

**REPUBLIQUE DU BURUNDI**



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

**GUIDE OPERATIONNEL DE GESTION DU  
DISTRICT SANITAIRE AU BURUNDI**

**Juin 2020**



## PREFACE

*Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers a entrepris une relance pour le renforcement du système de santé avec plusieurs réformes dans la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD) et l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).*

*Le District Sanitaire constitue le niveau opérationnel du système de santé dans la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de santé et spécifiquement du PNDSIII 2019-2023. Dans le cadre du renforcement de son leadership et de sa gouvernance, il doit avoir une bonne organisation avec des structures de gestion dynamiques et des outils pratiques pour son management.*

*L'approche District initiée en 2008, puis mise à échelle nationale en octobre 2010, ne disposait pas jusqu'à présent de guide standard unique de gestion opérationnelle, ce qui constituait un handicap dans l'harmonisation des interventions lui permettant d'atteindre ses objectifs. Face à ce défi, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) vient d'élaborer le présent Guide Opérationnel National de Gestion du District Sanitaire.*

*Ce document est le produit d'un processus participatif impliquant les cadres du MSPLS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les Partenaires Techniques et Financiers ainsi que les autres acteurs intervenant dans le secteur de la santé. Il sera pratique pour toutes les interventions de développement sanitaire et un outil de référence pour tous les gestionnaires et les professionnels de santé dans la gestion du district sanitaire au Burundi.*

*Dans le cadre de la décentralisation effective, la coordination du développement des Districts Sanitaires sera assurée par la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le sida à travers la Direction de l'Offre et de la Demande des Soins (DODS) ayant le développement des Districts Sanitaires dans ses missions spécifiques, en appui aux Bureaux des Provinces Sanitaires (BPS).*

*Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida réitère ses sentiments de gratitude ; à tous les Partenaires et particulièrement à l'OMS et à l'Union Européenne à travers le projet Enabel , qui ont apporté des appuis techniques et financiers; ainsi que les autres acteurs intervenants à tous les niveaux du système de santé pour leurs contributions lors des différentes étapes du processus d'élaboration et de finalisation du présent guide opérationnel de gestion du District Sanitaire au Burundi.*

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE  
LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
Dr Thadée NDIKUMANA**



## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

AQS :	Amélioration de la qualité des Soins
ASC :	Agent de Santé Communautaire
ASLO :	Associations Locales
BCAI :	Bureau de Coordination des Appuis Internationaux
BCF :	Battements du Cœur Feotal
BDS :	Bureau du District Sanitaire
BPS :	Bureau de la Province Sanitaire
BRB :	Banque de la République du Burundi
CAM :	Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU :	Centrale d'achat des médicaments essentiels du Burundi
CDS :	Centre de Santé
CDV :	Centre de Dépistage Volontaire
CGDS :	Conseil de gestion du District Sanitaire
CMM :	Consommation Moyenne Mensuelle
CoGes :	Comité de Gestion de Santé
ConGesDi) :	Conseil de Gestion du District Sanitaire
ConGesHôp :	Comité de Gestion de l'Hôpital
CTB :	Coopération Technique Belge
CoPiDi :	Comité de Pilottage du District
CoSa :	Comité de Santé
CPN :	Consultation Périnatale
CPoN :	Consultation Post-Natale
Cps :	Comprimés
CPVV :	Comité Provincial de Vérification et Validation
CSU :	Couverture Sanitaire Universelle
CTB :	Coopération Technique Belge
CTN-FBP :	Cellule Technique Nationale chargée du Financement Basé sur les performances
DAF :	Directeur Administratif et Financier

DBA:	Direction du Budget et Approvisionnement
DGP :	Direction Générale de la Planification
DGR :	Direction Générale des Ressources
DGSSLS :	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
DHIS2:	District Health Information Software, 2 <sup>ème</sup> version
DISE :	Direction des Infrastructures Sanitaires et d'Equipements
DODS :	Direction de l'Offre et de la Demande des Soins
DPML:	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPSE :	Direction de Planification et Suivi Evaluation
DPSHA :	Direction de la Promotion de Santé, Hygiène et Assainissement
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DS :	District Sanitaire
DSNIS :	Direction du Système National de l'Information Sanitaire
EBS :	Surveillance des Evénements
ECD :	Equipe Cadre de District
ECHO :	European Community Humanitarian Office
EWAR :	Perspective de la Surveillance Epidémiologique
FBP :	Financement Basé sur la Performance
FOSA :	Formation Sanitaire
GASC :	Groupement d'Agents de Santé Communautaire
GDBM:	Gestion des Déchets Biomédicaux
GESIS:	Gestionnaire du Système d'Information Sanitaire
GMAO :	Gestion de la Maintenance Assistée par l'Ordinateur
GO :	Gynéco-Obstétrique
Hb :	Hémoglobine
HD :	Hôpital de District
HIV:	Human immunodeficiency virus
HSS :	Health Strengthening System
WHO EMRO :	WHO Regional Office for Eastern Mediterranean
IBS :	Surveillance Basée sur les Indicateurs

ICCM:	Integrated Cases Community Management
IEC:	Information, Education Communication
IGSLS :	Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte
IHPB :	Integreated Health Project Burundi
IST :	Infections sexuellement transmissibles
MCD :	Médecin Chef de District
MDPS :	Médecin Directeur de la Province Sanitaire
ME :	Médicaments Essentiels
MFP :	Mutuelle de la Fonction Publique
MIILDA :	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticides à Longue Durée d’Action
MSPLS :	Ministère de la Santé publique et de lutte contre le SIDA
MTN :	Maladies Tropicales Négligées
NU :	Nations Unies
ODD :	Objectifs de Développement Durables
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMS Afro :	OMS Afrique
ONG :	Organisme Non Gouvernemental
PAA :	Plan d’Action Annuel
PAISS:	Programme d’Appui Institutionnel au Secteur de la Santé
PBF :	Performance Based Financing - Financement Basé sur les Performances
PCA :	Paquet Complet d’Activités
PCIME :	Prise en Charge Intégré des Maladies de l’Enfant
PDSB :	Plan de Développement Sanitaire du District
PEC :	Plan d’Extension de la Couverture Sanitaire
PEPS :	Premier Entré, Premier Sorti
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planning Familial
PHEOC :	Centre National d’Opérations pour les Situations d’Urgence de Santé Publique
PMA :	Paquet Minimum d’Activités

PNB :	Police Nationale du Burundi
PNDIS :	Plan National de Développement de l'Informatique Sanitaire
PNDS :	Plan National de Développement sanitaire
PNILMTNC :	Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité
PNILP :	Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNLS/IST :	Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS :	Politique Nationale de Santé
PNSR :	Programme National de La Santé de La Reproduction
PPS :	Premier Périmé, Premier Sorti
PRONIANUT :	Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
PTFs :	Partenaires Techniques et Financiers
PV :	Procès- Verbal
RDC :	République Démocratique du Congo
RH :	Ressources Humaines
SIDA :	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIMR :	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SPT :	Stratégies Plaintes et Traitement
SSD:	Le Système de Santé de District
SST :	Service de Supplémentation Thérapeutique
TB :	Tuberculose
TDR :	Test de dépistage rapide
TIC :	Technologie de l'Informatique et de la Communication

## TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	1
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	2
TABLES DES MATIÈRES.....	6
LISTE DES TABLEAUX.....	9
CHAP I: INTRODUCTION GENERALE.....	9
I.1 CONTEXT .....	9
I.2 DEFINITIONS DES CONCEPTS CLES.....	11
I.3 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	14
I.4 CADRE INSTITUTIONNEL ET NORMATIF DU DISTRICTSANITAIRE.....	15
CHAPII. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DS.....	15
II.1 COMPOSITION ET ORGANISATION DE L'ECD.....	18
II.2 TACHES ET MISSIONS DES DIFFERENTS NIVEAUX DU DS .....	18
II.2.1 EQUIPES DU DS.....	18
II.2.2 HOPITAL DE DS.....	26
II.2.3 CENTRE DE SANTE .....	26
II. 2.4 COMMUNAUTE .....	28
II.3 CRITERES DE FONCTIONNALITE DU DISTRICT SANITAIRE.....	32
CHAPIII. LA GESTION DES RESSOURCES.....	33
III.1 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	33
III.2 LA GESTION DES INFRASTRUCTURES, LA MAINTENANCE, RESSOURCES MATERIELLES ET EQUIPEMENTS.....	40
III.3 GESTION DES MEDICAMENTS.....	43
III.4 LA GESTION FINANCIERE.....	60
III.5 : LA STRATEGIE DU FINANCEMENT BASE SUR LES PERFORMANCE	71
CHAP IV : PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION.....	100

CHAP V : LA RECHERCHE ACTION .....	119
CHAP VI: SUPERVISION.....	121
CHAP VII : SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE SUR LES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE.....	129
CHAP VIII : QUALITE DES SOINS ET SERVICES.....	147
VIII.1 QUALITE DES SOINS.....	147
VIII.2 ASSURANCE QUALITE DES SOINS.....	149
VIII.3 LA GESTION DES DECHETS.....	149
CHAP.IX : GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE .....	153
IX.1. DEFINITION.....	153
IX.2. GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION DU DISTRICT	
IX.3 QUELQUES APPLICATIONS DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE L'INFORMATIQUE SANITAIRES 2019-2023.....	162
CHAP X : COORDINATION, GOUVERNANCE ET LEADERSHIP .....	164
ANNEXES.	
ANNEXE 1 : GRILLE D'EVALUATION DE LA FONCTIONALITE DES DISTRICTS SANITAIRES AU BURUNDI.....	169
ANNEXE 2 : CANEVAS DU CADRE LOGIQUE DU PLAN D'ACTION DU BUREAU DU DISTRICT SANITAIRE .....	188
ANNEXE 3 : LISTE DES PARTICIPANTS DANS LES ATELIERS D'ACTUALISATION, VALIDATION ET FINALISATION DU GUIDE OPERATIONNEL DE GESTION DU DISTRICT SANITAIRE.....	204

## Liste des tableaux

<b>N°</b>	<b>Intitulé</b>	<b>Page</b>
Tableau 1.	Synthèse du personnel requis pour un centre de santé	35
Tableau 2.	Synthèse du personnel requis pour un hôpital de district	35
Tableau 3.	Les outils de gestion des produits pharmaceutiques par type de localisation et responsabilité	56
Tableau 4.	Modèle du livre de Banque	65
Tableau 5.	Modèle du livre de caisse	66
Tableau 6.	Fiche de suivi des recettes	66
Tableau 8.	Fiche de suivi des dépenses	67
Tableau 9.	Rapprochement bancaire	68
Tableau 10.	Tableau d'inventaire de caisse	69
Tableau 11.	Fiche de suivi des créances	70
Tableau 12.	Séparateur des fonctions dans le modèle FBP au Burundi	75
Tableau 13.	Indicateurs de Santé	101
Tableau 14	Critères de priorisation des problèmes de Santé	107
Tableau 16	Tableau des mesures du problème	113

## CHAPITRE I. INTRODUCTION GENERALE

### I.1 CONTEXTE

La notion de district sanitaire a émergé progressivement des contraintes rencontrées par la mise en œuvre des soins de santé primaires (Déclaration d'Alma Ata, 1978) et de l'ambition de « La santé pour tous » (Assemblée mondiale de la santé, 1977)

Il s'agissait de répondre à des questions concrètes telles que<sup>1,2</sup>:

1. Comment offrir à la population, avec sa participation, les soins de qualité, c'est-à-dire globaux, intégrés et continus qu'elle réclame ? Cette question aboutira à la définition du « **paquet d'activités** » (Minimum pour les centres de santé et Complémentaire pour les hôpitaux de district), qui est bien connue aujourd'hui, et à la « **cogestion communautaire** » des formations sanitaires,
2. Quel rôle joueraient les hôpitaux de district dans les soins de santé primaires ? La réponse sera cherchée dans **l'organisation du système de santé en deux niveaux de services fondamentaux**, sans lacune ni chevauchement entre eux : le réseau des centres de santé et le « niveau de référence » que constitue l'hôpital de district,
3. Comment organiser la décentralisation des activités dans le domaine de la santé ? La réflexion débouchera sur la nécessité de circonscrire des populations cibles précises, dont il faut confier la couverture sanitaire à une équipe médicale et administrative de terrain : ce qu'on appellera les aires de responsabilité.

Le système de santé de district (SSD) vise la mise en œuvre des soins de santé primaires, stratégie définie par la Conférence d'Alma Ata en 1978 (OMS/FISE, 1978), dont la pertinence a été récemment réaffirmée par la Déclaration d'Astana<sup>3</sup> d'octobre 2018 sur les Soins de Santé Primaires.

Pour l'Afrique, l'Initiative de Bamako, lancée lors d'une conférence en 1987 en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires définie à la Conférence d'Alma Ata en 1978, a été en soi une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé et réaffirmée par la Déclaration de Ouagadougou en Avril 2008 (OMS, 2008).

