont fonctionnelles (6) - Les fenêtres sont protégées et les rideaux propres	1- Visite de l'UP par les évaluateurs	L'indicateur est coté: 0 Si > 2 sous critères ne sont pas remplis, 15 si un ou deux sous critères ne sont pas remplis, 40 si tous les sous critères sont remplis	

2	Les infrastructures et équipement sont fonctionnels et leur maintenance assurée	(1)- Une fiche d'une page au maximum résume les règles de mise en marche et d'utilisation de chaque appareil ou véhicule utilisé dans le service (2)- Une fiche de suivi de la maintenance est élaborées et mise à jour pour chaque équipement, matériel informatique et véhicule (3)- Les dates de maintenance préventives prévues dans le calendrier trimestriel de maintenance sont respectées à 2 semaines près (4)- Un registre d'utilisation des photocopieuses du secrétariat existe et est mis à jour. Il précise pour chaque utilisation de la photocopieuse le demandeur et le nombre de pages (5)- 2 ordinateurs de l'UP choisis de manière aléatoire sont dotés d'un anti-virus à jour (6)- Tout appareil de l'UP choisi de manière aléatoire dans une liste disponible au secrétariat est fonctionnel	1- Visite de l'UP par les évaluateurs; 2- Fiches de maintenance par appareil 3- Plan de maintenance annexé au programme trimestriel d'activités; 4- Divers registres	L'indicateur est coté: 0 Si > 2 sous critères ne sont pas remplis, 20 si deux sous critères ne sont pas remplis, 30 si un sous critère n'est pas rempli 60 si tous les sous critères sont remplis	
---	---	--	--	---	--

46.3. Indicateurs de suivi des Plans d'action

N°	Produit attendu	Critères de performance (indicateurs): suivi des plans d'actions	Cotation des indicateurs de performance	Source de vérification	Note de l'UP
1	La circulation de l'information est organisée et les mécanismes de prise de décisions collectives sont fonctionnels, au sein de l'UP et entre les UP	(1)- 80% des réunions de planification et suivi mensuelle/hebdomadaire des activités sont effectuées, parmi lesquelles les réunions de coordination, de planification, de suivi ou d'auto-évaluation (2)- Au moins 70% du personnel de l'UP participe à chacune des réunions (3)- Les personnes habilitées (prévues par l'organigramme) participent à au moins 80% des comités de gestion (Directions Générales et SP) et/ou de Direction (départements) (4)- La transmission aux participants des documents de travail de deux réunions choisies au hasard a été faite au moins 24 heures avant les assises (5)- Les rapports de ces réunions ont été transmis à l'ensemble du personnel de l'UP (6)- Les rapport des réunions respectent le canevas, soit au moins (i) agenda, (ii) suivi des recommandations des réunions précédentes, (iii) nouvelles recommandations avec responsables et délais de mise en oeuvre	L'indicateur est coté: 0 Si > 2 sous critères ne sont pas remplis, 30 si un sous critère n'est pas rempli 80 si tous les sous critères sont remplis	1- Calendrier de réunions 2- Messages électroniques envoyés par la secrétaire ou tout autre membre de l'UP aux participants 3- Rapports de réunions avec liste de présence en annexe dans le classeur de la secrétaire de l'UP; 4- Rapport de la réunion du comité de gestion avec liste de présence 5- Preuve de transmission au du PV au supérieur hiérarchique de tous les documents ci-dessus	

2	Une auto-évaluation trimestrielle permet de détecter les dysfonctionnements de l'UP et d'entreprendre des mesures correctrices	(1)- 80% au moins des membres de l'UP ont participé à la réunion d'auto-évaluation (2)- La réunion d'auto-évaluation était présidée par le responsable de l'UP en personne L'ordre du jour de la réunion d'auto-évaluation de l'UP prévoyait au moins: (3)- les problèmes identifiés pendant les réunions de suivi, (4)- Le suivi des indicateurs des résultats du Plan d'action annuel, (5)- L'adoption de la cotation de chaque agent de l'UP, (6)- L'appréciation du responsable de l'UP par ses collaborateurs, (7)- L'évaluation des conditions de travail et de la circulation de l'information est incluse dans les rapports trimestriels d'activités (8)- Le suivi des recommandations adressées (à l'UP) par les autres UP ainsi que les BPS	L'indicateur est coté: 0 Si > 2 sous critères ne sont pas remplis, 20 si deux sous critères ne sont pas remplis, 50 si un sous critère n'est pas rempli 150 si tous les sous critères sont remplis	1- Rapports de la réunion avec liste de présence en annexe dans le classeur de la secrétaire de l'UP; 2- Fiche synthèse des notes et appréciations des membres de l'UP visée par le responsable 3- Preuve de transmission des documents ci-dessus et du PV au supérieur hiérarchique avec copie à la DGP	
---	---	--	--	--	--

