

Note de présentation des nouvelles grilles d'évaluation de la qualité des soins dans les Centres de Santé et Hôpitaux de Districts

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Lorsque le Financement Basé sur la Performance est généralisé au Burundi en 2010, les ressources suffisantes ne peuvent être mobilisées à brève échéance pour réaliser les investissements indispensables à l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires. Les unités d'investissements notamment, bien que prévus dans le montage initial, ne peuvent être attribuées.

Aussi, les Indicateurs d'inputs et de processus sont privilégiés dans la première grille d'évaluation de la qualité des services pour encourager les formations sanitaires à investir les ressources issues du FBP dans l'amélioration du plateau technique et de l'environnement de travail. Les résultats sont probants. On observe en effet dans les Hôpitaux de District, mais surtout dans les Centres de Santé entre 2010 et 2013 :

- Le recrutement du personnel local pour pallier aux insuffisances en ressources humaines ;
- L'achat du petit matériel et de quelques équipements pour répondre aux normes ;
- L'investissement dans l'amélioration des conditions d'hygiène ;
- Une réelle augmentation de la production des services, suite à l'amélioration de la permanence des soins et à une meilleure réponse aux demandes des utilisateurs de la part des formations sanitaires.

Malgré ces succès et comme le relèvent les rapports annuels 2011 et 2012 sur le FBP au Burundi, on ne peut affirmer qu'il y a une amélioration sensible de la sécurité des malades, ou que les soins dispensés dans les formations sanitaires sont continus et centrés sur le patient. De nombreux problèmes sont en effet relevés par diverses évaluations :

- Faible pertinence des grilles d'évaluation de la qualité : Les scores de qualité ne rendent pas compte de la qualité des services produits, la situation réelle entre deux évaluations n'étant souvent pas prise en compte ;
- Insuffisance de l'accueil, de l'efficacité, l'efficience et la globalité des soins dans les formations sanitaires ;
- Insuffisance des mécanismes de référence et contre référence ;
- Insuffisances dans le financement et la gestion des hôpitaux ;
- Faible résolution des problèmes mis en lumière par les mécanismes du FBP suite à une implication limitée des structures de régulation dans l'amélioration de la performance des Fosas et à une faible capacité des structures de santé à utiliser les résultats d'évaluations externe pour instaurer une culture d'amélioration continue de la qualité.

Les nouvelles grilles d'évaluations pour les formations sanitaires, les BDS et les BPS, autant que l'introduction du FBP dans les Services centraux du MSPLS, visent à limiter l'impact de ces problèmes. Toutefois, leur effet ne sera optimal que s'il y a un consensus à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur la définition de la qualité des soins et que les stratégies de renforcement du système de santé clairement définies par les services compétents du MSPLS sont mises à la disposition de la CT-FBP pour permettre d'élaborer des grilles d'évaluations toujours plus pertinentes.

II. OBJECTIFS DES NOUVELLES GRILLES D'ÉVALUATIONS DE LA QUALITÉ

L'élaboration de nouvelles grilles vise en effet à améliorer la pertinence et la validité des outils de mesure de la qualité des soins offerts dans les formations sanitaires en particulier, et des interventions des services du MSPLS en général. Ainsi, les nouveaux outils prennent en compte les recommandations de diverses évaluations du Financement Basé sur la Performance, notamment :

- Inciter les services de santé à instaurer une culture de l'amélioration continue de la qualité des interventions ;
- Contribuer à la mise en place des mécanismes de certification des Hôpitaux ;
- Privilégier les indicateurs de résultats dans l'évaluation de la qualité des services ;
- Privilégier dans les formations sanitaires l'évaluation de la qualité prestations cliniques et la mise en place de l'assurance qualité ;
- Augmenter le poids du bonus de qualité dans l'allocation des ressources aux formations sanitaires via les mécanismes du FBP ;
- Augmenter le poids de la qualité technique dans le calcul du score global de qualité.