Le district sanitaire apparaît ainsi comme la clef de voûte des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (Monekosso, 1991; Duponchel, 2004; Grodos, 2004; Gruénais, 2010; Gauvrit and Okalla, 2010). C'est un segment plus ou moins autonome du système de santé national, suffisamment grand pour permettre une

---

<sup>1</sup> Déclaration d'Alma Ata 1978,

<sup>2</sup> Ministère de la Santé Publique, Module1 : Gestion du District Sanitaire, version 2-2008

<sup>3</sup> Déclaration d'Astana 2018

concentration de ressources humaines, techniques et financières, mais également assez petit pour voir la possibilité d'établir une communication avec la population à travers une participation communautaire. Le district sanitaire reste le niveau opérationnel par excellence de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS)<sup>4</sup>

Au Burundi, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS), avec l'appui des Partenaires au développement a entrepris une relance pour le renforcement du système de santé avec plusieurs réformes visant à s'adapter au contexte actuel du pays et intégrant la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) pour atteindre les Objectifs de Développement Durables (ODD).

Le renforcement des capacités des Districts Sanitaires mettant un accent particulier sur l'amélioration de l'offre des soins et des services de santé reste une priorité pour aller vers la CSU ; ce qui va permettre l'atteinte du but du PNDS III qui couvre la période de cinq ans 2019-2023 <sup>5</sup>, *qui est de contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité à toute la population qui en a besoin.*

Les orientations en matière d'organisation de l'offre des soins dans les districts réaffirment les 3 niveaux de soins qui sont: *la communauté, le centre de santé et l'hôpital de première référence (hôpital de district)*<sup>6</sup>.

Le district sanitaire est donc responsable de l'organisation des soins aux 3 échelons et doit couvrir les besoins de santé (promotion, prévention, curatif et réhabilitation), le tout orienté vers la satisfaction des besoins de la population. Un district sanitaire contient une population d'à peu près 150.000 habitants. Pour des raisons d'efficience, des districts sanitaires avec moins de 100.000 habitants sont à éviter (rapport coût/bénéfice négatif). Quand il y a plus de 250.000 habitants, l'efficacité et le contact étroit avec la base sont compromis : on envisage dans ce cas une division en deux districts sanitaires.<sup>7</sup>

Pour arriver à assurer ce rôle, le district sanitaire doit avoir une bonne organisation, basée sur l'existence des structures de gestion dynamiques et *des outils pratiques pour son management.*

---

<sup>4</sup> Le système de santé de district et le financement basé sur la performance au Burundi : synergies et Contradictions possibles, Georges Nsengiyumva et Laurent Musago, Septembre 2011

<sup>5</sup> , Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023 aligné au Plan National de Développement du Burundi 2018-2027

<sup>6</sup> Idem

<sup>7</sup> Ministère de la Santé Publique ; Module 1 : Gestion du District sanitaire, version 2 , 2008, page 6

## **I.2 DEFINITIONS DES CONCEPTS CLES**

### **Santé**

Selon l’OMS, « la santé est un état de bien-être complet physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. C’est un droit fondamental de l’être humain. L’accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs autres que celui de la santé<sup>8</sup> »

### **Soins de Santé Primaires (SSP)**

Selon la déclaration d’Alma –Ata(année), les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d’auto responsabilité et d’autodétermination. Les soins de santé primaires devaient comprendre huit éléments : une éducation concernant les problèmes de santé ; une nutrition adéquate ; des soins de santé maternelle et infantile ; des mesures d’assainissement de base ; un approvisionnement suffisant en eau salubre; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales; le traitement des maladies et blessures courantes; et la fourniture de médicaments essentiels<sup>9</sup>.

### **Système de santé**

Un système de santé englobe l’ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d’améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d’un secteur public, d’un secteur privé, d’un secteur traditionnel et d’un secteur informel.

### **District sanitaire**

Vu sous l’angle de la mise en œuvre de la politique de santé, le district sanitaire (DS) est *l’unité opérationnelle de base* du système national de santé. C’est au niveau du district sanitaire que concrétisent les diverses composantes du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et que s’organisent les activités à la recherche de résultats, notamment en ce qui concerne les objectifs du développement durable « ODD ».

---

<sup>8</sup> Education Santé numéro 216, (octobre 2006).

<sup>9</sup> Education Santé numéro 21 (octobre 2006).

Vu sous l'angle de la décentralisation des services de l'Etat, le district sanitaire est le niveau chargé de la *décentralisation* des activités du Ministère de la Santé, dans ses divers aspects<sup>10</sup> :

- ✓ gestion administrative et technique du secteur de la santé
- ✓ responsabilité vis-à-vis des autorités et de la population
- ✓ autorité sur le personnel
- ✓ planification, exécution, suivi et supervision des activités

Selon l'OMS, un district sanitaire est une zone sanitaire décentralisée, relativement autonome sur le plan opérationnel et programmatique, et couvrant l'essentiel des besoins de santé d'une population entre 150 000 à 200 000 habitants résidant dans ses limites géographiques. On y trouve les autres services connexes, ainsi que les partenaires au développement sanitaire entretenant une collaboration intersectorielle.

Au Burundi, le district sanitaire est le niveau opérationnel du système de santé. Il dispose de trois échelons : la Communauté, le centre de santé et l'hôpital de première référence. Il est responsable de l'organisation des soins et doit couvrir la santé de la population dans sa zone de responsabilité. Les types de soins sont préventifs, curatifs et promotionnels et le réhabilitationnels.

Les caractéristiques du district de santé se résument dans les points suivants : autonomie de gestion relative, décentralisation de la prise de décision, viabilité économique, participation communautaire, satisfaction des besoins de santé.

### **Centre de santé**

Le Centre de Santé, public, confessionnel et privé, est le deuxième échelon qui permet de garantir l'accessibilité des soins au sein d'une zone géographique déterminée, appelée aire de responsabilité. La norme actuelle définit une moyenne de couverture d'un CdS pour 10.000 à 15.000 habitants. Au-dessus des 20.000 habitants une extension de la couverture s'impose par la création d'un nouveau Cds.

### **Communauté**

Une communauté est l'ensemble de la population qui bénéficie des soins et qui vit dans une aire de responsabilité d'une formation sanitaire. Elle constitue le premier échelon de l'offre des soins et services de santé.

---

<sup>10</sup> Ministère de la Santé Publique ; Module 1 : Gestion du District sanitaire, version 2 , 2008

## **Intersectorialité**

Les actions intersectorielles impliquent non seulement des politiques et des actions gérées à partir du secteur de la santé lui-même, mais aussi l'intégration des interventions et des actions par d'autres secteurs qui ont intégré dans leurs objectifs la contribution à la santé (éducation, Energie, transport, habitats, agriculture, environnement, etc.).

## **Couverture sanitaire universelle**

Elle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

## **Participation communautaire**

C'est un processus par lequel les gens prennent part aux activités formelles et informelles, aux programmes et aux discussions pour susciter un changement planifié ou à une amélioration de la vie, des services ou des ressources communautaires.

## **Plan d'extension de la couverture**

Un Plan d'extension de la couverture sanitaire est un plan à moyen terme (5 ou 10 ans) prévoyant le déploiement ou le renforcement des infrastructures, du personnel, des activités sanitaires et de tous les investissements nécessaires pour assurer l'extension de la couverture de la population par des services répondant aux normes nationales.

Il s'agit donc bien d'une couverture par les services et non d'une couverture par une assurance ou un mécanisme de protection sociale. Une politique d'extension de la couverture par les services est *partie intégrante d'une politique de couverture sanitaire universelle (CSU)*.

## **I.3 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

### **I.3.1 Organisation et fonctionnement du système de santé<sup>11</sup>**

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 4 niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

### **I.3.2 Cadre organisationnel et institutionnel**

- **Niveau central** : Le niveau central comprend le Cabinet du Ministre, Secrétariat Permanent, l'Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida, trois Directions Générales centrales (Services de Santé, Ressources et Planification). En outre, il comprend 3 directions générales à gestion personnalisées.

Il est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources, du suivi - évaluation ainsi que des soins tertiaires (hôpitaux nationaux). Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation/standardisation.

- **Niveau intermédiaire** : Le niveau intermédiaire est un niveau déconcentré du Ministère. Il comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans leur zone de responsabilité.
- **Niveau périphérique** : Le niveau périphérique est composé de 47 districts sanitaires ; au sein de chaque district est organisé un réseau de centres de santé autour d'un hôpital de district de première référence. Le district constitue le niveau opérationnel du système de santé. Il a le rôle de coordonner l'action sanitaire et d'encadrer les activités sanitaires jusqu'au niveau communautaires.
- **Niveau communautaire** : Le niveau communautaire comprend les relais communautaires que sont les associations locales, les agents de santé communautaire, les comités de santé et les guérisseurs traditionnels. Ces relais ont pour rôle d'assurer certaines prestations au niveau communautaire et servent de pont entre la communauté et le centre de santé. De façon opérationnelle, les prestations offertes au niveau communautaire sont sous la responsabilité du district sanitaire.

---

<sup>11</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023 aligné au Plan National de Développement du Burundi 2018-2027, pages 16-17

Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique est essentiellement présent au niveau des centres urbains et joue un rôle progressivement croissant dans le système de santé en dépit de l'insuffisance de données chiffrées de leurs activités.

Au niveau des structures de soins, le secteur privé lucratif comprend des cliniques qui se trouvent dans la capitale Bujumbura et dans certains centres urbains de l'intérieur du Pays, des centres de santé et pharmacies disséminés sur tout le territoire national. La médecine traditionnelle existe au Burundi bien qu'elle soit peu structurée.

Le district sanitaire, qui a en charge la régulation de l'offre des services de toutes les formations sanitaires et pharmacies dont les privées de son aire de responsabilité, doit assurer le contrôle de la qualité à travers des supervisions formatives et d'encadrement.

Le niveau périphérique, est actuellement composé des 46 districts sanitaires, 73 des hôpitaux dont 39 hôpitaux de district et 1017 des centres de santé. Un District Sanitaire couvre 1 à 3 communes dans une Province.

#### **I.4 CADRE INSTITUTIONNEL ET NORMATIF DU DISTRICT SANITAIRE**

Le cadre institutionnel du district sanitaire est décrit dans le décret N° 100/243 du 04 octobre 2011 portant « organisation et fonctionnement du ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA ». Les missions du district sanitaire sont détaillées dans l'ordonnance ministérielle N° 630/381/du 13 mars 2015 portant « Organisation et fonctionnement des services de santé au BURUNDI ».

L'organisation et les missions des différentes structures du District Sanitaire sont également définies et détaillées dans les documents des normes sanitaires.

### **CHAP. II. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DISTRICT SANITAIRE<sup>12</sup>**

Le Bureau de district sanitaire (BDS) est le niveau opérationnel de régulation le plus décentralisé du MSPLS, il a pour principale mission, l'encadrement et la supervision des FOSA de son aire de responsabilité en vue d'améliorer leurs performances, la planification des interventions sanitaires et la coordination des intervenants au niveau du district sanitaire.

Le district sanitaire a, dans ses attributions, la conception, la planification, la mise en œuvre, la coordination, le suivi-évaluation de toutes les activités sanitaires menées dans son aire de responsabilité. Ces activités sont de nature promotionnelle, préventive, curative et réadaptationnelle .

---

12 Tome2, Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2020 , Niveau périphérique et intermédiaires page 12

## **II.1 COMPOSITION ET ORGANISATION DE L'ECD**

### **II. 1.1. Composition de l'ECD<sup>13</sup>**

Selon le document des normes sanitaires 2019-2023 pour la mise en œuvre du PNDS III. L'ECD doit être composée de 14 personnes dont 10 de l'ECD et quatre de l'hôpital de district. Il s'agit de : (i) le Médecin chef de district (ii) le Médecin Directeur de l'hôpital de district ou son représentant, (iii) le Chef nursing, (iv) trois superviseurs polyvalents<sup>14</sup>, (v) le chargé du SIS, (vi) le gestionnaire des ressources du BDS, (vii) le secrétaire administratif et comptable du BDS (viii) le technicien de promotion de la santé, (ix) le technicien de maintenance biomédicale, (x) un technicien Chef de laboratoire de l'hôpital de district (xi) une sage-femme chef de la maternité et (xii) un pharmacien du BDS. Cette ECD est placée sous la coordination du Médecin Chef de District Sanitaire (MCDS).<sup>15</sup>

### **I.1.2. Organisation de l'ECD**

L'Equipe Cadre de District (ECD) met en œuvre le paquet de services sous la coordination et la supervision du Bureau Provincial de la Santé (BPS) et les différentes directions centrales du MSPLS. L'ECD assure un service d'administration et de rapportage pour faire le point sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du PNDS III 2019- 2023.