3	La production systématique de rapports trimestriels d'activités permet d'améliorer la circulation des informations dans les services centraux	(1)- Le rapport trimestriel d'activité du trimestre est disponible au maximum 15 jours après la fin dudit trimestre. (2)- Ils comprennent (i) le niveau de réalisation de chacune des activités planifiées pour le trimestre et la contribution de ces activités à l'atteinte des résultats du plan d'action annuel, (ii) les activités non planifiées mais réalisées (iii) les problèmes relevés et/ou les leçons apprises pendant la mise en oeuvre des activités, (iv) les solutions proposées à chacun desdits problèmes avec désignation d'un responsable et échéance de mise en oeuvre (3)- Les rapports trimestriels d'activités mentionnent le niveau d'exécution de toutes les recommandations des réunions (i) hebdomadaires ou mensuelles de planification et suivi des activités, (ii) des réunions d'auto-évaluations, (iii) des recommandations des supervisions et autres visites de terrain (4)- Le rapport d'activités comporte un chapitre de commentaires sur l'efficacité, l'efficience et la perrenité des actions entreprises pendant le trimestre	L'indicateur est coté: 0 Si > 1 sous critères n'est pas rempli, 35 si un sous critère n'est pas rempli 100 si tous les sous critères sont remplis Les indicateurs (2) et (3) sont validés si tous les sous critères le sont	1- Rapports d'activités dans le classeur de la secrétaire de l'UP; 2- Preuve de transmission au dudit rapport au supérieur hiérarchique avec copie à la DGP	
---	---	---	--	---	--

4	Le taux d'exécution du calendrier trimestriel d'activités est supérieur à 70% pour le trimestre évalué	(1)- Le calendrier trimestriel d'activités budgétisé et ses annexes ((i) calendrier des supervisions, (ii) calendrier de réunions, (iii) plan d'approvisionnement et (iv) plan de maintenance (v) calendrier d'entretien de fonctions) sont évalués à la réunion d'auto-évaluation (2)- Les indicateurs de résultats prévus dans le plan d'action annuel sont systématiquement évalués dans le rapport trimestriel (3)- Le taux d'exécution des activités planifiées est supérieur à 80%, y compris les tâches planifiées dans chacun des annexes cités au point (1) (4)- Une synthèse (en diapositives) du rapport trimestriel d'activités a été transmise au supérieur hiérarchique avant la tenue du comité de gestion du niveau supérieur (exemple: DG pour les départements, SP pour les DG) et présenté au comité de gestion dudit niveau hiérarchique (5)- La secrétaire et le responsable de l'UP (i) possèdent chacun un disque dur externe dans lequel sont retrouvés les documents présentés aux évaluateurs; (ii) le back-up des données de leurs ordinateurs a été fait au moins une fois dans les 2 semaines précédant l'évaluation	L'indicateur est coté: 0 Si au moins 2 sous critères ne sont pas remplis, 40 si un sous critère n'est pas rempli 120 si tous les sous critères sont remplis	1- Programme trimestriel d'activités validé par la DGP accompagné du calendrier des supervisions et autres descentes sur le terrain 2- Rapports de réunions avec liste de présence en annexe dans le classeur de la secrétaire de l'UP; 3- PV du comité de gestion 4- Preuve de transmission des documents ci-dessus au supérieur hiérarchique avec copie à la DGP	
---	--	--	--	--	--

46.4. Indicateurs de supervision

N°	Produit attendu	Critères de performance (indicateurs): accompagnement du niveau intermédiaire	Cotation des indicateurs de performance	Source de vérification	Note de l'UP
1	Au moins 80% du programme trimestriel de visites de terrain (BPS et BDS) est exécuté	(1)- Le calendrier trimestriel de supervision respectant le canevas fourni par la DGSSLS précise pour chacune des descentes sur le terrain (visites des BPS et BDS): (i) le type de visite (supervisions, inspections et contrôles, évaluations d'activités, audits, etc), (ii) les dates, (iii) le thème et la justification de la visite, (iv) les noms des visiteurs et visités, (v) la liste des documents et outils de gestion à emporter (2)- Aucun site (provinces et districts) n'est visité plus de deux fois pendant le même trimestre; (3)- Le calendrier visé au point (1) prévoient les supervisions des services, département et Directions pour les UP du niveau central concernées (4)- 80% des visites de terrain programmées sont effectuées (5)- Les dates annoncées sont respectées pour au moins 70% des visites effectuées (6)- Dans chaque équipe effectuant une visite du terrain, se trouve au moins une personne d'une autre Unité de Prestation (7)- Toute supervision ou évaluation (exception faite des inspections et contrôles) directement faite dans une formation sanitaire (ou association) répond à une demande à un besoin exprimé par le BDS ou le BPS concerné	L'indicateur est coté: 0 Si ≥ 2 sous critères ne sont pas remplis, 30 si un sous critère n'est pas rempli 80 si tous les sous critères sont remplis L'indicateur (1) est validé si tous les sous critères le sont Le critère (6) n'est pas applicable pour les missions d'inspections	1- Annexes du programme trimestriel d'activités; 2- Ordres de missions et rapports de mission; 3- PV (ou courriel) de transmission du rapport au supérieur hiérarchique avec copie à la DGSSLS 4- Demande d'appui accompagnée d'un calendrier de supervision du BPS/BDS	

