

REPUBLIQUE DU BURUNDI

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

**NOTE TECHNIQUE RELATIVE A L'INTEGRATION DE LA
NUTRITION DANS LA STRATEGIE NATIONALE DE
FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE**

Etude d'impact FBP et Nutrition

Novembre 2014

Contexte et Justification

Le Burundi a introduit à l'échelle nationale la stratégie nationale de Financement basé sur la performance (FBP) dans son système de santé, à la suite de quatre années d'expériences pilotes dans huit provinces du pays dont les résultats ont été jugés satisfaisants. Profitant de la mise à échelle du FBP et en vue de remédier aux contraintes de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui a été initiée en 2006, le Ministère ayant la santé publique dans ses attributions et ses partenaires techniques et financiers ont décidé d'intégrer les deux approches ; c'est-à-dire rembourser le paquet de soins gratuit à travers le FBP.

Le FBP vise de manière globale à contribuer au renforcement du système de santé notamment à travers l'amélioration de l'utilisation et de la qualité des services de santé, le renforcement de la gouvernance et de l'autonomie des formations sanitaires, ainsi que la motivation du personnel de santé. Il est à noter que la vision globale du MSPLS est qu'à travers cette réforme ainsi que d'autres en cours comme la décentralisation du système de santé, le Burundi puisse accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement et plus particulièrement les OMDs 4 et 5 relatifs à la santé de la mère et de l'enfant.

Après près de trois années de mise en œuvre du FBP à l'échelle nationale, des succès ont été enregistrés en termes notamment d'amélioration de l'utilisation et de la qualité des services de santé et de renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires et du système de santé de manière générale.

Face au problème criant de malnutrition que vit le Burundi avec un taux de malnutrition aigue globale à 6%, un taux d'insuffisance pondérale à 29% et de malnutrition chronique à 58% ; le MSPLS envisage de mettre un accent particulier sur la lutte contre la malnutrition. C'est ainsi que le MSPLS a mobilisé auprès de la Banque Mondiale des ressources visant à intégrer les services relatifs à la nutrition dans le paquet couvert par le FBP.

En effet, au niveau national, la lutte contre la malnutrition est confrontée à un certain nombre de défis : (i) la non intégration effective des activités de nutrition dans le PMA et le PCA, (ii) la prise en charge des cas de malnutrition est déficitaire au niveau des formations sanitaires suite entre autres à un manque de dépistage systématique de la malnutrition, une insuffisance des formations sanitaires disposant de services de prise en charge nutritionnelle, une insuffisance des ressources humaines qualifiées en nutrition et même le peu de personnel formé n'est pas affecté à plein temps à cette tâche, la non intégration des intrants nutritionnels dans le circuit d'approvisionnement du secteur de la santé; (iii) au niveau communautaire, les activités promotionnelles de dépistage ne sont pas systématisées et sont faites dans quelques provinces à l'initiative des partenaires, tandis que l'insécurité

alimentaire reste persistante dans les ménages, de même que les mauvaises habitudes alimentaires de la population liées à l'ignorance de bonnes pratiques nutritionnelles.

L'intervention FBP et Nutrition qui est envisagée a pour objectif de contribuer à la résolution de certains goulots d'étranglement qui handicapent la lutte contre la malnutrition, les résultats attendus étant l'intégration effective des activités de nutrition dans le PMA et le PCA, l'amélioration de la qualité de prise en charge de la malnutrition selon le protocole national, le dépistage systématique des cas de malnutrition au niveau communautaire et leur référence au niveau des Centres de Santé puis vers les hôpitaux selon le cas, le changement des comportements et habitudes alimentaires des populations, la réduction des taux de malnutrition de toutes formes (aigues et chroniques).

Pour ce faire, le MSPLS et la Banque Mondiale ont convenu de mener une étude d'impact relative à l'apport que pourrait apporter le FBP dans la lutte contre la malnutrition avec une méthodologie qui va cibler des zones d'intervention et des zones témoin. La réalisation de cette étude a été confiée à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Si les résultats s'avèrent probants, les indicateurs spécifiques relatifs à la nutrition seront introduits dans le cadre du FBP à l'échelle nationale.

La présente note technique décrit la manière dont les prestations relatives à la lutte contre la malnutrition vont être introduites dans la stratégie nationale FBP au niveau des zones d'interventions qui seront choisies dans le cadre de l'étude d'impact FBP et nutrition. Elle présente également un certain nombre de préalables indispensables pour une bonne intégration FBP et nutrition.