Ce paquet de services s'articule autour des axes suivants : (i) Planification et gestion des activités du district ; (ii) Supervision ; (iii) Approvisionnement en médicaments et autres intrants essentiels ; (iv) Gestion des données ; (v) Formation ; (vi) Référence et contre-référence ; (vii) Gestion des ressources humaines et financières ; (viii) Implication communautaire ; (ix) Appui technique et (x) Organisation et coordination des interventions.

### **II.1.3. Le rôle du Médecin chef de district (MCD) <sup>16</sup>**

Le MCD est d'abord un chef d'équipe, un animateur :

- Il doit avoir un sens élevé de responsabilité et de leadership.
- Il doit déléguer ses tâches (secrétariat, finances, approvisionnements...) et ne pas vouloir tout faire lui-même.
- Il doit favoriser le travail en équipe.
- Il doit coordonner les ressources disponibles dans son district pour assurer son fonctionnement optimal.
- Il doit s'impliquer dans la supervision compte tenu de son gradient de compétence.

---

<sup>13</sup> Tome2: Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2020 , Niveau périphérique et intermédiaires page 12

<sup>14</sup> Une clé de répartition des tâches attribuées aux Superviseurs est précisée plus loin

<sup>15</sup> TOME2 : Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS III 2019-2020 ; Niveau Périphérique et Intermédiaire , page 12

<sup>16</sup> , Ministère de la Santé Publique ; Module 1 : Gestion du District sanitaire, version 2 , 2008 , p 24

#### **II.1.4 La polyvalence des membres de l'Equipe Cadre de District**

La tâche principale de l'Equipe Cadre de District est de développer le système de santé local, dans tous ses aspects. Elle exige des membres de l'ECD une vue d'ensemble de la situation, incompatible avec une approche cloisonnée des problèmes de gestion ou des problèmes de santé. L'ECD doit donc être le plus possible polyvalente : ses membres ne doivent pas se spécialiser dans un seul domaine, **ils doivent rester au courant de l'ensemble des problèmes du District.** En particulier, le MCD et les superviseurs doivent pouvoir superviser tous les aspects d'un CDS et fournir à l'ECD une vue d'ensemble du système de santé du District.

#### **II.1.5 Le travail en équipe**

La meilleure manière de favoriser la polyvalence de l'ECD est de travailler en équipe. Souvent, les membres d'une même équipe travaillent isolément, et entretiennent, chacun de son côté, des relations « verticales » avec le médecin chef de District . Le travail en équipe exige qu'il y ait une réunion d'équipe chaque semaine ; et que l'ensemble de l'ECD examine tous les problèmes de gestion du DS ; la répartition des tâches et le suivi de ces problèmes peut alors se faire entre les membres de l'ECD.

#### **II.1.6 La délégation des tâches**

La délégation des tâches par le MCD aux autres membres de l'équipe a pour but de valoriser le personnel de l'équipe et de dégager le temps du MCD pour les choses qui requièrent son intervention. Déléguer une tâche c'est en confier l'exécution et le règlement des détails à une personne donnée, qu'on suit et qu'on supervise. En cas de délégation des tâches efficace, le MCD doit être au courant des aspects de la gestion de son district en tout domaine. Ainsi, le travail en équipe et les réunions hebdomadaires de l'ECD forment la base idéale pour un bon fonctionnement du district sanitaire.

## **II.2 TACHES ET MISSIONS DES DIFFERENTS NIVEAUX DU DS <sup>17</sup>**

Le DS a, pour mission, la planification, la coordination et la supervision de la mise en œuvre des activités des Programmes de santé dans les formations sanitaires (FOSA) publiques, confessionnelles / agréées et privées opérant au sein du district. Chaque centre de santé dispose d'un comité de santé (COSA) et d'un comité de gestion (COGES) qui servent d'interface entre la FOSA et la communauté à la base. Le BDS joue également un rôle dans la coordination et le suivi-évaluation des interventions sanitaires des différents acteurs dans le district, y compris l'encadrement des interventions communautaires. Chaque DS est dirigée par une Equipe Cadre de District (ECD) sous la conduite d'un médecin chef de district (MCD) qui rend compte au Bureau Provincial de Santé.

### **II.2.1. Equipe Cadre du District**

L'ECD est responsable de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des soins de santé primaires de qualité. A son niveau, le district sanitaire doit intégrer la planification faite « de bas en haut » (partant de la communauté) et celle faite « de haut en bas » (partant des orientations du Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA) suivant un plan coordonné, global et unique pour son district et ses structures de soins.

L'Equipe Cadre de District a aussi comme mission de sauvegarder le patrimoine foncier, immobilier et mobilier des structures sanitaires du district.

Elle est la véritable instance chargée de garantir et d'assurer l'opérationnalité du district. Elle est responsable de la bonne gestion des ressources humaines, matérielles et financières disponibles afin d'assurer le meilleur fonctionnement et la coordination des structures de santé dans le district, ainsi que le soutien des activités communautaires à travers les CoSa.

Les principales composantes du paquet de services du BDS sont décrites dans les « Normes sanitaires 2019-2023<sup>18</sup> ». Elles sont synthétisées dans ce document, en tenant compte des apports plus récents.

---

<sup>17</sup> Ministère de la Santé Publique ; Module 1 : Gestion du District sanitaire, version 2 , 2008

<sup>18</sup> Tome 2 : Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2023 au Burundi : Niveau Périphérique et Intermédiaires, page 12

## II. 2.1.1 Planification des activités

- Elaborer le plan de développement du district sanitaire ;
- définir les **aires de responsabilité** des différentes FOSA du district, en collaboration avec les CDS et les autorités locales
- arrêter un **plan d'extension de la couverture sanitaire** (PEC) prévoyant, à court, moyen et long terme, l'extension éventuelle des infrastructures et de l'équipement, ainsi que les stratégies permettant la couverture maximale de la population par les soins curatifs, les soins préventifs, les activités de promotion de la santé, et la prise en charge communautaire des problèmes de santé
- identifier les **problèmes prioritaires** de la population en matière de santé et les **solutions** nécessaires permettant d'y répondre
- identifier les **besoins annuels** prioritaires en investissements (infrastructures, équipement, charroi, etc.) et en fonctionnement (personnel, formation du personnel, médicaments, etc.)
- Piloter et encadrer l'élaboration et la validation des plans d'action semestriel et annuel des formations sanitaires (FOSA) et incluant des activités de santé communautaire ;
- Encadrer l'élaboration des plans de mise en œuvre et suivi-évaluation des différents niveaux de prestations du secteur public, privé et confessionnel.
- Valider les plans d'action annuel et semestriel des GASC au plus tard 10 jours avant le début de chaque semestre ;
- Mobiliser et impliquer les partenaires dans le processus de planification pour l'utilisation optimale des ressources du district dans la mise en œuvre du PNDS
- sur base des éléments précédents, élaborer un **plan annuel d'activités** (PAA) unique et réaliste du DS intégrant la planification « de bas en haut » (consolidation des plans d'activités des divers échelons : GASC, CdS, hôpital, BDS) et « de haut en bas » (priorités de santé nationales), traduire ce PAA en un **budget annuel du DS** réaliste, adopter ce PAA et ce budget est validé au cours d'un atelier annuel de planification regroupant tous les intervenants, et le soumettre pour approbation au Comité de Pilotage de District.
- Ce plan d'action annuel est soumis au niveau provincial pour validation et intégration dans le plan d'action annuel provincial.
- Assurer la disponibilité des documents stratégiques, des normes et directives à tous les niveaux du District sanitaire.

### **II. 2.1.2 Supervision**

- Assurer une supervision une fois les deux mois(bimestrielle) formative, globale, technique et intégrée dans chaque FOSA du secteur public, privé et confessionnel du district sanitaire en incluant la gestion correcte des médicaments, des finances, de l'information sanitaire ainsi que la participation communautaire ;
- Rédiger un rapport de supervision, l'analyser en équipe et le transmettre au Cds dans un délai de huit jours ;
- Transmettre une synthèse des rapports de supervisions réalisées à l'échelon hiérarchique supérieur et en archiver une copie
- Mener des supervisions bimestrielles conjointes BPS/BDS de l'hôpital de district et assimilé pour favoriser l'intégration des soins de santé primaires entre le troisième et le deuxième niveau de soins ;
- Analyser les rapports des supervisions du BDS et de l'hôpital de district/assimilé effectuées par le BPS et faire suite aux recommandations émises.
- Superviser la mise en œuvre du système de référence et de contre-référence
- Superviser le travail du Comité d'audit des décès maternels, néonataux et périnataux survenant tant dans les FOSA qu'au sein de la communauté

### **II.2.1.3 Approvisionnement**

- Assurer le fonctionnement de la pharmacie de district, en y maintenant un stock suffisant (fonds de roulement + stock de sécurité) pour couvrir les besoins de trois mois des CDS, de l'hôpital de district/assimilé et de la communauté.
- Assurer la bonne exécution des commandes mensuelles des CDS et de l'hôpital de district/assimilé et de la communauté
- Superviser mensuellement la pharmacie de district
- Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux y compris ceux utilisés par les ASC, ainsi que des documents administratifs et d'outils de gestion au niveau de la pharmacie du District
- Assurer un stock de sécurité pour couvrir les besoins de trois mois

## **II. 2.1.4. Information sanitaire**

- S'assurer de la disponibilité des outils standards de collecte et de rapportage des données SIS, des canevas à tous les niveaux du District.
- Analyser la fiabilité, la promptitude et la complétude des données du SIS et la rigueur avec laquelle les données sont produites, collectées et saisies dans le DHIS2.
- Approuver les données produites par les FOSA dans le DHIS2
- Assurer la rétro-information des résultats de la revue électronique des données et s'assurer des mises à jour.
- Analyser les forces et faiblesses des CdS, des hôpitaux et de la communauté, sur base des données du/des mois passés, et donner un feedback au personnel de ces formations sanitaires et aux acteurs communautaires
- Transmettre les données pour les maladies sous surveillance épidémiologique selon les normes et directives du MSPLS en vigueur.
- Tenir mensuellement une réunion d'analyse et de validation des données statistiques de toutes les formations sanitaires du district et inclure ces données dans le rapport mensuel du district et transmettre dans les délais requis le rapport à qui de droit.
- Assurer le suivi évaluation des activités relatives au FBP Communautaire, en collaboration avec le BPS et le CPVV
- Assurer le suivi des innovations dans le développement de l'informatisation des FOSA

## **II. 2.1.5. Formation du personnel et des acteurs communautaires**

- Sur base des supervisions (des Cds par l'ECD ; de la communauté par les CDS; du BDS et de l'hôpital par le BPS), analyser régulièrement les besoins en formation du personnel du District sanitaire.
- Inclure dans la planification annuelle du district un programme de formations prioritaires à organiser avec la collaboration des programmes nationaux et les PTF
- Organiser une à deux fois par trimestre, sur place et avec les ressources humaines du BDS, une formation spécifique courte (à titre indicatif : un ou deux jours) pour des groupes professionnels, des agents de santé particuliers, ou des acteurs communautaires
- Organiser avec le BPS, au niveau provincial, des formations et recyclages pour le personnel du BDS.
- Tenir une base de données en rapport avec les formations du personnel.
- Renforcer les compétences des CDS dans le suivi régulier des autres acteurs communautaire

### **II.2.1.6. Référence et contre-référence**

- Assurer le bon fonctionnement du système de référence et contre référence des malades : disponibilité de l'ambulance (véhicule fonctionnel et équipé, chauffeur et infirmier accompagnateur, carburant), gestion des évacuations (carnet de bord de l'ambulance) et permanence du système d'écoute 24h/24 ;
- Analyser les critères de référence appliqués dans les CdS, identifier les opportunités manquées de référence et les références abusives ;
- Analyser le fonctionnement des contre-références de l'hôpital de district et assimilé ;
- Lors des supervisions ou des formations spécifiques courtes, discuter des problèmes rencontrés avec l'équipe de soins de chaque CdS ; de l'hôpital et du niveau communautaire ;
- Chercher et appliquer les solutions adéquates, avec les autorités communales et le BPS.

### **II. 2.1.7. Gestion des ressources financières**

- Sur base des supervisions et des rapports financiers mensuels, analyser la gestion financière de chaque CdS et de l'hôpital de district et assimilé, son équilibre et sa conformité avec les normes et directives.
- Prendre les mesures de redressement qui s'imposent.
- Assurer le respect de la cogestion entre le CdS et son CoSa/CoGes.
- S'assurer régulièrement de l'accessibilité financière des populations aux soins dans les CdS et à l'hôpital.
- Prendre les mesures de correction qui s'imposent.
- Veiller à la promptitude et à la complétude du traitement des documents relatifs au remboursement des soins subventionnés par l'Etat et d'autres partenaires.
- Rédiger le rapport financier mensuel, le commenter et le transmettre au BPS.
- Assurer la gestion globale des Ressources Humaines

### **II. 2.1.8. Implication de la communauté**

- Instaurer un dialogue avec l'équipe des CdS et avec les membres du CoSa, lors des supervisions, sur tous les aspects de fonctionnement du CdS et du CoSa, en donnant le feedback nécessaire à leurs rapports respectifs.
- Entretenir des contacts réguliers avec les présidents des CoSa, et organiser une réunion trimestrielle à leur intention.
- Assurer, avec les cadres de l'hôpital, la transparence de la gestion pour le compte de la communauté.
- Organiser / renforcer les réseaux des acteurs communautaires opérant dans le district sanitaire
- Assurer le suivi/évaluation du bon déroulement des activités curatives, préventives et promotionnelles au niveau communautaire.