2	Le suivi des recommandations des visites de terrain est effectif et contribue à la coordination des services	Au moins 10% des rapports de supervision tirés au hasard seront vérifiés de manière exhaustive: (1)- Un feed-back immédiat a été fait après chaque visite de terrain, une liste des recommandations élaborée et visée par le responsable de la structure visitée (2)- Le rapport de supervision (i) a été produit et transmis par voie électronique au supervisé 8 jours au maximum après la visite, avec copie (ii) au supérieur hiérarchique, (iii) à la DGSSLS et (iv) à chacun des services concernés par la mise en oeuvre des recommandations (3)- Les rapports de visites incluent au moins (i) les problèmes identifiés et les leçons apprises, (ii) les recommandations formulées et les actions envisagées, y compris les responsables et délais de mise en oeuvre (iii) les démonstrations effectuées, (iv) la liste des personnes supervisées/rencontrées (4)- Le suivi des recommandations des visites antérieures est effectif (5)- La présentation des rapports de supervision a été faite au cours d'une réunion de l'UP	L'indicateur est coté: 0 Si ≥ 2 sous critères ne sont pas remplis, 40 si un sous critère n'est pas rempli 120 si tous les sous critères sont remplis L'indicateur (2) est validé si tous les sous critères le sont	1- Feuille de présence réunion de restitution; 2- Rapport de la supervision classé dans le service et à la DGSP 3- Calendriers et rapports des visites 4- Rapports mensuels et trimestriels d'activités, 5- Note d'information ou courriel transmis aux responsables de la mise en oeuvre des recommandations	
---	--	--	--	---	--

47. Fiche de déclaration des données mensuelles des Centres de Santé**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	
	TOTAL	

Fait à ; le**Le Titulaire du CDS (ou son délégué).....****(Nom, Prénom et signature)**

48. Fiche de déclaration des données mensuelles des Hôpitaux de District**REPUBLIQUE DU BURUNDI****MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA****PROVINCE SANITAIRE DE :****DISTRICT SANITAIRE DE :****HOPITAL DE DISTRICT :****FICHE DE DECLARATION DES DONNEES MENSUELLES****MOIS :****ANNEE :**

N°	Indicateur	Quantité Déclarée
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)

49. Fiche de déclaration des données mensuelles des Hôpitaux Nationaux**REPUBLIQUE DU BURUNDI****MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA****PROVINCE SANITAIRE DE :****HOPITAL NATIONAL DE :****FICHE DE DECLARATION DES DONNEES MENSUELLES****MOIS :****ANNEE :**

N°	Indicateur	Quantité Déclarée
1	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (< 5 ans)	
2	Nouvelle consultation curative d'une femme enceinte par un médecin	
3	Chirurgie majeure	
4	Petite chirurgie	
5	Accouchement eutocique	
6	Césarienne	
7	Accouchement dystocique	
8	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans	
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 semestriellement	
14	Cas d' IST traitées	
15	Circoncision masculine	
16	FP: Implants et DIU	
17	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	
18	PF : méthode définitive	

Fait à ; le**Le Directeur de l'Hôpital (ou son délégué)****(Nom, Prénom et signature)**

50. Fiche de déclaration des données mensuelles des Centres pour handicapés**REPUBLIQUE DU BURUNDI****MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA****PROVINCE SANITAIRE DE :****DISTRICT SANITAIRE DE :****CENTRE POUR HANDICAPES DE :****FICHE DE DECLARATION DES DONNEES MENSUELLES****MOIS :****ANNEE :**

N°	Indicateurs Centres pour handicaps	Quantité déclarée
1	Nouvelle Consultation Curative personne handicapée (> =5 ans)	
2	Nouvelle Consultation Curative personne handicapée (< 5 ans)	
3	Journée d'hospitalisation personne handicapée >= 5 ans	
4	Journée d'hospitalisation personne handicapée < = 5 ans	
5	Petite chirurgie	
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital ou dans un Centre spécialisé	
7	Séance de rééducation fonctionnelle >= 5 ans	
8	Séance de rééducation fonctionnelle < 5 ans	
9	Pose d'un appareillage orthopédique > =5 ans	
10	Pose d'un appareillage orthopédique < 5 ans	
11	Chirurgie orthopédique	

Fait à ; **le**

Le Titulaire du Centre pour Handicapés (ou son délégué).....
(Nom, Prénom et signature)