I. Prestations quantitatives relatives à la nutrition à intégrer au niveau du FBP

En date du 27 Mars 2013, il a été organisé un atelier regroupant le Programme national d'alimentation et nutrition (PRONIANUT), la Cellule Technique Nationale FBP, le PAM, l'UNICEF, la Banque Mondiale, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, d'autres intervenants dans la lutte contre la malnutrition au Burundi. Cet atelier avait entre autres pour objectifs de définir les indicateurs relatifs à la nutrition à intégrer au niveau du FBP dans le cadre de l'étude d'impact sur le FBP et la nutrition.

Les participants à cet atelier ont convenu que pour avoir une certaine efficacité, l'intervention devra se dérouler au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) et les indicateurs ci-dessous ont fait objet de consensus :

I.1. Prestations au niveau communautaire

Au niveau communautaire, les prestations de lutte contre la malnutrition sont réalisées par les agents de santé communautaire et par les mères lumières au niveau des FARNs (Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle). Les prestations ci-dessous ont été retenues :

- Dépistage mensuelle des cas de malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5 ans
- Référence des cas suspects de malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5 ans vers les Centres de Santé
- Séances de sensibilisation en faveur des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles
- Séances de démonstration culinaire

I.2. Prestations au niveau du Centre de Santé

- Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue modérée chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS avec service nutritionnel SSN)
- Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue sévère chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS avec service nutritionnel STA)
- Dépistage et référence des cas de malnutrition aigue (modérée et sévère) chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS sans service nutritionnel SSN et/ou STA). La référence se fait vers les CDS ayant un service SSN ou STA.
- Suivi et promotion de la croissance chez les enfants de moins de 2 ans (mesure du rapport poids âge)

I.3. Prestations au niveau des Hôpitaux

- Nouvelle consultation curative pour malnutrition aigue sévère avec complications médicales chez les enfants de moins de 5 ans
- Journée d'hospitalisation pour malnutrition aigue sévère avec complications médicales chez les enfants de moins de 5 ans.

I.4. Définition des indicateurs quantitatifs à contractualiser

Niveau	Prestations	Indicateurs	Critères à considérer	Outils (pour la prestation et collecte des données)	Formule
Niveau communautaire	1. Dépistage et référence des cas de malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés et référés au CDS pour suspicion de malnutrition aigue au cours du mois par un agent de santé communautaire. <i>Le cas suspect doit être confirmé par le CDS avant d'être considéré</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Périmètre brachial (PB) < 125mm) Et/ou • Œdème bilatéraux prenant le godet 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre et/ou rapport ASC • Registre entrée SSN (Service de Supplémentation Nutritionnelle) • Registre entrée STA (Service Thérapeutique Ambulatoire) • MUAC 	population / 12 * 18% *6%
	2. Séances de sensibilisation en faveur des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles	Nombre de séances de sensibilisation en rapport avec les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles organisées au cours du mois au niveau communautaire par les ASC ou les mamans lumières	<ul style="list-style-type: none"> • La séance doit avoir été programmée avec un calendrier validé par le CDS • Les thèmes sont déterminés par le CDS et en fonction des besoins • 1 séance par mois et par colline • Nombre de participants par séance : entre 10 et 15 • Au moins 8 participants doivent signer sur la liste des présences à la séance • 1 agent du CDS doit être présent aux séances 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport sensibilisation • Manuel intégré de l'ASC (thèmes et contenu des séances de sensibilisation) • Boîtes à images 	

	3. Séances de démonstration culinaire	Nombre de séances de démonstration culinaire organisées au cours du mois au niveau communautaire par les ASC ou les mamans lumières	<ul style="list-style-type: none"> • La séance doit avoir été programmée avec un calendrier validé par le CDS • Les menus équilibrés sont déterminés par le CDS en fonction des disponibilités alimentaires locales • 1 démonstration par mois et par colline • Nombre minimum de participants par séance 8 • Au moins 6 participants doivent signer sur la liste des présences à la séance (s'ils le souhaitent) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de démonstration culinaire • Directives FARN (Menus) • Ustensiles de cuisine • Aliments à préparer 	
Centre de Santé	4. Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue modérée chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS avec service nutritionnel SSN)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés malnutris aigue modéré et correctement pris en charge selon le protocole national et qui ont terminé leur traitement au cours du mois	<ul style="list-style-type: none"> • $PB \geq 115$ mm et < 125 mm • Absence d'œdèmes • Rapport poids taille ≥ -3 ET et < -2 ET 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre SSN • Protocole de prise en charge intégré de la Malnutrition aigue • Fiches de suivi • MUAC • Balances Salter • Toise • Table de rapport poids taille OMS 2006 • Produits de réhabilitation nutritionnelle 	<p>population / 12 * 18% *2*6%*83%</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 : nombre de contacts par an ✓ 6%= Malnutrition aigue globale ✓ 83% des 6%= Malnutrition aigue modérée

