

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

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus
I. Direction de l'Hôpital		
II. Unité d'appui administratif et logistique		
III. Unité d'accueil, urgences et soins ambulatoires		
IV. Unité d'appui aux soins		
V. Unité d'hospitalisation		
TOTAL		

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
Direction de l'Hôpital					
1	La coordination de l'hôpital et l'encadrement des services sont assurés	<ol style="list-style-type: none"> 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, un représentant du BDS, un représentant du BPS (pour les hôpitaux avec un statut autonome), les conseillers techniques qui interviennent dans l'hôpital (représentants des bailleurs/partenaires du MSPLS); 3. Au moins une réunion trimestrielle entre l'équipe de direction et les représentants syndicaux 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 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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 problèmes relevés, (v) 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>15 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>40 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max-40</p>	

		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	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	<ol style="list-style-type: none"> 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 présence du directeur de l'hôpital, du DACS, des médecins et de tous les chefs de services 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 et de tous les chefs de services cliniques ; 5. Tous les décès maternels ont été déclarés au BDS moins de 72 heures après leur survenue 	<ol style="list-style-type: none"> 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 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 BPS (registre de transmission visé ou courrier électronique) 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas rempli</p> <p>25 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>100 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 100</p>	

3	L'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services	<p>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 25^{ème} jour suivant le mois concerné;</p> <p>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 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)</p> <p>3. Le rapport comporte au minimum les chapitres suivants: (i) suivi des recommandations émises les 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</p> <p>4. Chaque chapitre du rapport mentionne au minimum (i) les problèmes relevés pendant le mois concerné et (ii) les leçons apprises, (iii) les actions correctrices proposées pour ces problèmes avec (iv) responsables et (v) échéances de mise en œuvre.</p>	<p>1. PV de réunion du COGE avec Liste signée de présence des participants à la séance d'analyse des données</p> <p>2. PV d'au moins une réunion mensuelle de chaque service pour l'analyse des données avec liste de présence</p> <p>3. Rapports mensuels des activités pour chaque service respectant le canevas fourni par la DSNIS</p> <p>4. Rapport mensuel des activités de l'hôpital respectant le canevas fourni par la DSNIS/DGP</p> <p>5. Preuve de transmission au BDS de chacun des documents ci-dessus (registre de transmission visé ou courrier électronique)</p>	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si un seul critère n'est pas rempli</p> <p>40 si tous les critères remplis</p> <p>Max : 40 Pts</p>	
---	--	--	--	--	--

Unité d'appui administratif et logistique				
4	Les mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels	<ol style="list-style-type: none"> 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 ; 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. <i>Un échantillon de 10 dossiers des cas référés est tiré et analysé</i> 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>20 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>50 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 50</p>

5	<p>Une bonne gestion des RH permet de maintenir en environnement de travail motivant pour le personnel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. La copie de l'outil Indice pour chacun des mois du trimestre évalué est disponible (à déplacer vers l'indicateur sur la gestion financière) 3. 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) ; 4. Le calendrier de formations programmées pour le trimestre évalué dans le plan d'action semestriel a été exécuté à 70% au minimum ; 5. 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; 6. 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) 7. Chaque agent d'entretien de l'hôpital a une tâche et une affectation précise dans un service, décrits et consignés dans son dossier 	<ol style="list-style-type: none"> 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, 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 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 3 critères ne sont pas remplis</p> <p>10 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>20 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>40 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 40 Pts</p>	
---	--	---	---	--	--

6	La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques	<p>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.</p> <p>2. Le rapprochement bancaire mensuel est effectué</p> <p>3. Chaque dépense donne lieu à un document d'autorisation de dépense (y compris pour la pharmacie)</p> <p>4. Au moins un inventaire de chacune des caisses (y compris la pharmacie) a été fait chaque mois et dégage un équilibre entre le solde physique et le solde théorique</p> <p>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 ;</p> <p>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</p> <p>7. Le fichier de suivi des créances est à jour, et montre un taux de recouvrement supérieur ou égal à 65%</p> <p>8. Les données de l'outil d'indice sont en cohérence avec les données du rapport financier pour chacun des mois évalués ;</p> <p>9. Le taux d'exécution du budget d'investissement (dépenses prévues</p>	<p>1. Pour évaluer la fiabilité du rapport financier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>2. Pièces comptables à jour et classées chronologiquement par numéros</p> <p>3. Journaux comptables</p> <p>4. Grand livre du trimestre T - 1</p> <p>5. Rapport d'inventaire</p> <p>6. Outils d'indices classés</p> <p>7. Rapport trimestriel d'activités</p>	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>20 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>60 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 60</p>	
---	---	--	---	--	--