51. Fiche de déclaration des données mensuelles du CNPK**REPUBLIQUE DU BURUNDI****MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA****CENTRE NEUROPSYCHIATRIQUE DE KAMENGE (CNPK)****FICHE DE DECLARATION DES DONNEES MENSUELLE****MOIS :****ANNEE :**

N°	Indicateurs CNPK	Quantité déclarée
1	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour des Malades somatiques (≥ 5 ans)	
2	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour des Malades somatiques (< 5 ans)	
3	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour des Malades psychotiques (≥ 5 ans)	
4	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin Malades psychotiques (< 5 ans)	
5	Consultation curative des malades psychotiques en clinique mobile	
6	Journée hospitalisation Malades psychotiques ≥ 5 ans	
7	Journée hospitalisation Malades psychotiques < 5 ans	
8	Référence dans un Hôpital	
9	Contre référence arrivée au CDS ou à l'Hôpital	
10	Petite chirurgie	
11	Séances de psychothérapie	
12	Séance de sociothérapie	
13	Séance d'ergothérapie	
14	Patient psychotique sous traitement suivi pendant 6 mois	
15	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	
16	Nombre de nouveaux cas sous ARV	
17	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	
18	Cas des IST traitées	

Fait à ; le

Le Directeur du CNPK (ou son délégué)

(Nom, Prénom et signature)

52. Facture mensuelle pour les indicateurs du PMA (Centre de Santé)**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 :****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 < 5 ans							
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital							
7	Enfants complètement vaccinés							
8	Femme enceinte complètement vaccinée contre le tétanos							
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							
	TOTAL							

Le Titulaire du CDS.....

Nom et Prénom

Signature

Les vérificateurs (Noms, Prénoms et Signatures):

1.....

2.....

3.....

53. Facture mensuelle pour les indicateurs du PCA (Hôpital de District)**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 < 5 ans							
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							

Le Directeur de l'Hôpital (ou son délégué)

Nom et Prénom

Signature

Les vérificateurs (Noms, Prénoms et Signatures):

1.....

2.....

3.....

54. Facture mensuelle pour les indicateurs des Hôpitaux Nationaux**REPUBLIQUE DU BURUNDI****MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA****HOPITAL NATIONAL DE :****FACTURE MENSUELLE HOPITAUX NATIONAUX****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 d'une femme enceinte par un médecin							
3	Chirurgie majeure							
4	Petite chirurgie < 5 ans							
5	Accouchement eutocique							
6	Césarienne							
7	Accouchement dystocique							
8	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans							
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 semestriellement							
14	Cas d' IST traitées							
15	Circoncision masculine							
16	FP: Implants et DIU							
17	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes							
18	PF : méthode définitive							

Le Directeur de l'Hôpital (ou son délégué)

Nom et Prénom

Signature

Les vérificateurs (Noms, Prénoms et Signatures):

1.....

2.....

3.....

55. Facture mensuelle pour les indicateurs des Centres pour Handicapés**REPUBLIQUE DU BURUNDI****MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA****PROVINCE SANITAIRE DE :****DISTRICT SANITAIRE DE :****CENTRE POUR HANDICAPES DE :****FACTURE MENSUELLE****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 personne handicapée (> =5 ans)							
2	Nouvelle Consultation Curative personne handicapée (< 5 ans)							
3	Journée d'hospitalisation personne handicapée >= 5 ans							
4	Journée d'hospitalisation personne handicapée < 5 ans							
5	Petite chirurgie < 5 ans							
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital ou dans un Centre spécialisé							
7	Séance de rééducation fonctionnelle >= 5 ans							

8	Séance de rééducation fonctionnelle < 5 ans							
9	Pose d'un appareillage orthopédique > =5 ans							
10	Pose d'un appareillage orthopédique < 5 ans							
11	Chirurgie orthopédique							
	TOTAL							

Le Titulaire du CHP (ou son délégué).....

Nom et Prénom

Signature

Les vérificateurs (Noms, Prénoms et Signatures):

1.....

2.....

3.....

56. Facture mensuelle pour les indicateurs du Centre NeuroPsychiatrique de Kamenge

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

CENTRE NEUROPSYCHIATRIQUE DE KAMENGE

FACTURE MENSUELLE

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 d'un Médecin pour des Malades somatiques (>= 5 ans)							
2	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour des Malades somatiques (< 5 ans)							
3	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin pour des Malades psychotiques (> =5 ans)							
4	Nouvelle Consultation Curative d'un Médecin Malades psychotiques (<5 ans)							
5	Consultation curative des malades psychotiques en clinique mobile							
6	Journée hospitalisation Malades psychotiques >=5 ans							

7	Journée hospitalisation Malades psychotiques < 5 ans							
8	Référence dans un Hôpital							
9	Contre référence arrivée au CDS ou à l'Hôpital							
10	Petite chirurgie < 5 ans							
11	Séances de psychothérapie							
12	Séance de sociothérapie							
13	Séance d'ergothérapie							
14	Patient psychotique sous traitement suivi pendant 6 mois							
15	Dépistage volontaire du VIH/SIDA							
16	Nombre de nouveaux cas sous ARV							
17	Nombre de clients ARV suivi semestriellement							
18	Cas des IST traitées							
	TOTAL							

Le Directeur du CNPK (ou son délégué).....