	5. Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue sévère chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS avec service nutritionnel STA)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés malnutris aigue sévère sans complications médicales et correctement pris en charge selon le protocole national et qui ont terminé leur traitement au cours du mois	<ul style="list-style-type: none"> • PB < 115 mm • Œdèmes bilatéraux prenant le godet • Test d'appétit positif • Absence de complications médicales • Rapport poids taille < -3 ET 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre STA • Protocole de prise en charge intégré de la malnutrition aigue • Fiches de suivi • MUAC • Balances Salter • Toise • Table de rapport poids taille OMS 2006 • Aliments thérapeutique prêt à emploi (ATPE) 	<p>population / 12 * 18% * 2 * 6% * 17% * 70%</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 : nombre de contacts par an ✓ 6%= Malnutrition aigue globale ✓ 17% des 6%= Malnutrition aigue Sévère ✓ 70% des 17% : Malnutrition aigue sévère sans complications médicales
	6. Dépistage et référence des cas de malnutrition aigue (modérée et sévère) chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS sans service nutritionnel SSN et/ou STA).	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés malnutris aigue référés et arrivés à un CDS avec SSN ou STA	Voir critères malnutrition aigue modérée et sévère	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches de référence et contre référence • Registre des cas référés au niveau des CDS avec SSN et STA 	<p>population / 12 * 18% * 2 * 6% * 50%</p> <p>Hypothèse que 50% des cas de MAG sont référés par un CDS sans SSN ni STA</p>
	7. Suivi et promotion de la croissance chez les enfants de moins de 2 ans	Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont le poids et la taille ont été mesurés au cours du mois et dont la courbe de croissance poids / âge suit une bonne trajectoire de croissance (c'est-à-dire dont la courbe n'observe pas de diminution du poids pendant plus de deux mesures et/ou, si la courbe faisait apparaître une telle diminution de poids, que la courbe montre un regain vers la trajectoire initiale et/ou montre un rattrapage de poids)	<ul style="list-style-type: none"> • Courbe poids/âge doit être ascendante 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet/fiches de santé avec courbes de croissance pour garçons et filles 	<p>population / 12 * 8%</p>

Hôpitaux	8. Nouvelle consultation curative pour malnutrition aigüe sévère avec complications médicales chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans vus en consultation curative au cours du mois par un Médecin pour malnutrition aigüe sévère avec complications médicales	<ul style="list-style-type: none"> • PB < 115 mm • Œdèmes bilatéraux prenant le godet • Test d'appétit négatif (pas d'appétit) • Présence de complications médicales • Rapport poids taille < -3 ET 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre SSt • Fiches de suivi • Protocole de PEC intégré de malnutrition aigüe • MUAC • Thermomètre, stéthoscope, Otoscope • Balances Salter • Toise • Table de rapport poids taille OMS 2006 	<p>population / 12 * 18% *6%*17%*30%</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 6%= Malnutrition aigüe globale ✓ 17% des 6%= Malnutrition aigüe Sévère ✓ 30% des 17% : Malnutrition aigüe sévère avec complications médicales
	9. Journée d'hospitalisation pour malnutrition aigüe sévère avec complications médicales chez les enfants de moins de 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 prise en charge des complications médicales liées à la malnutrition aigüe sévère et réhabilitation nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • PB < 115 mm • Œdèmes bilatéraux prenant le godet • Test d'appétit négatif (pas d'appétit) • Présence de complications médicales • Rapport poids taille < -3 ET 	<ul style="list-style-type: none"> • MUAC • Thermomètre, stéthoscope, Otoscope • Balances Salter • Toise • Table de rapport poids taille OMS 2006 • Aliments thérapeutique prêt à emploi (ATPE) • Lait thérapeutique • Résomal 	<p>Pour ne pas encourager les hospitalisations prolongées, un tarif forfaitaire sera proposé quelle que soit la durée de l'hospitalisation en considérant le fait que la durée d'hospitalisation requise est de 10 jours selon le protocole national</p> <p>Pop/12*18%*6%*17%*30%*10</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 6%= Malnutrition aigüe globale ✓ 17% des 6%= Malnutrition aigüe Sévère ✓ 30% des 17% : Malnutrition aigüe sévère avec complications médicales ✓ 10 jours : durée moyenne de séjour

SSN : Service de Supplémentation Nutritionnelle

SSt : Service de Stabilisation

STA : Service Thérapeutique Ambulatoire

MUAC : Middle up arm circonference

NOTA BENE : Les cas déchargés des SST vers les STA et des STA vers les SSN seront considérés comme des cas de malnutrition aigue pris en charge par les niveaux vers lesquels ils ont été déchargés.