### **II.2.1.9. Administration/Organisation et Coordination des interventions**

- Organiser chaque semaine une réunion de l'ECD, avec ordre du jour précis et rapport succinct précisant les décisions prises, ainsi que les responsabilités et les délais pour leur exécution.
- Assurer une bonne communication (téléphone, radio, courrier) entre les différentes composantes du système de santé du district (autorités, CoSa, CdS, hôpital, BPS, partenaires, les GASC)
- Veiller au rapportage correct dans les domaines où il est requis (supervisions, finances, information sanitaire, exécution du plan annuel d'activités, gestion de la pharmacie de district, etc.)
- Instaurer un système de classement et d'archivage chronologique et logique de tous les documents tant physiques qu'électroniques à tous les niveaux du District.
- Transmettre tous les trois mois au BPS, un rapport consolidé synthétique et commenté portant sur l'exécution du plan annuel d'activités du DS avec copie aux administrations communales, à l'hôpital, aux CdS et aux partenaires.
- Veiller au respect de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différents organes de gestion du district : le Conseil de Gestion du District, le Conseil de Gestion de l'Hôpital, le Comité de Pilotage du District
- Etablir un règlement d'ordre intérieur du district, à soumettre au Comité de Pilotage de District pour approbation
- Veiller à l'application correcte des règlements d'ordre intérieurs à tous les niveaux du District.
- Approuver les « plans de développement » des formations sanitaires établis dans le cadre de la contractualisation basée sur la performance
- Coordonner les activités des partenaires et s'assurer de l'intégration de leurs activités dans le plan de développement sanitaire et/ou le plan d'action du district
- Participer activement aux activités de vérification et de validation des prestations des GASC au niveau du CPVV
- Participer, au moins une fois par trimestre, aux missions de suivi de la mise en œuvre du FBP communautaire sur terrain, en collaboration avec le BPS ;
- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP communautaire au niveau des Centres de Santé et des GASC, en collaboration avec le CPVV et le BPS.

### **II.2.1.10. Appui technique**

- Rendre les soins essentiels en tenant compte des priorités, de l'efficacité accessibles (géographiquement, financièrement, culturellement) à toute la population
- Assurer la prise en charge globale des problèmes de santé avec intégration des différentes activités de santé dans le processus de développement
- Promouvoir la participation de la communauté en la responsabilisant dans la prise en charge de sa santé et de son développement.
- Fournir un appui technique aux CdS et à l'hôpital de district et assimilé pour leurs activités de planification et de recherche opérationnelle.
- Donner un appui aux FOSA pour la gestion des épidémies, des catastrophes et autres problèmes de santé etc.....
- Assurer la maintenance préventive et corrective des équipements et infrastructures dans les FOSA.

Les tâches de chaque membre de l'équipe cadre de district ont été décrites dans « Répertoire National des Postes Clés du Ministère de La Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida au niveau intermédiaire et périphérique : octobre 2013 ».

### **II.2.2. HOPITAL DE DISTRICT SANITAIRE**

Les tâches de l'HD sont les suivantes : offrir le PCA et organiser le circuit du patient depuis l'admission au traitement jusqu' à la sortie du malade. Ces tâches sont gérées et organisées par le Conseil de Gestion de l'Hôpital.

#### **II.2.2.1. Offrir le paquet complémentaire des activités :**

- Le triage des personnes pour les consultations en ambulatoire : soit vers la consultation et la prise en charge médicale des références, soit vers le service d'urgence.
- Prise en charge des urgences médicales soit chirurgicales après triage Et stabilisation du malade au service d'urgences.
- Accueillir les malades référés, et veiller à ce qu'ils soient vus le plus rapidement possible, admis et traités sans aucune barrière.
- Prise en charge par des moyens de diagnostic : laboratoire, radiologie, échographie etc.
- Prise en charge des accouchements compliqués référés ou non référés.
- Organisation de l'hospitalisation et prise en charge des malades hospitalisés au sein des différents services techniques (gynécologie et obstétrique, chirurgie, pédiatrie, médecine interne etc.).

- Organisation et gestion des services d'appui : la buanderie, la cuisine, le service des déchets (incinération), la morgue, l'atelier de maintenance, le bloc de nettoyage et entretien.
- Gestion et administration : ressources humaines, finances, approvisionnement, logistique, système d'information sanitaire.
- Service social pour appui aux patients en général et aux indigents (liste établie par la communauté) en particulier.

### **II.2.2.2. La gestion du circuit du malade**

Pour gérer d'une façon efficace et efficiente le circuit du malade depuis l'admission à l'hospitalisation jusqu'à la sortie des actions suivantes doivent être menées :

- Organisation et gestion simple et efficace du flux des patients dès l'admission (service des urgences, référés et les non référés aux urgences et aux consultations spécialisées), jusqu'à la sortie.
- Résolution des points de blocage du circuit du malade. (p.e. surcharge du service d'urgence, temps d'attente trop long entre urgences/consultations et services d'hospitalisation, rétention de patients pour raisons de non-paiement etc.)
- Organisation et gestion des services d'hospitalisation : établir des rapports hebdomadaires simples sur le canevas actualisé des services avec réponses sur les points suivants : taux d'admissions, pourcentage d'évasion, durée d'hospitalisation, le taux actualisé d'occupation des lits, la mortalité hospitalière avec le jour précis après admission et/ou intervention, le taux d'infections postopératoires c.à.d. le nombre de plaies infectées/nombre d'interventions réalisées sur une durée de 8 jours...)
- Réalisation d'une façon discrétionnaire de la supervision de dossiers médicaux ou chirurgicaux (la complétude et la cohérence des données remplies, la qualité clinique du soin prodigué, la rationalité des prescriptions de médicaments et demandes d'examen de labo).
- Contrôle des aspects liés à l'environnement au sein de l'hôpital : l'hygiène des services et des couloirs, la gestion des déchets, état fonctionnel et de maintenance de l'incinérateur, des appareils de stérilisation (poupinel, autoclave), la propreté de la cuisine, buanderie etc.

### II.2.3. LE CENTRE DE SANTE

Les tâches principales du centre de santé consistent à offrir le Paquet Minimum d'Activités(PMA)

1. Les consultations curatives polyvalentes, adultes et enfants, prenant en compte toutes les plaintes et symptômes (maladies transmissibles, non transmissibles, chroniques, mentales) des patients et instaurant un traitement. Le registre des consultations curatives comprend aussi les données personnelles du malade, le lieu d'habitation-colline/sous colline (AR ou HAR), la date et le type : nouveau cas de plainte ou consultation de l'évolution des plaintes etc....
2. Prise en charge des urgences, c.à.d. la stabilisation-traitement, et l'organisation de la référence vers l'HD conjointement avec la famille. Une urgence se réfère, peu importe si le ou la malade peut payer ou non. Une créance officielle est signée par la famille.  
Les consultations préventives des enfants sains : pesée, taille, examen clinique basique, vaccination, administration de vitamine A, prise en charge éventuelle de l'enfant malnutri.
3. Les consultations prénatales : anamnèse, examen clinique de base (poids, taille, TA, pouls, hauteur utérine, BCF), prescription des examens de labo de routine (glycosurie, albuminurie, HB), vaccination AT, administration de Fe+acide folique.
4. Les consultations postnatales : pour la mère ; anamnèse, examen clinique de base (poids de la mère, périmètre brachial, TA, douleurs pelviennes, pâleurs des conjonctives, œdèmes des membres inférieurs, état des seins (vérifier la présence de la mastite, des crevasses, de la masse(abcès chaud) ; du périnée(si plaie infectée, si épisiotomie ou déchirure, si présences de fistules obstétricales), de l'utérus(présence des signes d' infection, perte malodorante, fièvre , douleurs, saignement) et de l'abdomen(cicatrice infectée, abdomen douloureux, contractures).
5. Gestion et exécution des actes techniques
6. le circuit de la parturiente : accueil et enregistrement, remplissage du partogramme, accouchement assisté, par voie basse+ épisiotomie+ section du cordon, ou référence à temps pour dystocie ou hémorragie, soins immédiats au nouveau-né, pesée, diamètre bipariétal, mise au sein, administration de méthergin, suture de l'épisiotomie et désinfection du périnée. Une remarque utile est de classer les partogrammes/année et par mode alphabétique ou numérique, de façon à pouvoir retrouver le déroulement de ou des accouchements précédents de la parturiente.
  - a. soins de petite chirurgie : sutures après anesthésie locale, incision abcès, débridement de plaies, soins aux brûlures de peau... (+ rappel VAT)

7. Gestion du circuit des médicaments et consommables :  
Tenue à jour des fiches de stock, calcul de la consommation mensuelle moyenne/médicament, rédaction de bons de commande, contrôles de la date de péremption. Classement des médicaments pour distribution aux patients sur base des ordonnances de l'infirmier et après paiement du médicament.
8. Organisation des activités de la planification familiale : le choix des méthodes contraceptives, au cours de la première consultation postnatale et via les séances de sensibilisation IEC, organisées dans les salles d'attente.
9. Si le CdS est aussi un CDV pour le VIH, il faut une organisation des activités sur le counseling pré-test, test de dépistage, analyse du résultat, counseling post-test/conseil pré et post test avec la famille ou confident pour les mineurs.
10. Gestion des ressources humaines : organisation des horaires de gardes, du planning hebdomadaire sur tableau des activités/membre du personnel, tenue des réunions de staffs journaliers matinaux avant le démarrage des activités et évaluation périodique des besoins en personnel par rapport à la charge de travail.  
Pour toute question liée au développement des RH : à la gestion des carrières, mobilité du personnel, maîtrise des effectifs dans le District Sanitaire suivre le plan stratégique national de développement des RH pour la santé, édition 2016
11. Pour d'autres questions non appréhendées dans ledit document, comme la gestion des sous contrats, il faut se référer au code du travail, et à la loi portant statuts général des fonctionnaires.
12. Gestion financière : tenue à jour des factures (actes+ médicaments), tenue à jour du livre de caisse, le livre de banque, le registre comptable : recettes et dépenses, le registre des créances, la feuille des malades bénéficiant des soins par la mutuelle de la fonction publique ou autre mutuelle communautaire conformément aux documents de gestion financière de la DGR en vigueur.
13. Gestion et maintenance des équipements, des infrastructures et des sources d'énergie (eau, électricité) : utilisation des guides d'entretien ou de maintenance d'équipements fournis par la DISE. Tenir une liste des équipements défectueux, inventorier les pièces manquantes, recourir à l'autorité pour une maintenance ou de réparations des pannes les plus importantes ne pouvant pas être résolues au niveau des CDS.  
Pour des aspects d'infrastructure, il faut utiliser les plans fournis par la DISE et requérir son visa avant toute construction.
14. Surveillance des malades retenus en observation (maximum 72 heures si non référence).

15. Tenue à jour sur la fiche d'observation des paramètres vitaux et de l'évolution des plaintes, et du traitement administré.
16. Participation au travail de la communauté d'une part dans son rôle de promotion des règles d'hygiène familiale et personnelle, de la distribution et de la bonne installation des MIILDA, le monitoring par des agents communautaires de santé de l'installation de ces MIILDA dans les familles (attention particulière aux femmes enceintes et enfants < 5 ans), séances de sensibilisation à la planification familiale.

## **II. 2.4. LA COMMUNAUTE**

Les soins et services sanitaires offerts au niveau communautaire visent principalement une réduction de l'incidence des maladies transmissibles et non transmissibles. Ce niveau s'attaque aux problèmes de santé à la source en apprenant à la communauté les gestes élémentaires et simples de préservation de la santé.

Les interventions au niveau communautaire visent également un accroissement du niveau d'utilisation des services sanitaires en développant des stratégies pour lever les barrières à l'accès aux soins.

Elles s'appuient sur des réseaux d'acteurs communautaires ayant des caractéristiques diversifiées. Les acteurs peuvent être des agents de santé communautaires (ASC), les comités de santé (COSA), des réseaux de personnes, des groupements d'intérêts, des associations locales, etc.

Ces acteurs ont des missions différentes et poursuivent des objectifs différents dans la communauté. Les principaux acteurs sont de trois ordres : les Comités de Santé, les Groupements d'Agents de Santé Communautaire et les Associations Locales (ASLO).