		<p>dans le plan d'action semestriel) est supérieur ou égal à 80%</p> <p>10. Les journaux comptables, le grand livre général et la balance générale sont édités à la date de clôture du trimestre évalué.</p> <p>11. La balance générale est équilibrée pour le trimestre évalué</p>	8. 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	<p>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</p> <p>2. Aucun déchet (infectieux, anatomique, ménager et autre) n'est observable dans l'enceinte de l'hôpital (voir services)</p> <p>3. Chaque bureau visité est propre, sans toile d'araignée et bien rangé ;</p> <p>4. Toutes les toilettes visitées (i) sont propres, (ii) sans mauvaises odeurs, (iii) dotées de porte avec serrure fonctionnelles de l'intérieur ;</p> <p>5. L'enceinte de l'hôpital entièrement débroussaillé et aucune trace d'eau stagnante n'est observable</p> <p>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, râpeaux, 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)</p>	<p>1. Observation directe par les évaluateurs;</p> <p>2. Fiches de stock des boîtes de sécurité;</p>	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>15 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>40 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 40 Pts</p>	

8	Les services de l'hôpital reçoivent les intrants nécessaires pour mener leurs activités	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bon de réquisition de matériel 2. Fiches de stock matériel et consommable 3. Rapports d'utilisation du matériel et consommables 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si un seul critère n'est pas rempli</p> <p>50 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 50 Pts</p>	
9	Les équipements biomédicaux, le matériel informatique et bureautique est fonctionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un plan de maintenance préventive et curative de tous les équipements, matériel informatique et bureautique est suivi; 2. Existence d'un guide d'utilisation pour chaque appareil 3. Les services attendus de chaque équipement ou matériel ont été obtenus durant la période évaluée 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si un seul critère n'est pas rempli</p> <p>30 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 30 Pts</p>	

10	La pharmacie centrale approvisionne régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en ME et consommables	<ol style="list-style-type: none"> 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 4. Le taux de satisfaction partielle des commandes totales 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) réSoMal (iv) Plumpy-Nut, (v) vit A, (vi) acide Folique, (vii) albendazole/Mebendazole, (viii) Amoxicilline, (ix) ACT 	<ol style="list-style-type: none"> 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 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) 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 3 critères ne sont pas remplis</p> <p>20 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>40 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>100 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 100 Pts</p>	
----	--	---	---	--	--

Unité d'accueil, urgences et soins ambulatoires					
11	La permanence des services est assurée	<p>1. Les Médecins et les cadres du service administratif ont élaboré chacun un emploi du temps mensuel pour la période évaluée ;</p> <p>2. L'emploi du temps des médecins est affiché au service des urgences et/ou des consultations externes ;</p> <p>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 ;</p> <p>4. Le calendrier de congé du personnel est élaboré et respecté ; les mécanismes d'intérim sont prévus ;</p> <p>5. Les arrivées et sorties du personnel sont enregistrées dans un registre de présence commis à cet effet ;</p> <p>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</p>	<p>1. Rôles de gardes, calendrier des congés et emplois du temps archivés et/ou affichés</p> <p>2. Registre de présence à jour</p> <p>3. Registre du rapport des gardes de médecins</p> <p>4. Registres de la pharmacie, du laboratoire, échographie et radiologie montrant les actes posés les week-ends et les jours fériés</p>	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>15 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>40 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 40 Pts</p>	

12	L'organisation de l'accueil et de l'orientation permettent une prise en charge correcte des patients	<p>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</p> <p>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 vaso-dilatants, (v) du matériel de pansement, (vi) de l'insuline accessible 24 heures par jour, (vii) un broncho-dilatateurs, (viii) des solutés glucosé à 5, 10% et 30%, ringer-lactate, adrénaline), (ix) des bandes ouatées, (x) des rouleaux de bandes plâtrées de différentes tailles , (xi) Xylocaine avec kit de suture</p> <p>3. Le Glucomètre du service des urgences est fonctionnel, utilisé, avec au moins 10 bandelettes disponibles</p> <p>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 ans) et vérifiées</p> <p>(i) Elles comportent toutes les informations mentionnées sur le modèle de dossier médical préparé par la DODS</p> <p>(ii) Les patients ont reçu les médicaments prescrits</p>	<p>1. Fiches d'admission disponibles</p> <p>2. Registre des services d'urgence</p> <p>3. Observation directe</p> <p>4. Fiches de stock</p> <p>5. Existence des jetons pour distribuer aux malades</p> <p>6. Utilisation glucomètre: voir registre des examens aux urgences</p> <p>7. Preuve de sortie des médicaments pour les 6 fiches de patients tirées au hasard</p>	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si un seul critère n'est pas rempli</p> <p>60 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 60 Pts</p>	
----	--	--	--	--	--