II. Indicateurs qualitatifs à intégrer dans le FBP

Le protocole national de prise en charge intégré de la malnutrition aigüe recommande une prise en charge de qualité. C'est ainsi que des indicateurs qualitatifs liés à la performance des services de prise en charge de la malnutrition seront pris en compte dans le cadre du FBP.

Ces indicateurs sont intégrés dans une grille d'évaluation de la qualité des prestations nutritionnelles **en annexe 1** à la présente note et feront l'objet d'une évaluation trimestrielle comme c'est le cas pour les autres indicateurs de qualité. Au niveau des Hôpitaux, l'évaluation sera faite par les pairs des autres hôpitaux (avec participation de la CT FBP Elargie) en même temps que l'évaluation de la qualité dans le cadre du FBP global. Au niveau des Centres de Santé, l'évaluation sera faite par le BPS en collaboration avec les BDS.

Un bonus ou malus de qualité sera appliqué à la formation sanitaire selon les critères suivants :

- ✓ **≥ 80% : bonus qualité= 25% x score qualité Nutrition x Subsidés FBP Nutrition du trimestre précédent**
- ✓ **60 à 79,9% : pas de bonus de qualité**
- ✓ **50 à 59,9% : - 10% des subsidés FBP Nutrition du trimestre précédent**
- ✓ **30 à 49,9% : - 20% des subsidés FBP Nutrition du trimestre précédent**
- ✓ **< à 30% : - 25% des subsidés FBP Nutrition du trimestre précédent**

L'effectivité et la qualité des prestations nutritionnelles au niveau communautaire seront également évaluées par les associations locales sur base d'une grille d'évaluation des prestations des agents de santé communautaire. Cette évaluation se fera une fois par semestre en même temps que l'évaluation communautaire dans le cadre du FBP global.

Nota Bene : les grilles de qualité nutrition seront produites par le Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT) et validés par la Commission chargée de réviser la grille d'évaluation de la qualité au niveau des formations sanitaires.

Les grilles d'évaluation au niveau communautaire qui seront utilisées ainsi que les différents outils du niveau communautaire vont s'inspirer de ceux du Manuel des procédures FBP Communautaire.

III. Prestataires impliqués dans la mise en œuvre du FBP Nutrition

L'intervention FBP Nutrition sera mis en place dans un « groupe d'intervention », qui consiste en 45 centres de santé disposant de services nutritionnels, auxquels on ajoute les centres de santé sans services nutritionnels et les GASC référant des cas de malnutrition vers les premiers. Au niveau hospitalier, tous les Hôpitaux seront concernés.

Un centre de santé est dit « nutritionnel » s'il délivre un paquet complet de services de prise en charge de la malnutrition aigüe, c'est-à-dire un service de supplémentation nutritionnelle (SSN) et un service de thérapeutique ambulatoire (STA).

Les 45 centres de santé du groupe d'intervention seront choisis aléatoirement parmi les 90 centres de santé de l'étude (après appariement, afin d'obtenir deux groupes de centres comparables) ayant des activités liées à la nutrition.

Parmi les 90 centres de santé ayant des services nutritionnels sélectionnés pour l'étude, les 45 centres situés dans le groupe d'intervention recevront un financement basé sur leur performance (FBP) dans leurs services de nutrition, tandis que les 45 centres du groupe de contrôle recevront une compensation d'un montant moyen similaire de manière forfaitaire. Tous les centres de santé sans services nutritionnels et référant les enfants dépistés malnutris vers les centres de santé avec services nutritionnels sélectionnés pour l'étude (dans le groupe d'intervention et de contrôle) seront éligibles, soit au FBP Nutrition soit à la compensation : ceux dans le groupe d'intervention recevront un financement lié à leur performance dans leurs activités de dépistage et référence de la malnutrition ainsi que de suivi de la croissance, tandis que ceux dans le groupe de contrôle recevront une compensation d'un montant moyen similaire de manière forfaitaire.

Les groupements d'agents de santé communautaires (GASC) référant vers les centres de santé nutritionnels appartenant au groupe d'intervention recevront un paiement basé sur leur performance. Pour ceux référant aux centres de santé appartenant au groupe de contrôle, il est prévu une compensation d'un montant moyen similaire. Par contre, les GASC référant vers des centres de santé sans services nutritionnels ne sont pas éligibles (ni au FBP Nutrition, ni à la compensation).

Tous les hôpitaux du Burundi disposant d'un service de stabilisation (SST) seront sous FBP nutrition.