### **II.2.4.1. Les Comités de Santé**

Le Comité de santé est une organisation sociale dont les membres sont élus démocratiquement en assemblée générale. Les personnes élues représentent la population de l'aire géographique qui correspond à l'aire de responsabilité du CDS et qui bénéficie des services rendus par cette structure.

Le Comité de santé participe à la prise de décisions au niveau du CDS de son ressort, il collabore avec l'équipe de santé et aide à trouver des solutions pour les problèmes sanitaires locaux.

Le Comité de santé est en dialogue continu avec toute la communauté et ses organisations sociales, pour donner à la population l'opportunité de participer à la gestion et à la résolution de ses propres problèmes de santé.

**Les Comités de santé ont pour tâches de :**

- Identifier en collaboration avec l'équipe du Centre de Santé les problèmes de santé prioritaires et chercher des solutions appropriées ;
- Sensibiliser et mobiliser la population pour les actions de la santé (Vaccination, CPN, PF et autres) ;
- Appuyer l'équipe du CDS par une cogestion technique, financière et administrative ;
- Procéder à une catégorisation de la population et la mettre à jour (définition des indigents) ;
- Assister le CDS dans la mise à jour des dossiers familiaux : naissances, décès, indigence, suivi des vaccinations, des affections chroniques ;
- Participer dans la planification périodique du CDS ;
- Participer dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans d'actions semestriels et annuels des CDS ;
- Exprimer les besoins ressentis par la Communauté en matière de santé ;
- Définir les mécanismes pour le recouvrement des créances et des impayés et organiser leur récupération via les membres du COSA ;
- Veiller à la sécurité physique de l'infrastructure de santé, médicament et matériel etc.

**II.2.4.2. Les Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC)**

Les Groupements d'agents de santé communautaire sont des associations reconnues par l'administration communale, regroupant des agents de santé communautaire. Ils sont organisés autour de l'aire de responsabilité d'un Centre de Santé et ont pour mission de :

- Sensibiliser la population pour un changement de comportement ;
- Promouvoir la santé de la population en général ;
- Amener l'information des services de santé vers la population et inciter cette dernière à fréquenter les formations sanitaires ;
- Participer dans la prise en charge communautaire de certaines pathologies ;
- Participer à la distribution à base communautaire de certains médicaments et contraceptifs.

Les GASC sont chargés de la réalisation d'un paquet communautaire d'activités et exécutent les tâches suivantes<sup>19</sup> :

- Elaborer un plan d'action semestriel d'activités sous l'encadrement du Centre de Santé, au plus tard 15 jours avant le début de chaque semestre ;
- Négocier chaque semestre un contrat de performance avec le CPVV et le Centre de Santé;
- Signer chaque semestre un contrat de performance avec le CPVV et le Centre de Santé ;
- Référer des clients vers le Centres de Santé à l'aide d'un billet de référence dûment rempli;
- Rechercher des cas d'abandon détectés par le Centre de Santé et les référer au Centre de Santé à l'aide d'une lettre d'invitation et d'un billet de référence;
- Effectuer au moins 10 visites à domicile par mois pour sensibiliser la population sur des problèmes de santé ;
- Compléter la fiche de visite à domicile après chaque séance ;
- Organiser au niveau communautaire au moins 10 séances de sensibilisation par mois sur des thèmes de santé identifiés par le Centre de Santé ;
- Compléter la fiche d'animation d'une séance de sensibilisation avec liste d'au moins 20 participants ;
- Réaliser au niveau communautaire des tests de diagnostic du paludisme à l'aide des Test de dépistage rapide (TDR) chez les cas suspects de paludisme simple âgés de 2 à 59 mois ;
- Assurer la prise en charge à domicile des cas de paludisme, de diarrhée et pneumonie chez les enfants de 2 à 59 mois ;
- Assurer la distribution au niveau communautaire des méthodes contraceptives non prescriptibles ;
- Acheminer, avant le dernier jour du mois, les cahiers d'enregistrement des prestations des ASC chez le secrétaire du GASC (rôle des ASC) ;
- Organiser au plus tard le 30 de chaque mois, une réunion d'évaluation des activités des ASC, en collaboration avec le CDS ;
- Elaborer un PV mensuel de la réunion d'évaluation des activités des ASC avec en annexe une liste nominative de tous les participants avec signature ;
- Compiler au plus tard le 2<sup>e</sup> jour du mois suivant, dans les registres GASC, les prestations réalisées par les ASC (rôle du secrétaire du GASC) ;
- Transmettre au CDS, au plus tard le 2 de chaque mois ; les registres GASC, les fiches de visite à domicile et les fiches de séances de sensibilisation ;
- Remplir au plus tard le 2 de chaque mois la fiche des données déclarées relatives aux prestations effectuées par le GASC et la déposer au Centre de Santé ;

---

<sup>19</sup> Manuel des procédures FBP communautaire version finale du 24 Février 2018

- Transmettre au CDS au plus tard le 4<sup>e</sup> jour ouvrable de chaque mois le rapport mensuel d'activités du GASC selon le canevas du SIS Communautaire ;
- Participer à la vérification des prestations du GASC réalisée par les vérificateurs du CPVV en présence des prestataires du Centre de Santé ;
- Cosigner, avec le CDS et les vérificateurs du CPVV, la facture mensuelle des prestations quantitatives du GASC ;
- Assurer de manière efficiente la gestion de l'association « Groupement d'Agents de Santé Communautaire » ;
- Développer des activités génératrices de revenus.

### **II.2.4.3. Les Associations locales**

Les associations locales (ASLO) sont des entités reconnues officiellement dans la province et leur choix s'opère de préférence parmi des associations qui ont des objectifs liés à la lutte contre la pauvreté, la santé en général, la santé reproductive ou à l'établissement des mutuelles en particulier. Les ASLO sont recrutées par appel d'offres lancé par le CPVV.<sup>20</sup>

Les ASLO ont pour mission de :

- ✓ Vérifier au niveau de la communauté les données des prestations ;
- ✓ Apprécier le degré de satisfaction de la population en rapport avec les prestations

Elles sont chargées de la vérification communautaire des prestations déclarées par les GASC , les CdS et les HD dans le cadre de la stratégie du financement basé sur la performance. Elles sont en quelque sorte la voix des patients portant un jugement sur la prestation du soin et la qualité du soin (accueil, examen, prescription des médicaments, prix...). Elles sont formées et encadrées par les acteurs du FBP, pour mener d'une façon transparente et compétente la collecte des données à vérifier auprès des ménages ayant reçu des soins.

---

<sup>20</sup> Manuel des procédures FBP communautaire version finale du 24 Février 2018

## **II.3 CRITERES DE FONCTIONNALITE DU DISTRICT SANITAIRE**

### **Pour sa fonctionnalité, le District doit disposer de :**

- Une équipe cadre de district complète avec le profil requis ;
- Un équipement de bureau, matériel de bureau et du matériel informatique avec une connexion Internet en état de marche.
- Un charroi de véhicules en état de marche et un parking
- Un cadre d'interfaces fonctionnelles entre les formations sanitaires et la communauté : COSA, COGES et GASC.
- Un plan de supervisions trimestriel des FOSA par les différents niveaux du système : CdS par le BDS à travers l'ECD, HD par le BPS à travers l'Equipe Cadre du BPS.
- Une stratégie d'harmonisation des rapports et des plans périodiques requis et les outils de planification, supervision, évaluation du DS en renforcement au système de santé. .
- Des outils de planification et de gestion du DS : médicaments, ressources humaines, gestion financière, supervision, planification du DS à travers le PDSD,
- Des outils de gestion standards des soins cliniques curatifs, préventifs et promotionnels.
- Des capacités internes pour résoudre les problèmes administratifs.
- Des capacités managériales du MCD et des gestionnaires de l'ECD pour faire face aux charges récurrentes du DS.
- Un système de référence et de contre référence entre les CdS et l'HD avec des protocoles d'indications et des fiches accompagnant les patients référés et contre référés.
- Une dynamique de leadership- et de management au sein de l'ECD avec les outils requis.
- Une dynamique à offrir les soins de qualité, les services, d'hygiène et assainissement, d'approvisionnement en eau et électricité au niveau des FOSA.
- Des ordinogrammes stratégie-plainte-traitement, guides cliniques et thérapeutiques, protocole du circuit du patient au niveau des FOSA, une bonne gestion de l'environnement des FOSA (gestion des déchets, points de lavage des mains et désinfections, nettoyage des locaux très régulier, défense de fumer etc.).
- Une plateforme de coordination entre les représentants et soignants du MSPLS et des représentants des partenaires techniques et financiers. Cette plateforme doit aussi intégrer des partenaires et collègues des autres secteurs du district et des

administrations communales, convoquées pour des points d'agenda multisectoriels.

- L'existence d'une dynamique communautaire, évoluant vers une participation active des représentants de la communauté et des patients.
- La volonté claire et déterminée à prendre des initiatives avec la communauté pour la prise en charge des personnes indigentes selon des critères nationaux définis et discutés avec des PTFs.

### **CHAPIII. LA GESTION DES RESSOURCES**

#### **III.1. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

##### **III.1.1 Description du personnel**

###### **III.1.1.1. Au niveau du CDS**

Selon les normes sanitaires 2019-2023, le bon fonctionnement du CDS exige la disponibilité des ressources humaines suffisantes qualitativement et quantitativement. Chaque poste de responsabilité doit être occupé par des personnes ayant des profils requis (adéquation poste/profil) permettant d'assurer un service de garde en vue de rendre disponible les soins 24h/24 et 7j/7.

Le tableau suivant montre le niveau requis pour être responsable d'un poste au niveau du CDS.

##### **Tableau 1 : Qualification selon le niveau aux postes d'un CDS<sup>21</sup>**

Bien que les attributions de fonctions soient précisées pour chaque catégorie de personnel, l'équipe du CDS doit assurer une certaine polyvalence en vue de garder une capacité de réactivité face à une demande plus accrue dans l'un ou l'autre des services.

---

<sup>21</sup> TOME I Normes Sanitaires 2019-2023, page 33-34

**Tableau 1. Tableau synthétique du personnel requis pour un centre de santé<sup>22</sup>**

<b>Intitulé du poste</b>	<b>Profil du poste</b>
<b>Titulaire</b>	1 licencié en Soins Infirmiers ou Santé Publique (ou au moins un infirmier de niveau A1) comme titulaire du CDS [et une Sage-femme pour un CDS SONUB] avec expérience d’au moins 3 ans dans une institution médicale et formé en gestion du personnel
<b>Titulaire adjoint</b>	1 infirmier A2 formé sur la gestion des soins de santé primaire ou diplôme supérieur
<b>Chef d’équipe des services préventifs</b> : Planning Familial, la vaccination et le suivi de la croissance	1 infirmier A2 formé sur la CPN, la CPoN1 sage-femme pour CDS SONUB
<b>Gestion du SIS</b>	1 diplômé A2 en informatique / statistique ou 1 infirmier A2 formé en DHIS2 et compétences en informatique
Chef du service Laboratoire	1 technicien de laboratoire A2
Chef du service promotion de la santé :	1 TPS A2 appuyé par 1 assistant social niveau A2
Gestion administrative et financière	1 gestionnaire niveau A2
Entretien et gardiennage :	1 travailleur avec niveau minimum 9 <sup>ème</sup> et 1 veilleur avec niveau minimum 6 <sup>ème</sup>

### **III.1.1.2. Au niveau de l’Hôpital de District**

L’hôpital de district est le premier niveau de référence après le centre de santé. Il dispose par conséquent des ressources humaines qualitativement et quantitativement compétentes capable d’assurer les services de garde et de diagnostique 24h/24 et 7j/7 en vue de rendre disponible les soins et améliorer la prise en charge des cas.