Nom et Prénom

Signature

Les vérificateurs (Noms, Prénoms et Signatures):

1.....

2.....

3.....

57. Règlement d'Ordre Intérieur du Comité Provincial de Vérification et de Validation

I. Contexte et Justification

En vue de renforcer le système de santé, le Burundi a initié des réformes dans le fonctionnement de son système de santé dont entre autres la contractualisation du système de santé à travers le Financement basé sur la performance.

Des expériences pilotes de financement basé sur la performance ont été mises en œuvre dans 3 Provinces à partir de 2006 et les résultats probants de ces expériences ont amenées le Ministère de la Santé Publique à étendre cette approche dans 9 Provinces sur les 17 que compte le Pays et en 2010, le MSP souhaite généraliser le FBP dans tout le Pays. Cependant ces expériences pilotes, bien que basées sur les mêmes principes, ont été mises en œuvre par des ONGs différentes avec un montage institutionnel différent, un paquet de soins à contractualiser variable et des primes à la performance variables selon les Provinces.

Le Gouvernement a également décrété un paquet de soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans depuis 2006. Cependant, des problèmes liés notamment au retard de remboursement des structures de soins, à la surfacturation des actes médicaux, à la surcharge de travail du personnel de santé et au manque de médicaments et équipements ont entaché la mise en œuvre efficace de cette mesure. Pour faire face à ces difficultés, le MSPLS a pris l'option de financer le paquet gratuit des soins à travers un système de financement lié à une production de soins de qualité.

Pour une mise en œuvre harmonisée du Financement basé sur la performance et de la gratuité des soins au niveau national, un manuel des procédures décrivant dans les moindres détails la manière dont seront réalisées l'achat et le financement des prestations, la régulation, la vérification, la prestation des services et soins de santé et la participation de la communauté a été élaboré **et sera le guide de travail des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation.**

II. Mise en place des CPVV

Article 1 : L'ordonnance ministérielle N° 630/1092 du 11/08/2009 portant mise en place des organes du Financement basé sur la performance et la gratuité des soins a institué la mise en place des CPVV comme organe de mise en œuvre du Financement basé sur la performance et la gratuité des soins au niveau Provincial.

III. Composition des CPVV

Article 2 : Le Comité Provincial de vérification et de validation est un organe de composition mixte public et privé, garantie de sa transparence dans son fonctionnement. Il est composé d'un représentant de l'administration territoriale, des représentants de l'administration sanitaire et des

districts sanitaires, des représentants des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile.

Au sein du CPVV, il est instauré une équipe technique de vérification composée d'un vérificateur pour 15 formations sanitaires. L'équipe technique de vérification est de composition mixte avec des vérificateurs fonctionnaires détachés de leurs fonctions habituels et des vérificateurs contractuels recrutés.

IV. Missions et tâches du CPVV

Article 3 : Les CPVV ont pour mission de :

- ✓ **Vérifier et valider les données quantitatives des prestations des Formations sanitaires (FOSA) ;**
- ✓ **Valider les données qualitatives des prestations des Formations sanitaires ;**
- ✓ **Vérifier et valider les données quantitatives et qualitatives des associations locales sous contrats ;**
- ✓ **Gérer les contrats de performance ;**
- ✓ **Assurer le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé**
- ✓ **Inciter à la performance des Formations sanitaires.**

Pour ce faire, le CPVV est composée de 2 sous unités : une sous unité de validation et une sous unité de vérification dont les tâches sont décrites dans le manuel des procédures FBP.

Article 4 : Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la sous unité validation du CPVV a pour tâches de :

Gestion des contrats

Dans le cadre de la gestion des contrats, la sous unité validation du CPVV a les tâches suivantes :

- ✓ Identifier des nouvelles FOSA à contractualiser dans la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Sélectionner les FOSA éligibles (respect des conditions d'éligibilité, respect du plan de couverture) ;
- ✓ Analyser la pertinence, la cohérence et l'adéquation des plans d'action semestriels avec les plans opérationnels des BDS et BPS ;
- ✓ Négocier les contrats de performance avec les FOSA ;
- ✓ Signer des contrats de performance avec les FOSA au nom du MSPLS au plus tard le 30 è jour du dernier mois du semestre ;