III. le système de vérification

Le système de vérification sera le même que celui du FBP global.

La vérification des prestations nutritionnelles quantitatives au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux sera faite une fois par mois par les vérificateurs du CPVV, en même temps que la vérification mensuelle dans le cadre du FBP global.

La pré vérification des prestations quantitatives nutritionnelles réalisées au niveau communautaire sera faite par le Centre de Santé encadrant les agents de santé

communautaire sur base des registres et rapports fournis par ces derniers. La vérification sera finalisée par les vérificateurs du CPVV.

L'évaluation de la qualité technique des prestations nutritionnelles au niveau des formations sanitaires sera faite une fois par trimestre au niveau des Centres de Santé (par le BPS et les BDS) et au niveau des Hôpitaux (par les pairs des autres Hôpitaux avec participation de la CT FBP Elargie).

L'évaluation communautaire sera faite par les associations locales communautaires une fois par semestre. Elle aura pour objectif de vérifier l'effectivité des prestations déclarées par les agents de santé communautaire et de mesurer la compréhension par la communauté des enseignements reçus ainsi que le changement de comportement en matière d'alimentation et de nutrition.

IV. Préalables pour la mise en œuvre de l'intervention FBP et Nutrition

- Structuration des agents de santé communautaire en Groupements d'agents de santé communautaire (GASC). Les GASC sont constitués autour de chaque centre de santé. Le Centre de santé est responsable de l'encadrement du GASC.
- Formation des intervenants à tous les niveaux :
 - ✓ Les Centres de Santé et les Hôpitaux ;
 - ✓ Les vérificateurs du CPVV chargés de la vérification quantitative au niveau des formations sanitaires ;
 - ✓ L'équipe de validation du CPVV ;
 - ✓ Les BPS et les BDS ;
 - ✓ Les associations locales chargées de la vérification au niveau communautaire ;
 - ✓ Les agents de santé communautaire réunis en Groupement d'agents de santé communautaire ;
 - ✓ Les mamans lumières des FARN.

La formation va porter sur l'intervention FBP et Nutrition à mettre en œuvre ; ses objectifs ; les rôles et responsabilités de chaque intervenant ; les indicateurs à contractualiser à tous les niveaux ainsi que leurs définitions et outils de collecte et de mise en œuvre ; le système de vérification quantitatif, évaluation de la qualité et vérification communautaire.

- Rendre disponible les registres SSN, SSt, STA et les carnets de santé au niveau des formations sanitaires.

- Tous les CDS publics et confessionnels ainsi que tous les Hôpitaux de District doivent avoir au moins une unité formée dans : (i) la prise en charge intégrée de la malnutrition aigue selon le protocole national et (ii) la stratégie de suivi et promotion de la croissance.
- Motiver financièrement le CDS pour qu'il assure le rôle d'encadrement des GASC, de pré vérification des prestations des GASC. La motivation pourrait se faire à travers la grille de qualité des Centres de Santé en y intégrant des aspects relatifs à l'encadrement des GASC et en augmentant le poids de la qualité (par exemple de 25% actuellement à 30 ou 35%) ou par d'autres modalités à définir.

IV. Calendrier de mise en œuvre de l'intervention

ACTIVITE	PERIODE/DEADLINE	RESPONSABLE
Finalisation de l'enquête FOSA	Décembre 2014	INSP
Finalisation enquête ménage	Février 2015	ISTEEBU
Assignment aléatoire des FOSA	Novembre 2014	IMT et Bluesquare
Formation des FOSA et Vérificateurs CPVV	Novembre 2014	Programme Nutrition et CT FBP
Signature des contrats entre les FOSA et les CPVV	Décembre 2014	CT FBP
Démarrage de l'intervention FBP Nutrition au niveau des FOSA	Janvier 2015	CT FBP
Formation des GASC, ASLO et maman lumières	Mars 2015	Programme Nutrition et CT FBP
Formation des CDS référant vers les CDS d'intervention	Mars 2015	Programme Nutrition et CT FBP
Démarrage de l'intervention FBP Nutrition au niveau Communautaire	Avril 2015	Programme Nutrition et CT FBP

Annexe : Grille d'évaluation de la qualité des activités nutritionnelles au niveau des formations sanitaires