<sup>22</sup> TOME I Normes Sanitaires 2019-2023, page 44

**Tableau 2 : Tableau synthétique du personnel requis pour un hôpital de DS <sup>23</sup>**

<b>Poste</b>	<b>Ressources humaines requises</b>
<b>Consultations et hospitalisations</b>	5 médecins généralistes avec compétences chirurgicales
Triage en consultation externe	2 infirmiers A2 ou diplôme supérieur
<b>Service des urgences</b>	
Consultations d'urgence, actes techniques d'urgence, surveillance intensive aux urgences	1 médecin généraliste avec compétences chirurgicales et gynéco-obstétricales et 2 infirmiers A2
<b>Hospitalisations : 1 infirmier A2 pour 4 lits</b>	
Médecine interne	2 licenciés en Soins infirmiers, 4 infirmiers A2
Chirurgie	2 licenciés en Soins infirmiers, 4 infirmiers A2
Pédiatrie, y compris une Unité de Néonatalogie de 3 à 5 couveuses (prématurité, sous-poids, affections / souffrance fœtale,)	1 médecin généraliste avec compétences pédiatriques 2 licenciés en Soins infirmiers, 4 infirmiers A2
Gynécologie-Obstétrique, y compris une Unité de Réanimation pour les nouveau-nés	1 médecin généraliste avec compétences chirurgicales et gynéco-obstétricales, 13 infirmiers (2 licenciés en Soins infirmiers, 4 sages-femmes et 7 infirmiers A2)
<b>Ecoute, Conseil et orientation, Education thérapeutique et Thérapie familiale</b>	Psychologue clinicien, Assistant social A2
<b>Bloc opératoire</b>	1 Infirmier A0, 2 infirmiers A2 et 3 anesthésistes A0
<b>Stérilisation</b>	2 infirmiers A3 et 2 travailleurs
<b>Pharmacie</b>	1 technicien A0 en pharmacie stock, 1 technicien A2 en pharmacie de vente, 1 travailleur
<b>Laboratoire</b>	2 techniciens de labo (licenciés A0) et 3 techniciens A2
<b>Echographie</b>	1 médecin généraliste avec compétences en imagerie obstétricale

<sup>23</sup> TOME II Normes Sanitaires 2019-2023, page 32

<b>Radiologie</b>	2 techniciens radiologues de niveau Licence
<b>Buanderie</b>	6 travailleurs
<b>Cuisine</b>	3 travailleurs
<b>Hygiène, assainissement de base et santé environnementale</b>	3 travailleurs / service (12 travailleurs), 1 TPS de niveau A1
<b>Maintenance</b>	1 technicien A2 (Option Electromécanique / Electricité / Electronique)
<b>Morgue</b>	1 Agent mortuaire
<b>Transport</b>	3 chauffeurs de niveau A3
<b>Administration</b>	1 Directeur, 1 DACS, 1 DAAFA0 en gestion, 1 chef nursing licencié en Soins infirmiers
<b>Finances</b>	1 comptable A1, 1 caissier A3, 3 agents de facturation A3
<b>Approvisionnement et logistique</b>	1 magasinier A2
<b>Statistique</b>	1 chargé du SIS licencié
<b>Service social</b>	1 chargé du service social psychologue clinicien
<b>Secrétariat</b>	1 secrétaire A2

### III.1.1.3 Au niveau du BDS

#### Tableau synthétique d'un personnel du BDS<sup>24</sup>

*Personnel, Equipement mobiliers et immobiliers d'un BDS*

<b>Personnel</b>	<b>Infrastructures</b>	<b>Equipements</b>
1 Médecin Chef de district	1 bureau	1 fauteuil de bureau Un bureau 3 tables avec un jeu de 6 chaises (pour servir d'espace de réunion) Un salon comprenant 7 fauteuils 2 étagères Un ordinateur de bureau Un ordinateur portable Une imprimante Un scanner Un stabilisateur Un photocopieur Une Connexion internet

<sup>24</sup> TOME II Normes Sanitaires 2019-2023 page 18

		Evacuation des patients dans le cadre du système de référence et contre-référence : 1 ambulance pour acheminer les patients en provenance des CDS de l'aire de responsabilité (avec 1 kit d'outillage) 1 ambulance pour acheminer les patients de l'Hôpital de district vers les hôpitaux de 2ème référence (avec 1 kit d'outillage)
	Formations : Salle de réunion et de formation pouvant accueillir tous les membres de l'ECD, les titulaires des CDS et les présidents des COSA, soit une capacité d'environ 40 personnes	Equipement de projection : LCD, écran ; chevalier ; 30 chaises, 5 tablettes
	Abri aéré pour groupe électrogène	Groupe électrogène
3 superviseurs	1 bureau (1 bureau pour 2 superviseurs)	3 bureaux 6 chaises 3 ordinateurs de bureau 3 ordinateurs portables 1 imprimante commune 1 photocopieur 1 stabilisateur 3 étagères
1 gestionnaire des ressources du DS	1 bureau	1 ordinateur de bureau Une imprimante 1 bureau + 2 chaises 1 étagère pour le rangement des documents comptables 1 armoire pour le classement
1 gestionnaire de la pharmacie du DS 1 Assistant	1 bureau	1 bureau et 2 chaises 1 ordinateur de bureau 1 imprimante 1 Stabilisateur 1 étagère pour le classement des fiches de stock
	1 bâtiment de stock du DS avec stock pour intrants secs	6 étagères et 6 palettes pour le rangement des produits pharmaceutiques dont intrants secs
	1 salle des réfrigérateurs et congélateurs	6 palettes
	1 salle de stocks des produits et matériel d'hygiène	6 étagères et 6 palettes pour le rangement des produits et matériel d'hygiène

1 chargé du SIS 1 Assistant	1 bureau	2 bureaux +4 chaises 2 ordinateurs de bureau destiné aux données SIS, 1 imprimante, 1 stabilisateur, 1 téléphone, 1 dispositif de connexion Internet, 2 étagères, 2 jeux de disques durs externes et logiciel de traitement des données.
1 coordonnateur de promotion de la santé du district de niveau A1 en santé environnementale ou en santé publique.	1 bureau	1 ordinateur de bureau, 1 stabilisateur 1 bureau +2 chaises
Parc automobile	Un garage/ Un parking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 véhicules de supervision double-cabine;</li> <li>• 1 véhicule d'approvisionnement simple cabine couvert;</li> <li>• 1 ambulance</li> <li>• 1 moto pour le TPS de niveau A1</li> <li>• 1 moto pour le technicien de maintenance</li> </ul>
1 secrétaire	1 bureau	1 ordinateur de bureau, imprimante, bureau + 2 chaises
1 technicien de maintenance	1 bureau	Kit de maintenance technique et informatique
2 chargés d'hygiène et propreté	Bloc de sanitaires (pour hommes et pour femmes)	Kit de matériel d'hygiène
1Veilleur		

### III.1.2 Gestion administrative des Ressources Humaines pour la Santé

A l'engagement, le nouveau recruté doit se présenter auprès des responsables habilités ;

A chaque échelon, le responsable a le devoir de présenter aux nouveaux recrutés le règlement d'Ordre Intérieur ainsi que les procédures de travail du service concerné.

Les responsables hiérarchiques présentent aux nouveaux recrutés le poste/service et lui/leur assurent l'accompagnement technique et administratif requis ;

Le superviseur direct doit présenter un document d'orientation aux nouveaux recrûs: (i) agenda d'orientation, (ii) présentation générale du service, (iii) visite des collègues,.... ;

Les personnels sous statut et sous contrat ont des droits et devoirs prévus par le statut général des fonctionnaires ou le code du travail.

### **III.1.3 Missions et déplacements**

Pour le personnel sous statut, les indemnités de déplacement sont attribuées conformément à la politique du Gouvernement en matière de transport. Pour le fonctionnaire souffrant d'un handicap moteur, des dispositions particulières peuvent être prises. Les ordres de missions doivent être signés par l'autorité hiérarchique.

Un registre d'absences et de retour doit être tenu pour control.**III.1.4 Évaluation/cotation du personnel**

L'évaluation du personnel consiste à apprécier les compétences et le rendement de celui-ci.

Le personnel sous statut (fonctionnaire) est évalué suivant le respect des horaires, l'exécution des tâches qui lui sont confiées et conformément à la grille d'évaluation de la fonction publique.

S'agissant du personnel sous contrat, la gestion de cette catégorie du personnel doit se référer au code du travail et ses textes d'application<sup>25</sup>.

Le MCD a la latitude de procéder aux mutations du personnel au sein du DS selon les besoins.

La gestion des RH au niveau du District Sanitaire et des FOSA sous son encadrement doit respecter les normes et procédures de gestion administratives, financières et comptables en vigueur du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

---

<sup>25</sup> Manuel des procédures administratives, financières et comptables, édition 2014

## **III.2. LA GESTION DES INFRASTRUCTURES, LA MAINTENANCE DES RESSOURCES MATERIELLES ET EQUIPEMENTS**

### **III.2.1. INFRASTRUCTURE**

#### **III.2.1.1. Principe général :**

Les fonctions du bâtiment déterminent la conception et non l'inverse. Dans le cas de la construction d'une nouvelle structure (ex. un CdS), les fonctions du CDS, correspondant à son PMA, doivent guider le plan directeur du CDS. En cas d'une structure existante, devant être réhabilitée, les contraintes architecturales des parties de la structure essayeront d'au mieux que possible d'être aménagées selon le PMA ou PCA.

#### **III.2.1.1.1 Etapes dans la conception des bâtiments et locaux d'une FOSA :**

- Déterminer les fonctions de chaque local, et leurs caractéristiques techniques auxquelles ils doivent répondre. (p.ex. une salle d'accouchement d'un CdS doit être autrement conçue que la salle de pharmacie...)
- Etudier les relations spatiales entre les locaux et surfaces : la zone des soins cliniques, la zone de lavage et d'entretien, la zone des déchets etc.
- OEtablir les circuits des différents usagers, le personnel soignant, technique, administratif, et d'entretien.
- Etudier l'architecture de la structure : l'orientation selon le cycle du soleil, la toiture (solidité et isolation), le sol des locaux et surfaces, l'accès pour les patients, la surface des consultants, l'aération du local d'attente, l'isolation des locaux contre insectes, chaleur, humidité, vol etc.

#### **III.2.1.1.2 Précautions particulières dans la construction d'une formation sanitaire**

- Éclairage et aération des locaux

En principe il importe de concevoir les bâtiments selon des normes d'architecture qui évitent au maximum des ventilateurs qui coûtent fort cher à l'achat, en plus doivent être entretenus sous peine de devenir des distributeurs 'automatiques' de germes et qui une fois en panne sont trop chers pour être réparés.

### III.2.1.1.3 Quelques recommandations simples pour l'architecte<sup>26</sup> :

- Le bâtiment doit être orienté selon un axe est-ouest. Cela diminue le flux solaire sur les murs. (réduction moyenne calculée de 10 % du flux solaire) ;
- La toiture doit dépasser les murs des façades aux quatre coins du bâtiment au moins d'un mètre, cela augmente la protection contre les rayons solaires directs (réduction moyenne calculée de 0,1 à 0,3 °C). L'orientation du toit doit être nord-sud si l'axe du bâtiment est est-ouest (gain estimé à 0,5 °C) ;
- Etablir des espaces entre toiture et sous-toiture pour faire circuler le vent entre les deux ;
- Un faux plafond est à recommander, car il permet de gagner quelques degrés dans la température ambiante ;
- Rechercher l'emplacement optimal des fenêtres et des portes avec treillis de moustiquaire systématiquement sur toutes les ouvertures du CdS, même si chaque lit d'observation doit être équipé d'une moustiquaire imprégnée bien installé jusqu'à pendre sur le sol et assez large pour rester à distance du patient en observation ;
- Construire des murs avec une bonne épaisseur >> 50 cm ;
- Peindre les murs extérieurs avec une couleur claire qui réfléchit les rayons solaires. Des murs et toits de couleur claire peuvent faire gagner 1 °C à l'intérieur du bâtiment. Les murs agissent sur la température des parois, le toit sur la température de l'air ;
- Aménager des arbres autour de la structure, à proximité de façon à canaliser l'air frais vers l'intérieur du bâtiment. En plus, l'arbre stabilise le sol autour de la formation sanitaire ;

Si on tient en compte tous ces éléments décrits ci-dessus, l'addition de ces bonnes pratiques en aménagement permet de gagner plusieurs °C de fraîcheur à l'intérieur, ce qui facilite le travail des soignants et techniciens et augmente le confort des patients.

Pour ce qui est des normes de construction, en rapport avec les plans et autres aspects architecturaux, se référer à la Direction des Infrastructures Sanitaires et Equipements (DISE).

---

<sup>26</sup> Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDSII 2011-2015 au Burundi pris en compte dans les Normes Sanitaires 2019-2023

#### III.2.1.1.4 La réduction des charges d'entretien

La diminution des charges d'entretien est liée à l'utilisation de bons matériaux, qui ne sont pas toujours les moins chers ou les moins disant dans les dossiers d'appel d'offres. La nature du ciment, sa proportion vis à vis du sable dans le béton ou les briques, sont déjà des critères de longévité des bâtiments.

Dans le cas de ressources limitées, au moins la structure qui porte le bâtiment doit être faite avec du béton ou des briques solides.

- L'emploi de peinture à huile (qui a des propriétés fongicides), des carrelages pour le sol sont faciles à nettoyer. Les châssis de fenêtres sont fabriqués de préférence en bois ou en acier.

Une norme générale dans le choix d'une réhabilitation versus une nouvelle construction est en faveur de la construction si le coût total d'une réhabilitation est supérieur à 50 % d'une nouvelle construction avec des matériaux durables.