Les mécanismes d'évaluation proposés essaient également de :

- Alléger les grilles d'évaluation afin de donner plus de temps aux échanges d'expériences lors de l'évaluation par les pairs ;
- Inciter les services à améliorer le monitoring et l'auto-évaluation, éléments important du cycle de l'amélioration continue de la qualité ;
- Réduire l'impact des facteurs de performance non pris en compte dans les indicateurs définis sur la qualité des services offerts ;
- Réduire les possibilités de rapportage erroné et de tricherie pendant les évaluations ;
- Réduire les conflits d'intérêts éventuels occasionnés du fait de l'évaluation par les pairs ;
- Limiter la tendance à l'élaboration par les services de santé de plans d'actions centrés sur l'amélioration des indicateurs du FBP.

Les nouveaux outils prévoient trois types d'évaluations des formations sanitaires :

1. Une évaluation annuelle de certification des formations sanitaires menée par le niveau central et les BPS, précédée par une auto-évaluation ;
2. Une évaluation trimestrielle de la qualité des soins menée par les pairs pour les hôpitaux et par les BPS (ONG d'accompagnement) pour les Centres de Santé ;
3. Une évaluation mensuelle focalisée sur les quantités de services produits, menée par les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation.

III. L'ÉVALUATION ANNUELLE DE CERTIFICATION

Contrairement à l'accréditation qui est une démarche obligatoire et qui se fait pour une longue durée (5 ans par exemple), la certification est par définition une démarche volontaire et se fait pour des durées plus courtes. Aussi, la CT-FBP ne se substitue pas à l'Inspection chargée des accréditations du MSPLS. En effet, la certification envisagée dans le cadre du FBP n'interfère pas avec les mécanismes habituels de création et d'ouverture des centres de santé. Elle ne concerne que les formations sanitaires qui souhaitent signer un contrat de performance pour lesquelles elle définit les caractéristiques de base d'une structure qui peut produire des services acceptables (et achetables). Elle améliorera ainsi l'information de l'acheteur autant que des bénéficiaires des prestations de santé.

III.1 Organisation de la certification

L'évaluation de certification sera menée par les autorités compétentes du MSPLS, afin de renforcer la régulation par la hiérarchie, en définissant les conditions minimales sans lesquelles une formation sanitaire ne peut prétendre produire des services de qualité.

La périodicité de cette évaluation sera annuelle pour le PNDS II. Les évaluations de certification pourront par la suite se faire tous les deux ans en fonction des résultats obtenus ainsi que des ressources humaines et matérielles mobilisable pour les mener dans de bonnes conditions. Une auto-évaluation précédant l'évaluation par la hiérarchie sera exigée. Elle permettra de préparer les plans d'actions annuels.

Au terme de l'évaluation, chaque formation sanitaire sera classée dans l'une des catégories ci-dessous :

1. Hôpital ou Centre de santé certifié ;
2. Hôpital ou Centre de santé certifié avec recommandations ;
3. Hôpital ou Centre de santé certifié sous réserve ;
4. Hôpital ou Centre de santé non certifiée.

Les équipes chargées de la certification sont désignées par la CT-FBP élargie. Il s'agira du personnel du niveau central, y compris les hôpitaux nationaux pour la certification des hôpitaux, et du personnel des ONG intervenant dans le secteur de la santé pour la certification des Centres de santé.

III.2 Les domaines évalués

Les indicateurs de certification évalueront le plateau technique minimal ainsi que les procédures indispensables pour une production des soins de qualité.

III.2.1 Plateau technique

La disponibilité des ressources humaines de qualité, y compris le staff polyvalent et personnel spécialisé nécessaire pour la production des soins et la gestion de l'hôpital seront évalués. La présence des infrastructures et équipements respectant les normes pour l'offre du paquet de services définis seront également évaluée.

III.2.2 Outils de gestion de la qualité

Il s'agit de s'assurer qu'un dispositif est mis en place pour identifier et corriger les dysfonctionnements qui surviennent dans l'accès aux soins, la qualité des prestations offertes et l'approvisionnement en intrants. Ce dispositif devra permettre à la formation sanitaire de détecter

les failles dans la prise en charge des patients, de comprendre les causes des dysfonctionnements, d'élaborer, mettre en œuvre les solutions et en évaluer l'impact sur l'organisation.