- ✓ Signer des contrats de vérification communautaire des prestations des FOSA avec les ASLO au nom du MSPLS au plus tard le 30^e jour du dernier mois du semestre ;
- ✓ Archiver les contrats des FOSA ;
- ✓ Documenter la liste des FOSA contractualisées (synthèse et cartographie des contrats sélectionnés) ;
- ✓ Transmettre à la CT-FBP au plus tard le 5^e jour du premier mois de chaque nouveau semestre la liste de synthèse des FOSA contractualisées ;

La validation des données

Dans le cadre de la validation des données du FBP, la sous unité validation a pour tâches de :

- ✓ Analyser le déroulement de la vérification (méthodologie utilisée par les vérificateurs pour les vérifications, exploiter le PV synthétique de vérification) ;
- ✓ Analyser les écarts entre les quantités déclarées par la FOSA et les quantités vérifiées et leurs justificatifs ;
- ✓ Vérifier les calculs de facturation des différentes FOSA ;
- ✓ Valider mensuellement les données quantitatives des prestations des FOSA ;
- ✓ Valider trimestriellement les rapports d'évaluation de la qualité technique des FOSA ;
- ✓ Valider semestriellement le rapport de vérification communautaire des prestations des FOSA et de satisfaction des bénéficiaires réalisé par les ASLO ;
- ✓ Valider la facture compilée provinciale ;
- ✓ Elaborer un PV de validation cosigné par le Secrétaire du CPVV et le Président avec une liste de présence manuscrite signée ;
- ✓ Notifier aux FOSA les changements survenus lors de la validation ;
- ✓ Transmettre mensuellement le PV de validation des données quantitatives au BPS au plus tard 24 H après la séance de validation ;
- ✓ Transmettre trimestriellement les rapports validés d'évaluation de la qualité technique des FOSA au BPS.

Le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé, la sous unité validation a les tâches suivantes :

- ✓ Suivre mensuellement l'utilisation des subsides (y compris l'outil d'indice) ;
- ✓ Suivre mensuellement la consommation du budget provincial plafonné ;
- ✓ Proposer des ajustements internes pour rester dans le cadrage budgétaire provincial ;
- ✓ Analyser la performance des Plans d'action des FOSA ;

- ✓ Mener des missions conjointes de visites de terrain au niveau des FOSA au moins une fois par trimestre (avec BPS, BDS, CT-FBP Elargie)
- ✓ Analyser les données (qualité et quantité) et informations stratégiques de la mise en œuvre du FBP au niveau de la Province (l'évolution des indicateurs au niveau de la Province),
- ✓ Elaborer et transmettre à la CT-FBP les rapports trimestriels de suivi de la mise en œuvre,
- ✓ Faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations / enquêtes communautaires, évaluations de la qualité ;
- ✓ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP au niveau Provincial en collaboration avec les BPS et les BDS ;

Article 5 : Au sein du CPVV, l'équipe de vérification a pour tâches de :

- ✓ Vérifier la véracité des prestations mensuelles quantitatives déclarées par les FOSA en compagnie des responsables de la FOSA dans les délais impartis;
- ✓ Planifier mensuellement les activités de vérification dans les FOSA ;
- ✓ Compiler les rapports de vérification effectués dans les FOSA et faire le rapport narratif y relatif ;
- ✓ Cosigner la facture mensuelle de vérification des activités subventionnées des FOSA contractées;
- ✓ Tirer les échantillons nécessaires pour la réalisation des enquêtes communautaires ;
- ✓ Participer a la formation des enquêteurs sur les indicateurs à vérifier et sur la méthodologie de vérification dans la communauté ;
- ✓ Analyser l'évolution des prestations des FOSA contractées ;
- ✓ Calculer les bonus de qualité et d'équité à accorder aux FOSA ;
- ✓ Identifier les problèmes, discuter de ces derniers avec les concernés et proposer les solutions éventuelles au CPVV et aux FOSA contractées ;
- ✓ Assurer le suivi des prestataires de soins dans l'élaboration des supports d'informations sanitaires et de collecte des données pour enquêtes ;
- ✓ Tenir des statistiques sur les activités du PMA et PCA des indicateurs subventionnés des FOSA contractées;
- ✓ Saisir les données vérifiées (données quantitatives et qualitatives) dans la base de données FBP web ;
- ✓ Participer à la réunion mensuelle de validation du CPVV ;
- ✓ Mettre à jour régulièrement la base de données FBP web.

V. Fonctionnement du CPVV

Article 6 : Lors de sa première réunion, le CPVV sera présidé par le Représentant de l'administration territoriale et aura comme points à l'ordre du jour la prise de contact, la mise en place de son bureau et la prise de connaissance des missions et tâches du CPVV.

V.1. Le bureau du CPVV

Article 7 : Le bureau du CPVV est constitué du Président, du Vice-Président et du secrétaire.

Article 8 : Le secrétariat du CPVV est assuré par le Médecin Directeur de la Province Sanitaire étant donné la position et l'importance des attributions revenant à cette fonction.