1. Suivi de la croissance

N°	Résultats à évaluer	Critères de cotation/évaluation	Points max possibles	Points obtenus
1	Disponibilité et fonctionnalité des outils/matériel pour le suivi de la croissance 1) Toise 2) Balance 3) Registre de surveillance infantile 4) Fiches des enfants 5) Carnets de la mère et de l'enfant vierges	Score maximal : 20 pts Critère non rempli = -5pt	20 Pts	
2	Suivi et promotion de la croissance Les enfants de moins de deux ans dont le rapport poids pour taille est supérieur à -2ET	Si la proportion d'enfants de moins de 2 ans ayant visité le CdS les trois derniers mois et dont le rapport P/T >-2ET est : Inférieure à 95% : 0 pt Entre 95 et 97% : 30 pts Supérieure à de97% :50 pts	30 pts	
3	Suivi et promotion de la croissance Les enfants de moins de deux ans fréquentent les séances de suivi et promotion de la croissance	Si la proportion d'enfants ayant suivi des séances de suivi et de promotion de la croissance les trois derniers mois et vivant dans l'aire de responsabilité du CdS est supérieur à 90%	30 pts	
4	Suivi et promotion de la croissance Pour chaque session individuelle de suivi et promotion de la croissance, les conseils suivants sont observés 1) Discussion sur le poids et la taille actuelles de l'enfant 2) Demander à la mère si elle a des préoccupations en matière de poids ou d'habitudes alimentaires des enfants 3) Donner des conseils de nutrition et développement, adaptés à l'âge de l'enfant	Critère rempli= 10pts Critère non rempli = 0pt	30 pts	

5	Les courbes de croissance P/A et T/A sont bien tracées	Si 90% des fiches vérifiées ont les courbes de croissance du poids et de la taille correspondant aux poids et taille reportés dans le registre infantile : 10 pts	10 pts	
		TOTAL	120 pts	

Service de Supplémentation Nutritionnelle (SSN)

N°	Résultats à évaluer	Critères de cotation/évaluation	Points max possibles	Points obtenus
1	Inventaire de l'équipement et matériel pour le service existe et actualisé	Initiale existe=10 pts Initiale manque et non à jour= 0	10 Pts	
2	Disponibilité et fonctionnalité des outils/matériel pour le dépistage et la prise en charge 1) Toise 2) MUAC 3) Balance 4) Critères d'admission et de sortie (affichés) 5) Registre SSN 6) Protocole de PEC de la malnutrition aigue au Burundi 7) Tables poids pour taille	Score max= 20pts Critère non rempli = -5pts	20 Pts	
3	Respect des critères d'admissions (Prendre 10 fiches individuelles au hasard)	Respect des critères pour plus de 9 cas = 10 Moins de 8 cas=0	10 Pts	
4	Registre de PEC correctement remplis : Remplissage de toutes les informations requises selon le registre SSN	Critère rempli= 10pts	10 Pts	
5	PEC correcte de 20 cas (Analyse du registre des cas choisi au hasard et fiches individuelles) 1) Identification du patient 2) Critères et symptômes à l'admission 3) Prise en charge selon le protocole 4) Prise en charge assurée par un infirmier formé sur le protocole de prise en charge de la malnutrition	5pts par critère	20pts	

6	Critères de performances 1) Gain de poids moyen (GPM) : $\geq 2-3\text{g/kg/jr}$ 2) Durée moyenne de séjour (DSM) : < 2 mois 3) Taux de guérison (TG) : >75% 4) Taux de décès (TD) : <3% 5) Taux d'abandon (TA) : <15% 6) Taux de non répondants (TNR) : <10%	Tous les critères remplis=30pts 1 critère manquant=0pt	30 Pts	
7	Disponibilité des intrants pour la prise en charge et traitement systématique 1) CSB/UNIMIX 2) Vit A, 3) Acide Folique, 4) Albendazole/Mebendazole , 5) Amoxicilline, 6) ACT	Tous les intrants disponibles=10pts 1 intrant manquant=0pt	10pts	
TOTAL			110 pts	

2. Service Thérapeutique Ambulatoire (STA)

N°	Résultats à évaluer	Critères de cotation/évaluation	Points max possibles	Points obtenus
1	Inventaire de l'équipement et matériel pour le service existe et actualisé	Initiale existe=10 pts Initiale manque et non à jour= 0	10 Pts	
2	Disponibilité et fonctionnalité des outils/matériel pour le dépistage et la prise en charge 1) Toise 2) MUAC 3) Balance 4) Critères d'admission et de sortie (affichés) 5) Registre STA 6) Protocole de PEC de la malnutrition aigue au Burundi 7) Tables poids pour taille	Score max= 20pts Critère non rempli = -5pts	20 Pts	
3	Respect des critères d'admissions (Prendre 10 fiches individuelles au hasard)	Respect des critères pour + de 9 cas = 10 Moins de 8 cas=0	10 Pts	
4	Registre de PEC correctement remplis 1) N° MAS (Malnutrition aigue sévère) 2) Remplissage de toutes les informations requises selon le registre STA	Les 2 critères remplis=10 Un critère manquant=0	10 Pts	
5	PEC correcte de 20 cas (Analyse du registre des cas choisis au hasard et fiches individuelles) 1) Identification du patient 2) Critères et symptômes à l'admission 3) Recherche de complication médicales/Manque d'appétit 4) Diagnostic 5) Prise en charge selon le protocole 6) Prise en charge assurée par un infirmier formé sur le protocole de prise en charge de la malnutrition	5 pts par critères	30pts	