Les outils de gestions évalués sont :

- La description du circuit du malade ;
- Les guides thérapeutiques et ordinogrammes
- La description des procédures d'audits cliniques, audits médicaux et contrôle financier interne, ainsi que les prévisions de ressources nécessaires pour mener ces audits ;
- Les outils de supervisions internes, d'évaluation du personnel et de formation continue ;
- Les outils du Système d'Information Sanitaire, y compris le dossier médical ;
- Les outils de suivi et auto-évaluations ;
- Les instructions sur la tarification et l'accès financier aux soins.

III.2.3 Leadership

L'évaluation de certification s'assurera que la direction de l'hôpital est préparée à assurer en assurer le leadership dans le respect des principes de gouvernance. Aussi, les indicateurs vérifieront que l'organigramme de l'hôpital est bien élaboré, et montre répartition des responsabilités les lignes de supervisions de l'ensemble du personnel des services d'hospitalisation, des services d'appui aux soins et des services administratifs.

La répartition des responsabilités doit être claire pour chaque personne exerçant à l'hôpital. Les contrats du personnel recruté localement doivent également respecter les instructions de la Direction des Ressources humaines.

Chaque membre du personnel doit participer au processus de planification en fonction de ses responsabilités, afin que le projet hospitalier autant que les sous projets par services soient partagés par les différents corps de métiers. Il s'agit aussi bien des projets médicaux, y compris la permanence des services, des projets de soins que des plans d'approvisionnement, de maintenance et d'appui logistique.

Les outils de gestions indispensables à la mise en œuvre de ces projets doivent également être disponibles suivant les modèles indiqués par les services centraux du MSPLS. Les outils de gestion permettront une bonne codification et circulation de l'information au sein de la structure et avec la hiérarchie, ainsi que la promotion de la transparence dans la gestion financière et la répartition des primes pour éviter une démotivation du personnel.

III.3 Résultats des évaluations de certification

L'Hôpital ou le Centre de Santé est **certifié** s'il obtient un **score supérieur ou égal à 80%**. Dans ce cas, les bonus qualité seront calculés tout au long de l'année avec les formules actuelles du manuel de procédures FBP.

Si le score est **supérieur ou égal à 65% mais inférieur à 80%**, il est **certifié avec des recommandations**. Les recommandations de l'équipe d'évaluation sont alors incluses dans le plan d'action annuel. L'hôpital ou le Centre de Santé **perd 25% du bonus qualité** auquel il a droit jusqu'à la mise en œuvre complète desdites recommandations, attestée par l'équipe d'évaluation trimestrielle.

Pour un score **supérieur ou égal à 50% et inférieur à 65%**, l'hôpital ou le Centre de Santé est certifié sous réserve. Il perd 50% de son bonus qualité jusqu'à la levée complète des réserves émises par une équipe nommée dans les formes que celle qui a initialement évalué la certification.

Les Hôpitaux et Centres de Santé qui obtiennent **moins de 50%** sont classés **non certifiés**. Ils n'obtiennent **pas de bonus qualité** jusqu'à une éventuelle évaluation positive l'année suivante.

Les nouvelles formations sanitaires ne bénéficieront d'un contrat dans le cadre du Financement Basé sur la Performance que si elles ont plus de 80% à la première évaluation de certification.

Toutes les formations sanitaires bénéficiaires d'un contrat secondaire seront soumises à l'évaluation de certification. Elles perdront de facto le bénéfice de ces contrats secondaires si elles ne sont pas certifiées.

Si dans une aire de santé une formation sanitaire ayant un contrat principal n'est pas certifiée alors qu'une autre ayant le contrat secondaire est certifiée, le CPVV signe un contrat principal avec cette dernière.

IV. PRODUCTION DES SOINS : ÉVALUATIONS QUANTITATIVES

L'évaluation quantitative continue à être faite tous les mois par les CPVV. Les grilles d'évaluations privilégient autant que faire se peut les outputs et essaient d'impliquer les clients dans la régulation de l'offre des soins. En « votant par les pieds », ils contribuent en effet à redessiner la carte sanitaire.