Article 9 : Les membres du CPVV élisent à la majorité simple le Président et le Vice-Président du CPVV parmi les membres du CPVV qui auront présenté leur candidature à ces 2 postes.

Article 10 : Le Président du CPVV a les attributions spécifiques suivantes :

- ✓ Signer le contrat de délégation de responsabilités entre le Ministère de la Santé Publique et le CPVV ;
- ✓ Signer les contrats avec les formations sanitaires ;
- ✓ Convoquer les réunions ordinaires et extraordinaires du CPVV ;
- ✓ Présider les réunions du CPVV ;
- ✓ Représenter le CPVV auprès du Ministère de la Santé Publique et d'autres partenaires devant les Bailleurs et les autres partenaires du projet intervenant dans le domaine.

Article 11 : Le Vice-Président du CPVV a les attributions spécifiques suivantes :

- ✓ Assister le président dans toutes les tâches liées à l'organisation et à la coordination des activités du CPVV ;
- ✓ En cas d'absence et / ou d'empêchement du président, le Vice président le remplace.

Article 12 : Le secrétaire du CPVV a les attributions spécifiques suivantes :

- ✓ Préparer les réunions du CPVV ;
- ✓ Préparer les invitations à faire signer par le président et se charger de leur expédition aux membres du CPVV ;
- ✓ Dresser les procès verbaux des réunions et des autres activités du CPVV ;
- ✓ Dresser le tableau de mise en œuvre des recommandations issues des différentes réunions du CPVV ;

- ✓ Transmettre les rapports mensuels d'évaluation des prestations quantitatives des FOSA validées par le CPVV à la Cellule Technique Nationale ;
- ✓ Transmettre les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des CDS et Hôpitaux de District validées par le CPVV à la Cellule Technique Nationale ;
- ✓ Transmettre les déclarations de créances des formations sanitaires validées par le CPVV à la Cellule Technique Nationale;
- ✓ Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser toutes les factures originales reçues des formations sanitaires ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaire;

V.2. Convocation des réunions

Article 13 : Les réunions du CPVV sont convoquées par lettre d'invitation par le Président du CPVV, sur proposition du secrétaire du CPVV. La convocation des réunions doit se faire une semaine avant leur tenue.

Article 14 : Les réunions ordinaires du CPVV ont lieu une fois par mois après réalisation des différentes vérifications. Toutefois, en cas de besoin, le Président du CPVV peut convoquer une réunion extraordinaire pour analyser une question spécifique.

V.3. Quorum et décisions

Article 15 : Pour statuer sur une question, un quorum représentatif d'au moins 2/3 des membres doivent être présent.

Article 16 : Lorsque le quorum n'est pas atteint, le Président du CPVV convoque une deuxième réunion qui procède aux délibérations quel que soit le nombre de membres présents.

Article 17 : Les décisions du CPVV sont prises par consensus. En cas de besoin et sur demande de la ½ des membres, les décisions sont prises par vote au scrutin secret. En cas d'égalité des voix, celle du Président est doublement comptée.

V.4. Participation aux réunions du CPVV

Article 18 : La participation aux réunions du CPVV revêt un caractère obligatoire. La non participation répétée d'un membre aux réunions du CPVV peut amener le Bureau du CPVV à prendre les mesures suivantes :

- ✓ L'avertissement : elle se fait par lettre du Président du CPVV adressée à l'intéressé ;
- ✓ La suspension de la prime de performance ;
- ✓ La Suspension temporaire.

VI. Négociation et signature des contrats

Article 19 : Le Président du CPVV signe au nom du CPVV et par délégation du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, des contrats de performance avec les formations sanitaires publiques et agréées de la Province et les associations locales chargées de la vérification communautaire. Ces contrats sont renouvelés tous les 6 mois.

Article 20 : Avant la signature des contrats, l'équipe de vérification du CPVV procède à la négociation des contrats avec les FOSA sur base d'un plan d'action semestriel.

VII. Vérification et validation des prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires

Article 21 : A la fin de chaque mois, l'équipe de vérification du CPVV devra procéder à la vérification des prestations quantitatives des formations sanitaires pendant 14 jours au maximum. Après cette vérification, l'équipe de vérification devra transmettre les demandes de remboursement des formations sanitaires dûment signées par les Titulaires des CDS et les Directeurs des Hôpitaux de District au CPVV.

Article 22 : A la fin de chaque trimestre, le Bureau Provincial de Santé, en collaboration avec le Bureau de District Sanitaire, procède à l'évaluation qualitative des prestations des Centres de Santé pendant un délai maximal de 15 jours. La qualité au niveau des Hôpitaux est réalisée par les pairs des autres Provinces. Par la suite, le Bureau Provincial de Santé transmettra au CPVV le rapport d'évaluation de la qualité ainsi que les demandes de remboursement y relatives.