#### III.2.2 LA MAINTENANCE DES RESSOURCES MATERIELLES ET EQUIPEMENTS

Les trois types de maintenance sont les suivants :

- **La maintenance courante** Entretien de premier niveau, comme le nettoyage, le graissage, le calibrage, remplacement de petites pièces d'utilisation courante comme des lampes, des fusibles, des tuyaux etc. ;
- **La maintenance préventive** : entretien de l'équipement avant toute panne ; les entretiens courants et préventifs peuvent être planifiés d'avance et font partie d'un plan de maintenance de l'infrastructure et des équipements des structures sanitaires.
- **La maintenance curative** : la réparation ou le remplacement d'une pièce défectueuse, un réglage d'une fonction dérégulée de l'appareil.
- L'entretien courant peut être réalisé par l'utilisateur, l'entretien préventif et curatif sont réalisés par un personnel qualifié en maintenance. Comme le médicament a une date de péremption (si gardé dans des conditions normales), chaque équipement a une durée de vie déterminée.
- Ces types de maintenance auxquels peuvent s'ajouter d'autres seront assistés par l'ordinateur à travers l'outil GMAO (Gestion de la Maintenance Assistée par l'Ordinateur). Cet outil devrait être alimenté par le technicien de maintenance de BDS qui aurait le rôle d'encoder et extraire les rapports faisant ressortir toutes les opérations de maintenance effectuées et plans de maintenance établis pour chaque équipement. Le budget doit inclure, dans ses rubriques « infrastructure et équipements », au moins les frais d'entretien par rapport au coût d'achat de l'équipement.

Une norme acceptable est de calculer le coût de la maintenance annuel de 5 % du coût d'acquisition (souvent estimé) les premières 5 années et un coût de 7 % les années suivantes.

### **III.3 GESTION DES MEDICAMENTS**

Avant de passer en revue les étapes de la gestion, il est important de rappeler que le responsable du stock de la pharmacie, le responsable de la dispensation aux malades et les responsables des pharmacies des services hospitaliers sont responsables de la bonne gestion des médicaments qui leur sont confiés. Mais la pharmacie doit être régulièrement contrôlée par le titulaire et le gestionnaire du centre de santé, ainsi que par le médecin directeur et le gestionnaire de l'hôpital. Ce sont eux qui sont responsables du bon fonctionnement de leur formation sanitaire, sous tous ses aspects, donc aussi de la pharmacie<sup>27</sup>.

Le document technique de référence contenant les instructions ministérielles permanentes contenant la facturation des soins, la gestion des ME, la gestion des BPS, BDS et Hôpitaux résume les obligations concernant la gestion des Médicaments Essentiels :

#### **III.3.1 La facturation des produits pharmaceutiques<sup>28</sup>.**

##### **- La facturation des produits pharmaceutiques par les pharmacies de District**

Lors de la facturation des produits pharmaceutiques (médicaments, consommables, dispositifs médicaux et matériel) aux Formations Sanitaires (FOSA), les pharmacies de District sanitaires appliqueront une marge bénéficiaire de 5 % sur le prix d'achat à la CAMEBU ou chez les grossistes en cas de non disponibilité à la CAMEBU. Cette marge bénéficiaire est destinée au renforcement de la trésorerie de la pharmacie de District.

##### **- La facturation des produits pharmaceutiques par les Centres de Santé et les Hôpitaux de District**

Les CDS et les HD qui ont chacun une pharmacie propre à leur structure, vendent leurs ME avec une marge bénéficiaire de 10% sur le prix d'achat à la pharmacie du District aux patients, à l'exception des soins de la gratuité (enfants < 5 ans et prise en charge des femmes enceintes & accouchements assistés) dont les factures sont incluses dans le système du financement basé sur la performance.

---

<sup>27</sup> Gestion des médicaments, Module de base, 3ème édition du 25 avril 2015, version correspondant au Manuel des outils de gestion et d'information logistique, novembre 2014

<sup>28</sup> Document technique de référence concernant les instructions ministérielles permanentes : N°630/1359/2009 sur les normes à respecter dans la gestion des ME, le 17/06/2009

Cette marge bénéficiaire de 10% est aussi applicable pour les remboursements des factures de soins par la MFP, PNB etc ;

Un CDS possède 2 comptes, un compte actes et un compte médicaments bien séparés. Le compte médicaments est uniquement destiné à l'achat de ME, mais il peut néanmoins verser au maximum 15 % de ses bénéfices éventuels au compte actes de façon à pourvoir au fonctionnement du CDS.

L'HD quant à lui, doit disposer de trois comptes dont :

- un compte ouvert à la BRB pour les dotations de l'Etat
- un compte pour le fonctionnement et
- un compte pour la pharmacie de l'hôpital.

L'utilité d'autres comptes éventuels doit être examinée par la Direction de l'Hôpital et autorisée par le Conseil d'Administration.

L'HD n'ouvrira pas de comptes auprès d'une institution bancaire non informatisée, afin de pouvoir recevoir les extraits liés aux transactions bancaires de l'hôpital. La gestion financière et comptable de l'hôpital se conformera aux documents des procédures en vigueur.

### **III.3.2 Le Cycle de gestion des produits pharmaceutiques.**

En référence au manuel des outils de gestion et d'information logistique des produits pharmaceutiques, le cycle de gestion des produits pharmaceutiques comprend quatre étapes essentielles (**l'acquisition, le stockage, la distribution, la dispensation**) et un support global (**la gestion**).

#### **I. ACQUISITION**

Pour garantir la qualité des médicaments, le centre de santé et l'hôpital doivent acquérir les médicaments **à la pharmacie du district** sanitaire. Ils doivent envoyer une commande **tous les mois**, même si elle est peu importante.

#### **Principe n°1 SELECTION**

- On commande les produits qui sont sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels

#### **Principe n° 2: QUANTIFICATION**

- L'estimation des besoins se fait à partir de la CMM calculée sur une période de six mois à partir de la formule suivante :

<b>Somme des sorties – Fausses sorties</b>
<b>CMM = ----- x 30</b>
<b>Nombre de jours – Jours de rupture de stock</b>

## **REMARQUE**

Si la consommation varie de manière significative d'un mois à un autre, il est souhaitable de se référer à la consommation du dernier mois et l'utiliser comme *CMM*.

### **Principe n° 3: COMMANDE**

- Utiliser pour la commande toutes les fiches de stock sur lesquelles les CMM et les stocks restants sont inscrits
- Faire une commande tous les mois à un rythme fixe
- Pour chaque produit, calculer la quantité à commander à partir de la règle générale ci-après :

<b>Quantité à commander = (CMM x 2) - SR</b>
--

## **REMARQUE**

En cas de prise en compte de nouveaux clients/cas curatifs par la formation sanitaire, ajouter les quantités correspondantes au résultat de votre calcul.

Le Stock Restant (SR) se définit comme étant le stock compté lors de l'inventaire physique à la fin du mois pour l'ensemble des points de détention des produits pharmaceutiques de la structure à savoir le stock de réserve de la pharmacie principale, le stock de la (des) zone(s) de dispensation et du laboratoire.

Par ailleurs, une formation sanitaire est en rupture de stock d'un produit lorsque ce produit n'est pas disponible dans la structure, ceci en se référant au stock de réserve (=0) de la pharmacie principale et au stock de la (des) zone(s) de dispensation (=0) et du laboratoire (=0).

### **Principe n°4: RECEPTION**

- Vérifier s'il y a un espace de stockage suffisant
- Préparer et nettoyer les zones utilisées pour la réception et l'entreposage des produits
- Inspecter les emballages pour repérer les produits endommagés ou périmés
- Compter le nombre d'unités de chaque produit et comparer le résultat au chiffre figurant sur le bordereau de livraison ou facture Channel
- Enregistrer la date et la quantité reçue sur la fiche de stock
- Ranger les produits dans la zone de stockage dans le respect des règles de rangement

## II. STOCKAGE

### Principe n°5: ENTREPOSAGE

- Ranger les produits de petite taille sur des étagères en prenant soin de placer les produits liquides sur les étagères les plus basses ou en dessous des autres produits
- Les produits en vrac et les cartons de grande taille sont rangés sur des palettes, les cartons sont disposés de manière à ce que les flèches pointent vers le haut et que les étiquettes d'identification et les dates de péremption soient visibles
- Organiser et étiqueter le stock dans les emplacements sur les étagères
- Respecter les instructions du fabricant sur les conditions de conservation du produit (étiquette produit).
- Entreposer les produits qui nécessitent d'être conservés au froid dans des zones contrôlées, maintenues à une température appropriée.

### Principe n°6: CONSERVATION ET SECURITE

- Protéger les médicaments contre la chaleur, l'humidité, la lumière du soleil, l'air (boîte fermée), la poussière et les nuisibles.
- Les médicaments doivent être protégés contre le vol (Portes et fenêtres protégées, accès limité aux personnes, stupéfiants stockés dans une armoire fermée).

### Principe n°7: RANGEMENT

- Séparer physiquement les médicaments, vaccins et produits à garder au froid, consommables médicaux, instrumentations, réactifs de laboratoire.

Pour les médicaments, le classement se fait:

- par voie d'administration (orale, injectable, usage externe)
- par ordre alphabétique
- par date de péremption

Pour les dispositifs médicaux, le classement se fait:

- par catégorie d'usage (Matériel pour pansement, Matériel pour injection, Sondes et drains, Gants et doigtiers, Sutures)
- par date de péremption
- par ordre chronologique selon la règle FIFO que l'on peut traduire "Premier arrivé, Premier Sorti" pour les dispositifs médicaux sans date de péremption.

### **Principe n°8: SUIVI DU STOCK**

- Suivre tous les produits en stock avec des fiches sur lesquelles seront portées les informations relatives:
  - à l'identification du produit: Nom (DCI), forme, dosage, le numéro de lot et les dates de péremption
  - aux données relatives à la consommation (CMM)
  - aux quantités reçues, aux quantités livrées et aux pertes
  - au solde du stock disponible
  - aux inventaires physiques et ajustements
  
- Effectuer un inventaire physique du stock tous les mois pour :
  - Vérifier que les soldes de stocks disponibles enregistrés correspondent bien aux quantités de produits réellement disponibles dans le stock
  - Contrôler le rangement et éliminer les produits non utilisables (périmés, cassés, détériorés).

### **III. DISTRIBUTION**

#### **Principe n°9 : PREPARATION DE LA COMMANDE**

- Préparer la commande en sortant le bon produit et la bonne quantité tels qu'indiqués sur le bon de commande dans le respect de la règle Premier Périmé Premier Sorti
- Faire vérifier la commande par une personne autre que celle qui l'a préparée
- Emballer les produits dans des cartons garantissant l'intégrité des produits pendant le transport
- Les produits sous chaîne de froid doivent être transportés dans une glacière adaptée (Ice Pack)
- Etiqueter les colis en mentionnant le nom du destinataire
- Préparer les documents relatifs à la livraison (Bon de livraison, Facture)

### **Principe n°10: TRANSPORT**

- Le transport doit être organisé de manière à assurer la sécurité de la livraison jusqu'au déchargement des colis à destination
- Le convoyeur s'assure de la sécurité du chargement pendant le transport (portes et fenêtres fermées).
- Le convoyeur veille à éviter les mauvaises conditions d'exposition pendant le chargement et le déchargement et durant le transport : chaleur, pluie, poussière.

### **IV. DISPENSATION**

#### **Principe n°11: ANALYSE DE L'ORDONNANCE**

- S'assurer de la conformité de l'ordonnance
- Comprendre et interpréter la prescription

#### **Principe n°12 : DELIVRANCE**

- Préparer les produits pharmaceutiques à délivrer, les emballer et les étiqueter
- Compléter le registre de dispensation
- Délivrer les produits et informer le patient sur la prise des médicaments
- Faire répéter le patient afin de se rassurer s'il a bien compris

### **V. GESTION**

Le suivi, la supervision et l'évaluation de la gestion logistique sont des étapes essentielles qui permettent de déceler et corriger d'éventuels dysfonctionnements du système de gestion logistique dans le but de garantir un approvisionnement régulier des structures.

Le suivi des activités du SIGL se réfère au schéma de supervision du MSPLS. Les aspects de supervision sont les suivants :

- Apprécier les conditions de stockage ;
- Vérifier l'existence des différents outils de gestion ;
- Contrôler la complétude et la promptitude de ces outils ;
- Vérifier la concordance entre le stock physique et le stock théorique des produits traceurs ;
- Contrôler le rangement correct des produits selon les principes édictés ;
- Vérifier avec le responsable de la pharmacie le calcul des CMM et des quantités à commander ;
- Calculer les indicateurs de gestion logistique ;
- Identifier les besoins pour le renforcement des capacités du responsable de la pharmacie ;
- Remplir le registre de supervision avec les remarques faites à l'agent ;

- Rédiger le rapport de mission à transmettre au niveau supérieur et donner une copie pour information à la structure supervisée.<sup>29</sup>

L'utilisateur doit connaître et savoir calculer les indicateurs de gestion pharmaceutique.

### **III.3.3 Les indicateurs de suivi et d'évaluation du SIGL :**

#### **1. Taux de précision de l'inventaire**

C'est le rapport en pourcentage des quantités de stock disponibles dans la pharmacie et les quantités enregistrées sur les fiches de stock. Cet indicateur mesure le degré d'exactitude des quantités de stocks disponibles qui sont enregistrés sur les fiches de stock et/ou rapport d'inventaire pour une gamme de produits.