L'évaluation de la production des soins curatifs favorise l'offre des soins gratuits aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes comme le recommande la politique du Gouvernement. Les tarifs du FBP visent à couvrir les coûts de production des prestations, en harmonie avec les remboursements prévus dans le cadre de la Carte d'Assistance Médicale et des autres mécanismes de tiers payant. Les critères de performance sont conçus pour limiter les risques de tricherie dans le rapportage et favoriser le respect des normes édictées par le MSPLS.

Evidemment, les objectifs du PNDS sont pris en compte en ce qui concerne l'offre des soins préventif et promotionnels. Les taux de couvertures seront pris en compte, et non plus les quantités en valeur absolue pour les prestations préventives et promotionnelles.

V. EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITÉ DES HÔPITAUX

Elle vise à introduire l'autorégulation professionnelle, avec une évaluation par les pairs de la qualité qui donne droit à un bonus ou à un malus à la formation sanitaire. L'évaluation se fera par service, les différents services étant classés dans les unités suivantes : (1) la Direction de l'hôpital, (2) les services d'appui administratifs et logistiques, (3) les services d'accueil, urgence et soins ambulatoires, (4) les services de soutien aux soins, (5) les services d'hospitalisations.

Les nouvelles grilles d'évaluation devraient privilégier les indicateurs de résultats aux indicateurs de processus qui seront renvoyés à l'évaluation annuelle de certification. La proportion de financement affectée à la qualité des soins augmentera également comme suggéré par plusieurs évaluations externes. Elle pourrait passer de 25 à 30% des montants perçus lors des évaluations quantitatives.

Toutefois, comme des progrès importants doivent encore être faits par le personnel des hôpitaux, de nombreux indicateurs viseront encore dans un but pédagogique à s'assurer que le management stratégique est effectif dans chaque service de l'hôpital avec l'introduction progressive des cercles de qualité, l'amélioration des mécanismes d'apprentissage, du professionnalisme et du travail en équipe.

V.1 Direction de l'hôpital

L'évaluation de la Coordination de la structure inclut le fonctionnement de l'équipe de direction et l'atteinte des objectifs de santé publique.

Les indicateurs de fonctionnement de l'équipe de direction évalueront :

- Le suivi des plans d'actions, y compris le suivi des recommandations des évaluations FBP, le rapportage, la circulation de l'information au sein de la structure, le suivi des plans de formations et le taux d'exécution du budget ;
- Le respect des instructions sur la tarification et l'accès aux soins, y compris les mécanismes de prise en charge des indigents ;
- La mise en place des cercles de qualité et le respect du plan de suivi et évaluation, y compris au niveau des services ;
- Les mécanismes de prise de décisions partagées avec le personnel, mais surtout les membres de la communauté et la société civile qui représentent les clients qui sont non les payeurs de soins, mais aussi les copropriétaires des structures publiques en tant que citoyens.

Sur le plan technique, l'équipe de direction sera évaluée sur :

- Les supervisions du personnel par l'équipe de direction et l'ECD ;
- L'utilisation des Guides thérapeutiques et ordigrammes ;
- La réalisation des audits cliniques et des audits médicaux et mise en œuvre de leurs recommandations ;
- L'organisation des soins infirmiers, y compris la permanence des soins.
- La production et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision.

V.2 Appui administratif et logistique

L'unité qui assure la fonction de gestion des ressources est individualisée de la direction de l'hôpital à cause de son rôle important dans l'exécution du plan d'approvisionnement de l'hôpital, qui influence le fonctionnement de divers services, notamment en ce qui concerne le transport des patients,

l'approvisionnement en matériel et produits pour l'imagerie ainsi que l'approvisionnement en petit matériel et consommables non médicaux pour l'ensemble de la structure.

C'est la capacité de l'unité à répondre aux demandes et besoins des autres services de l'hôpital qui sera évaluée, ainsi que la gestion des finances, notamment la sécurisation des recettes, la traçabilité des dépenses, la gestion de la trésorerie, l'exécution et le suivi budgétaire, etc.

La réponse aux besoins concerne également la maintenance du matériel et des infrastructures dans tous les services, ainsi que le respect des règles d'hygiène hospitalière.