6	<p>Critères de performances</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gain de poids moyen (GPM) : $\geq 4-6\text{g/kg/jr}$ 2) Durée moyenne de séjour (DSM) : 30jrs 3) Taux de guérison (TG) : $>75\%$ 4) Taux de décès (TD) : $<5\%$ 5) Taux d'abandon (TA) : $<15\%$ 6) Taux de transfert (TT) : $<10\%$ 7) Taux de non répondants (TNR) : $<10\%$ 	<p>Tous les critères remplis=30pts 1 critère manquant=0pt</p>	30 Pts	
7	<p>Disponibilité des intrants pour la prise en charge et traitement systématique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plumpy-Nut 2) Vit A, 3) Acide Folique, 4) Albendazole/Mebendazole , 5) Amoxicilline, 6) ACT 	<p>Tous les intrants disponibles=10pts 1 intrant manquant=0pt</p>	10pts	
TOTAL			130 pts	

3. Service de Stabilisation (SSt)

N°	Résultats à évaluer	Critères de cotation/évaluation	Points max possibles	Points obtenus
1	Inventaire de l'équipement et matériel pour le service existe et actualisé	Inventaire existe=10 Inventaire manque et non à jour= 0	10 pts	
2	Disponibilité et fonctionnalité des outils/matériel pour le dépistage et la prise en charge 1) Toise 2) MUAC 3) Balance 4) Critères d'admission et de sortie (affichés) 5) Registre SST 6) Protocole de PEC de la malnutrition aigue au Burundi 7) Tables poids pour taille 8) Bassinets et gobelets gradués	Score max=20pts Critère non rempli = -5pts	20 pts	
3	Respect des critères d'admissions (Prendre 5 fiches individuelles au hasard)	Respect des critères pour les 5 cas SST = 10 Moins de 4 cas=0	10 pts	
4	Registre de PEC correctement remplis 1) N° MAS 2) Remplissage de toutes les informations requises selon le canevas	Les 2 critères remplis=10 Un critère manquant=0	10 pts	
5	PEC correcte de 5 cas SST (Analyse du registre des cas choisis au hasard et fiches individuelles) 1) Identification du patient 2) Critères et symptômes à l'admission 3) Recherche de complication médicales/Manque d'appétit 4) Diagnostic 5) Prise en charge selon le protocole 6) Prise en charge assurée par un infirmier formé sur le protocole de prise en charge de la malnutrition 7) Une visite médicale documentée (au moins une fois par jour)	Score max=30pts -5pts par critère manquant	30 pts	

6	Disponibilité des intrants pour la prise en charge 1) Lait thérapeutique Formule 100 2) Lait thérapeutique Formule 75 3) RéSoMal 4) Plumpy-Nut 5) Produits pour traitement systématique : Vit A, Acide Folique, Albendazole/Mebendazole , Amoxicilline, ACT	Tous les intrants disponibles=10pts 1 intrant manquant=0pt	10pts	
TOTAL			90 pts	

Annexe 2 : Normes et indicateurs de performance du SSN

Indicateurs	Description	Formule	Normes
Gain de Poids Moyen (GPM)	Le nombre moyen de gramme de poids corporel gagné par un enfant moins de 5 ans guéris, par jour durant son séjour au SSN	$GPM = \frac{\text{Somme de gains de poids des enfants moins de 5 ans sortis guéris}}{\text{nb total des enfants moins de 5 ans sortis}}$	$\geq 2-3g/kg/jr$
Durée moyenne de séjour (DMS)	Durée Moyenne de séjour des patients guéris au SSN	$DMS = \frac{\text{Somme de durées de séjour des patients sortis guéris}}{\text{nb total des patients sortis}}$	< 2 mois
Taux de guérison (TG)	Pourcentage de patients guéris du SSN	$TG = \frac{\text{nb total de guéris au SSN}}{\text{nb total de patients sortis}} \times 100$	> 75%
Taux de décès (TD)	Pourcentage des patients décédés pendant son traitement au SSN	$TD = \frac{\text{nb total de décès au SSN}}{\text{nb total de patients sortis}} \times 100$	< 3%
Taux d'abandon (TA)	Pourcentage des patients ayant abandonné le SSN	$TA = \frac{\text{nb total d'abandons du SSN}}{\text{nb total de patients sortis}} \times 100$	<15%
Taux de non répondants (TNR)	Pourcentage des patients qui ne répondent pas au traitement au SSN	$TNR = \frac{\text{nb total de non répondants au SSN}}{\text{nb total de patients sortis}} \times 100$	<15%