Article 23 : Le CPVV se réunit une fois par mois pendant 1 jour pour valider les demandes de remboursement des prestations quantitatives (chaque mois) et qualitatives (chaque trimestre) et transmettre ces demandes validées ainsi que le PV de validation au Bureau Provincial de Santé.

Article 24 : Le Médecin Directeur de la Province Sanitaire, qui est Secrétaire du CPVV, doit transmettre à la Cellule technique nationale la synthèse des demandes de remboursement des prestations quantitatives compilées pour toutes la Province avec en annexe des copies des demandes de remboursement.

VIII. Traitement des erreurs et falsifications

Article 25 : Lors de la validation, en cas d'identification d'erreurs arithmétiques, elles sont immédiatement corrigées par le CPVV et notifiées à la FOSA concernée.

Article 26 : En cas d'identification d'erreurs majeures ou de falsifications, le traitement du dossier est reporté au mois suivant et l'équipe de vérification doit veiller, en collaboration avec la structure concernée, à corriger les erreurs et falsifications observées.

Article 27 : Des sanctions sont prises en cas de falsification intentionnelle. En cas de désaccord entre les parties prenantes, il faut se référer au cadre de confrontation au niveau provincial (CPVV, BPS, BDS) et au besoin au niveau national (CT-FBP, MSPLS).

IX. Règlement des litiges

IX.1. Au niveau des formations sanitaires

Article 28 : En cas de non respect des principes du Financement Basé sur la Performance (FBP), la Formation Sanitaire s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ Création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte dans le calcul de la rémunération de la Formation Sanitaire ;
- ✓ Les prestations de mauvaise qualité tels que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- ✓ Mauvaise performance en fonction des objectifs fixés tels que définis dans le plan d'action trimestriel ;
- ✓ Entrave aux activités de vérification.

Article 29 : Le Bureau Provincial de Santé et le CPVV vont déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à la Formation Sanitaire. Ces sanctions peuvent être entre autre le non paiement des subsides, la suspension temporaire de la FOSA de la stratégie FBP ainsi que les mesures administratives prises par l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante de la FOSA.

IX.2. Règlement des litiges liés à la motivation du personnel

Article 30 : En cas de faute lourde d'un employé d'une FOSA, le Comité de Gestion de la FOSA peut décider de suspendre les primes d'un employé pendant une durée maximale de trois (3) mois. Toutefois, cette décision doit être soumise à l'approbation du CPVV.

Article 31 : En dehors des sanctions prévues dans le cadre du FBP, des mesures administratives telles que prévues par la loi sont appliquées à l'encontre du personnel fautif en fonction de la gravité de la faute commise.

IX.3. Règlement des litiges au niveau des associations communautaires

Article 32 : L'association locale actrice dans les enquêtes communautaires trimestrielles pourrait être sanctionnée pour les raisons suivantes :

- ✓ Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête, **conduit au non paiement de cette enquête et la non attribution du bonus défini dans le cadre du contrat relatif aux enquêtes ;**
- ✓ La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, au delà du délai de 15 jours prévu par le contrat qui lie l'association au CPVV, **conduit au non paiement total de l'enquête ; la remise des résultats au delà de 21 jours conduit à la résiliation du contrat ;**
- ✓ La non exécution de l'enquête commissionnée ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses **conduit à la résiliation du contrat en cours et au non renouvellement du contrat.**

Article 33 : En cas de résiliation du contrat par une des parties (CPVV ou Association locale communautaire), celle - ci devra donner un préavis minimum de quinze jours.

Article 34 : En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution du contrat entre le CPVV et l'association locale communautaire, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera reporté au Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA pour décision.

IX.4. Règlement des litiges entre CPVV et les formations sanitaires

Article 35 : En cas de litige entre le CPVV et les FOSA de la Province concernant l'exécution des contrats d'achats FBP passés, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, à travers la CT-FBP, est saisie par l'une ou l'autre des parties pour trouver une résolution au litige.

Article 36 : Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA peut se saisir d'office d'un cas de litige ou de dysfonctionnement avéré dans les relations entre le CPVV et les FOSA de la province.

Article 37 : Après avis de la CT-FBP Elargie, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA prend des décisions finales et non susceptibles de recours. La CT-FBP assure le suivi de la mise en application de ces décisions.

X. Dispositions particulières

Article 38 : Sur proposition d'au moins $\frac{3}{4}$ des membres, le CPVV peut amender les dispositions du présent règlement d'ordre intérieur et les nouvelles propositions ne doivent pas entrer en contradiction avec le Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP.

Article 39 : Pour toute modification du présent règlement d'ordre intérieur, le CPVV doit demander l'avis favorable du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA via la CT-FBP avant la mise en vigueur des nouvelles propositions.

Article 40 : Pour tout ce qui n'est pas prévu dans le présent Règlement d'ordre intérieur, le CPVV doit se conformer scrupuleusement aux prescrits du Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance ainsi qu'aux lois et règlements de la République du Burundi.