La gestion de la pharmacie ne sera pas particulièrement évaluée de manière aussi exhaustive que dans la précédente grille, mais sa capacité à répondre aux demande en médicaments et consommables médicaux des services hospitaliers et des patients. Les grilles d'évaluations des organes de régulation insisteront sur la qualité des supervisions, afin de les amener à mieux accompagner les pharmacies des hôpitaux et centres de santé à jouer leur rôle.

V.3 Services de soutien aux soins

Les services de soutien aux soins sont :

1. Le laboratoire dans lequel sera évaluée la fonction de transfusion sanguine ;
2. Le service d'imagerie médicale ;
3. Le bloc opératoire ;
4. La salle d'accouchement

La qualité des relations fonctionnelles entre ces services et les services d'hospitalisations sera évaluée, mais surtout leur apport au diagnostic et à la prise en charge des patients. L'évaluation insistera également sur l'utilisation de l'information sanitaire et de l'information de gestion pour l'amélioration des services.

V.4 Accueil, urgences et services ambulatoires

Dans ce groupe, sont regroupés les services suivants :

1. Accueil et orientation ;
2. Urgences ;
3. Consultations externes ;
4. Petite chirurgie ;
5. Dentisterie.

Les indicateurs insisteront particulièrement sur la permanence des soins, l'intégration des soins, la continuité des soins, les privilèges proposés par l'hôpital aux patients référés y compris leur transport à partir du centre de santé, ainsi que le confort des patients.

V.5 Hospitalisation

L'évaluation concernera les 4 services de base de l'hôpital de district :

1. Maternité et Gynécologie ;
2. Pédiatrie
3. Médecine Interne
4. Chirurgie

Elle insistera particulièrement sur les processus (outils de gestion, y compris le dossier du malade, tours de salle, audits des décès, monitoring) mis en place pour détecter et corriger les distorsions

dans les services hospitaliers, afin de mieux répondre aux besoins des patients hospitalisés et améliorer la qualité des soins produits : globalité, pertinence, efficacité, efficience des soins. Toutefois, elle évaluera également, dans un but didactique, la présence des médicaments et autres intrants dans les services d'hospitalisation,

VI. EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITÉ DES CENTRES DE SANTE

L'évaluation de la qualité du PMA offert dans les centres de santé n'est pas faite par les pairs. Il s'agit d'une évaluation par la hiérarchie, effectuée par les ONGs intervenant dans le secteur éventuellement accompagné par des cadres du BPS. L'évaluation du PMA concerne (1) l'offre de soins curatifs, (2) l'offre des soins préventifs, (3) l'offre des soins promotionnels, (4) la gestion du centre de santé, y compris la cogestion par la communauté.

VI.1 L'évaluation des soins curatifs

Les indicateurs seront conçus pour permettre aux évaluateurs de suivre le circuit du malade :

Accueil et orientation

Consultations, y compris le dépistage et la prise en charge des pathologies chroniques

Laboratoire

Soins et petite chirurgie

Mise en observation

Maternité

Prise en charge des cas de malnutrition

VI.2 L'évaluation des soins préventifs

IEC

Vaccination

Planification familiale

Lutte contre la tuberculose et la lèpre

Prévention de la malnutrition

Lutte contre le VIH

Si les taux de couvertures ne sont pas pris en compte dans les évaluations quantitatives, elles devraient l'être ici. Autant que faire se peut, les intrants consommés seront comparés aux nombre de cas déclarés pour limiter les tricheries.

VI.3 L'évaluation des services promotionnels

Vaccination

Planification familiale

Lutte contre la tuberculose et la lèpre

Prévention de la malnutrition

Lutte contre le VIH

VI.4 Gestion du centre de santé

Gestion administrative et financière

Gestion des ressources humaines et participation de l'ensemble du personnel

Monitoring et évaluation

Approvisionnement en médicaments et consommables médicaux

Approvisionnement en matériel et consommables non médicaux

Participation de la communauté à la prise des décisions

Pour toute question de clarification ou complément d'informations, contacter :

Cellule Technique Financement Basé sur la Performance

Tel : +257 22 27 63 06

Email :

Dr Galbert FEDJO : galbert.fedjo@btcctb.org

Dr Olivier BASENYA : basenya@gmail.com

Dr Jean Kamana : jkamana54@yahoo.fr