Annexe 3 : Normes et Indicateurs de performance du STA

Indicateurs	Description	Formule	Normes
Gain de poids moyen (GPM)	Le nombre moyen de gramme de poids corporel gagné par un enfant de moins de 5 ans guéris, par jour, durant son séjour au STA	$GPM = \frac{\text{Somme de gains de poids des enfants de moins de 5 ans sortis guéris}}{\text{nb total des enfants de moins de 5 ans sortis guéris}}$ Gain de poids = [(Poids à la sortie (g) - le plus faible poids enregistré pendant le traitement (g)) / le plus faible poids enregistré pendant le traitement (kg) x nombre total de jours entre la sortie et le jour du plus faible poids enregistrés pendant le traitement]	≥4-6g/kg/jour
Durée moyenne de séjour (DSM)	Durée moyenne de séjour des patients guéris au STA	$DSM = \frac{\text{Somme des durées de séjours des patients sortis guéris}}{\text{Nb total des patients sortis guéris}}$	30 jours
Taux de guérison (TG)	Pourcentage des patients guéris du STA	$TG = \frac{\text{Nb total de guéris au STA}}{\text{Nb total des patients sortis du STA}} \times 100$	> 75%
Taux de décès (TD)	Pourcentage de patients décédé pendant le traitement au STA	$TD = \frac{\text{Nb total de décès au STA}}{\text{Nb total de patient sortis du STA}} \times 100$	< 5%
Taux d'abandon (TA)	Pourcentage de patients ayant abandonné le STA	$TA = \frac{\text{Nb total d'abandon au STA}}{\text{Nb total de patient sortis du STA}} \times 100$	<15%
Taux de transfert (TT)	Pourcentage des patients transférés du STA vers le SST ou l'hôpital	$TT = \frac{\text{Nb total de transfert du STA au SST ou l'hôpital}}{\text{Nb total de patient sortis du STA}} \times 100$	<10%
Taux de non répondants (TNR)	Pourcentage des patients qui ne répondent pas au traitement au STA	$TNR = \frac{\text{Nb total de répondant au STA}}{\text{Nb total de patient sortis du STA}} \times 100$	<10%

Annexe 4 : Normes et indicateurs de performance du SST

Indicateurs	Description	Formule	Normes
Durée moyenne de séjour (DSM)	Durée moyenne de séjour des enfants de SST avant transfert au STA	$DSM = \frac{\text{Somme des durées de séjour des patients sortis du SST au STA}}{\text{nb total des patients sortis du SST vers le STA}}$	10 jours
Taux de décès (TD)	Pourcentage des patients décédés au SST	$TD = \frac{\text{nb total de décès au SST}}{\text{nb total des patients sortis du SST}} \times 100$	< 5%
Taux d'abandon (TA)	Pourcentage des patients ayant abandonné le SST	$TA = \frac{\text{nb total d'abandon du SST}}{\text{nb total des patients sortis du SST}} \times 100$	<15%

Annexe 5 : Costing prévisionnel étude impact FBP Nutrition/Scénario 2 ans

Libellé	2015	2016	TOTAL GENERAL
Paielements aux CDS	515 745 725	657 349 289	1 173 095 014
Paielement aux Hôpitaux	145 965 010	167 332 891	313 297 901
TOTAL PAIEMENT QUANTITE AUX FOSA	661 710 734	824 682 180	1 486 392 915
Bonus qualité FOSA (10% quantité Année 1; 12% Année 2; 15% Année 3)	66 171 073	98 961 862	165 132 935
TOTAL PAIEMENT QUANTITE ET QUALITE AUX FOSA	727 881 808	923 644 042	1 651 525 850
Paielement aux GASC	288 000 000	288 000 000	576 000 000
Paielement aux ASLO (Vérification Communautaire)	13 500 000	13 500 000	27 000 000
TOTAL GENERAL	1 029 381 808	1 225 144 042	2 254 525 850
Coûts opérationnels (10%)	102 938 181	122 514 404	225 452 585
TOTAL BIF	1 132 319 989	1 347 658 446	2 479 978 435
TOTAL USD	740 078	880 823	1 620 901