Unités d'appui aux soins				
13	Des examens de laboratoire de qualité facilitent le diagnostic et la prise en charge des patients	<ol style="list-style-type: none"> 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 signés au dates prévues dans le calendrier de maintenance par les personnes compétentes ; 5. La fiche de stock de tests rapides pour le diagnostic de VIH/sida est à jour et ceux-ci. (ii) Ces test 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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 décontamination 	<p>L'indicateur est coté :</p> <p>0 si un seul critère n'est pas rempli</p> <p>70 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 70 Pts</p>

14	Les accouchements sont faits dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales	<ol style="list-style-type: none"> 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 ; 7. Les cas admis à la maternité sont correctement pris en charge : <i>pour 5 parturientes tirées au hasard</i>, 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rôle de garde 2. Bons de réquisition 3. Bons de remise-reprise 4. Fiches de stocks 5. 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 6. Observation directe 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si un seul critère n'est pas rempli</p> <p>60 si tous les critères sont remplis</p> <p>Max: 60 Pts</p>	
----	---	--	--	--	--

15	Les interventions chirurgicales sont faites dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales	<ol style="list-style-type: none"> 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 d'intubation, (iii) le matériel de prélèvement, (iv) des sondes naso-gastriques, (v) des sondes vésicales, (vi) 2 kits d'intervention stérilisés prêts pour une césarienne et une chirurgie abdominale 2. Les derniers bons de réception de l'oxygène par le bloc opératoire sont classés ; 3. Les tenues appropriées pour personnel du bloc opératoire sont disponibles et utilisées: blouses chirurgicales, masques, bonnets et sandales propres et adaptés ; 4. 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 ; 5. 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 	<p>Registre des interventions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observation directe des évaluateurs ; 2. Bon de réquisition et de livraison du matériel et consommables au bloc opératoire 3. Fiches de stocks et stocks physiques <p>4. 5 cas de césarienne et 5 autres interventions chirurgicales tirées au hasard pour le trimestre évalué et vérifiés</p>	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>20 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>60 si tous les critères remplis</p> <p>Max: 60 Pts</p>	
----	--	---	--	---	--

16	<p>Les procédures d'amélioration continues de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'appui</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 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 Directeur et à l'équipe cadre de district 	<ol style="list-style-type: none"> 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 intégrées dans le rapport mensuel de l'Hôpital 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>20 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>50 si tous les critères remplis</p> <p>Max: 50 Pts</p>	
----	---	---	---	---	--

Unité 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	<p>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 ;</p> <p>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 (<i>au moins 7</i>) 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 direction et de l'ECD, (vi) suivi des recommandations des audits cliniques et des audits de décès ;</p> <p>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</p>	<p>1. PV des réunions</p> <p>2. Rapport SIS</p> <p>3. Preuve de transmission avec accusé de réception du BDS et à l'équipe de direction (registre de transmission ou courrier électronique)</p>	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 2 critères ne sont pas remplis</p> <p>20 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>60 si tous les critères remplis</p> <p>Max: 60 Pts</p>	

18	Les procédures d'amélioration continue de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'hospitalisation	<p>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 ;</p> <p>2. Le registre d'instructions des infirmiers est bien tenues, (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 ;</p> <p>3. <i>Pour 5 (Cinq) dossiers de malades pris en charge pendant la période évaluée tirés au hasard :</i></p> <p>(i) toutes les informations exigées dans le modèle de dossier médical arrêté par la DODS sont mentionnés</p> <p>(ii) le patient a été vu au moins une fois par jour par un médecin <i>S'il s'agit d'un patient bénéficiaire de la gratuité ou de la CAM :</i></p> <p>(iii) il a bénéficié de tous les examens complémentaires prescrits</p> <p>(iv) il a reçu tous les médicaments prescrits</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>L'indicateur est coté:</p> <p>0 si 1 critère n'est pas rempli</p> <p>60 si tous les critères remplis</p> <p>Max: 60 Pts</p>	
	Total			1000	
		Performance globale		%	