#### **2. Taux de disponibilité d'un produit**

C'est le rapport en pourcentage de produits disponibles par rapport à la liste des produits sélectionnés.

#### **3. Taux de péremption sur une période donnée**

C'est le rapport en pourcentage de produits périmés/détériorés sur le nombre de produits en stock. Le stock couvert pour une période donnée est constitué du stock initial et des entrées de la période.

#### **4. Nombre de mois de stock disponible et utilisable**

C'est la période en mois pendant laquelle pourra être utilisée la quantité de produits en tenant compte de sa date de péremption. Si le nombre de mois de stock disponible et utilisable est supérieur à la date de péremption, les produits sont à redistribuer.

#### **5. Taux de satisfaction de la commande par produit**

C'est le rapport en pourcentage des quantités de produits commandés sur les quantités de produit livrés.

---

<sup>29</sup> Manuel des outils de gestion et d'information logistique des produits pharmaceutiques, Novembre 2014

### **III.3.4 Organisation Générale du Système d'Approvisionnement et de Distribution des Produits de Santé<sup>30</sup>**

Au Burundi, l'approvisionnement national en produits pharmaceutiques est principalement du ressort de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels du Burundi, CAMEBU en sigle. Les Bureaux des Districts Sanitaires, à travers les pharmacies des districts, s'approvisionnent prioritairement à la CAMEBU afin de servir, à leur tour, les pharmacies des hôpitaux de district ainsi que celles des centres de santé. La dispensation des médicaments aux patients est faite au niveau des formations sanitaires.

En cas de rupture de stock à la pharmacie de district, la pharmacie de l'hôpital de district est autorisée à passer la commande directement à la CAMEBU, sous le couvert du Médecin Chef de District.

En cas de rupture de stock au niveau de la CAMEBU, la pharmacie de district et celle de l'hôpital de district peuvent s'approvisionner auprès des grossistes pharmaceutiques privés.

Toutefois, elles doivent préalablement recevoir une autorisation de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires et respecter les règles des marchés publics.

### **III.3.5 Les bonnes pratiques de gestion des médicaments<sup>31</sup>**

Un **responsable de la pharmacie** doit être désigné dans le centre de santé ou la pharmacie de l'hôpital. Ce responsable doit savoir comment utiliser les outils de gestion qui sont dans ce module.

**La pharmacie d'un centre de santé** comprend deux locaux : le **local de stock** et le **local de dispensation** aux malades.

**La pharmacie d'un hôpital** comprend plusieurs locaux : le **local de stock**, le **local de dispensation aux malades externes**, les diverses petites **pharmacies de service**.

---

<sup>30</sup> Manuel des outils de gestion et d'information logistique des produits pharmaceutiques, Novembre 2014

<sup>31</sup> Gestion des médicaments, Module de base, 3ème édition du 25 avril 2015, version correspondant au Manuel des outils de gestion et d'information logistique, octobre 2014

### III.3.5 .1 Ce qui doit se faire dans le local de stock

#### 1. Réception des médicaments

Lorsque les médicaments arrivent au centre de santé ou à l'hôpital, ils doivent être réceptionnés. La réception se fait par le responsable de la pharmacie et, chaque fois que c'est possible, par les membres du Comité de gestion du centre de santé ou les membres du Conseil de gestion de l'hôpital de district.

**Celui qui signe** « pour réception » un bordereau de livraison ou un bon de réception reconnaît qu'il a bien reçu les produits repris dans le bordereau.

#### 2. Ranger les médicaments

L'organisation du stock dans la pharmacie doit permettre un accès simple et rapide aux produits. Il y a plusieurs manières de ranger un stock de médicaments. Voici les règles à suivre pour la manière adoptée au Burundi :

Il faut *séparer* les produits selon leur **nature** : les médicaments, les consommables et le petit matériel, le petit équipement, les produits à conserver au frigo (vaccins, produits à conserver au froid entre 2 et 8°).

#### ***Les médicaments***

Il faut *répartir* les médicaments selon leur **mode d'administration** : oraux (y compris sirops et inhalateurs), injectables, solutés pour perfusions, voie externe.

Il faut *ranger* les médicaments, dans chaque catégorie, par **ordre alphabétique** : amoxicilline vient avant butylhyoscine. L'ordre alphabétique est celui des *noms génériques*, et non pas des noms de spécialités.

Sous chaque lettre de l'alphabet, il faut *ordonner* les différentes présentations d'un même produit selon le **dosage** : amoxicilline 250 mg vient avant amoxicilline 500 mg.

#### ***Les consommables et le petit matériel - le petit équipement***

#### **Il faut répartir les consommables selon leur catégorie**

- Matériel pour les pansements
- Matériel pour les injections
- Matériel pour les sutures (fils, aiguilles, bistouris, etc.)
- Sondes et drains
- Petit matériel divers (thermomètres, lames, lamelles, etc.)

#### **Il faut aussi répartir le petit équipement selon ses catégories**

- Instruments de chirurgie
- Instruments obstétricaux
- Instruments de mesure (tensiomètres, stéthoscopes, etc.)
- Stérilisateurs
- Microscopes, etc.

### **Règle du « premier périmé, premier sorti »**

- Il faut que les produits qui vont périmer sortent le plus rapidement. Il faut donc que, pour chaque produit, les lots les plus anciens (= qui ont les dates de péremption les plus proches) soient mis en évidence, pour les utiliser en premier lieu :

- soit en les mettant *à gauche* des autres lots sur l'étagère
- soit en les mettant *devant* les autres lots sur l'étagère.

**Étiquette visible** - Les boîtes et les cartons sont rangés de façon à laisser l'étiquette visible, ce qui permet de vérifier les noms, les dosages et les dates de péremption.

**Flèches vers le haut** - S'il y a un « haut » et un « bas » à respecter pour un carton, il est indiqué par des flèches qui indiquent le haut. Il faut respecter le haut et le bas d'un carton car mettre un carton tête en bas peut parfois abîmer le produit à l'intérieur.

### **Les gros cartons doivent être vides ou rester complets.**

On range les cartons de gros volume au-dessus des étagères pour laisser de la place sur les étagères aux produits de faible volume. On peut aussi ranger ces gros volumes dans un espace libre ou une annexe. Il est conseillé, chaque fois que possible, de vider complètement un carton.

### **3. Tenir à jour les fiches de stock**

La fiche de stock **est le principal outil** de gestion d'un stock pharmaceutique. Si les fiches de stock sont mal tenues, la bonne gestion est impossible. Une fiche de stock sert à enregistrer les entrées, les sorties et les stocks restants des produits. Mais une FS sert aussi à **calculer** deux choses fondamentales pour la bonne gestion d'une pharmacie : la consommation mensuelle moyenne (CMM) de chaque produit et le taux des ruptures de stock (RS) de chaque produit.

### **4. Reconditionner les médicaments**

En général, les médicaments sont achetés en vrac dans de grands emballages (Ex : boîte de 1000 comprimés). Pour les *formes pharmaceutiques solides orales* (comprimés, gélules), il faut *reconditionner* les médicaments, c'est-à-dire leur donner un emballage approprié dans de petits sachets avant de les donner aux malades en fonction de chaque prescription.

Pour cela, il faut une bonne identification et un comptage correct des médicaments par la personne qui les délivre, un étiquetage adéquat du conditionnement donné au malade et des petits conditionnements adaptés à chaque traitement.

Le reconditionnement présente plusieurs avantages :

- Une présentation individualisée pour le patient
- Une bonne conservation du produit
- Un conditionnement d'un médicament par cure complète de traitement
- Un gain de temps lors de la délivrance des produits
- Une facilitation du travail au moment de l'inventaire des produits qui sont dans le local de dispensation (« local de vente »).

## 5. Faire l'inventaire des médicaments en stock

A la fin de chaque mois, vous faites l'inventaire des médicaments : vous comptez exactement le nombre de comprimés, d'ampoules, de solutés, etc. sur les étagères. Ceci s'appelle **l'inventaire physique** des stocks. Cet inventaire physique doit donner le même chiffre que **l'inventaire théorique**. L'inventaire théorique est la dernière ligne de « stock restant » de chaque fiche de stock.

## 6. Commander les médicaments

Vous ne devez pas attendre qu'il n'y ait plus de médicaments pour commander. Vous ne devez pas non plus commander comme vous le voulez. Il faut commander à un **rythme fixe** et en utilisant une **formule de calcul**.

Le *rythme de commande*, au Burundi, est fixé à **un mois**. L'intervalle entre deux commandes est donc d'un mois<sup>32 33</sup>.

## 7. Retirer du stock les médicaments périmés ou détériorés

Les médicaments périmés ou détériorés doivent être retirés du stock et détruits. C'est généralement lors des inventaires qu'on détecte les médicaments périmés. On inscrit ce retrait en SORTIE sur la fiche de stock. Dans la colonne DESTINATION de la fiche de stock, on inscrit : « DESTRUCTION » ou « RETRAIT ». Dans la colonne OBSERVATIONS, vous inscrivez : « PERIMES » ou « DETERIORES ».

Le titulaire du centre de santé ou le médecin directeur de l'hôpital doivent informer le médecin chef de district de l'existence de médicaments à détruire. Le médecin chef de district doit prévenir le niveau central du Ministère de la Santé car il y a des procédures à respecter pour la destruction des médicaments (*instructions ministérielles du 17/6/2009*).

---

<sup>32</sup> Document technique de référence concernant les instructions ministérielles permanentes : N°630/1359/2009 sur les normes à respecter dans la gestion des ME, le 17/06/2009

<sup>33</sup> Gestion des médicaments, Module de base, 3ème édition du 25 avril 2015, version correspondant au Manuel des outils de gestion et d'information logistique, octobre 2014

## 8. Veiller au bon fonctionnement du local de stock

Le responsable doit veiller à ce que le local de stock soit toujours

- ✓ Propre et sans poussière
- ✓ Sans insectes ni rongeurs
- ✓ Bien protégé de la lumière directe du soleil et de la pluie
- ✓ Bien rangé (le bureau comme les étagères).

La température du frigo doit être notée tous les jours sur la fiche de température.

Les anomalies doivent être signalées immédiatement à l'infirmier titulaire ou au gestionnaire de l'hôpital.

## Importance du rangement dans la pharmacie :

Le rangement de la pharmacie est très important. Une pharmacie bien rangée permet :

- de faciliter les inventaires mensuels
- de faciliter la circulation entre les rayons
- d'éviter des erreurs de gestion
- d'éviter les pertes financières en minimisant les périmés, les détériorations et les casses.
- de minimiser les risques de vol
- de limiter les détériorations en rangeant les produits sur les étagères.

## 9. Calculer les indicateurs de suivi de gestion et de contrôle de la consommation

Comme la fiche d'inventaire, le calcul des indicateurs de suivi de la gestion de la pharmacie ne sera pas rapidement à la portée de toutes les formations sanitaires. Il devra plutôt faire partie, au début, de la supervision par l'équipe cadre de district.

Le suivi de la gestion se fait en principe tous les mois et se retrouve dans le rapport mensuel.

## 10. Remplir la fiche mensuelle de synthèse

La fiche mensuelle de synthèse sert de rapport d'activités.

C'est le gestionnaire du centre de santé, le gestionnaire (DAF) de l'hôpital, ou le gestionnaire du district qui doivent établir la fiche mensuelle de synthèse pour leur pharmacie, mais toutes les données viennent des responsables des pharmacies (responsable du stock du CDS, de l'hôpital ou du district).

Une des données de la fiche mensuelle de synthèse est le « chiffre d'affaires » de la pharmacie. Le chiffre d'affaires mensuel est simplement **le total des ventes du mois**. Pour une *pharmacie de district*, le calcul est facile à faire : c'est la somme de toutes les ventes à l'hôpital et aux centres de santé.

Pour une *pharmacie d'hôpital ou d'un centre de santé*, le calcul est difficile, surtout depuis l'introduction de la gratuité des soins. On s'efforce de valoriser les sorties dans la pharmacie du CDS (ou de l'hôpital) : valorisation des sorties du stock principal (approximation du chiffre d'affaire).

## **11. Fournir les médicaments aux clients**

### **Pour la pharmacie de district**

Les clients de la pharmacie de district sont les hôpitaux de première référence et les CDS.

Le médecin chef de district doit décider, avec son équipe cadre de district, si les clients peuvent s'adresser n'importe quand dans le mois à la pharmacie de district ou s'ils doivent faire leur commande mensuelle à une date donnée.

Les modalités concrètes de paiement (par chèque, par virement ou en espèces) doivent aussi être déterminées par le MCD. Les instructions ministérielles du 17/6/2009 précisent que les FOSA ne sont plus autorisées à s'endetter auprès de la pharmacie de district ; ce qui est compréhensible si on veut éviter l'endettement de la pharmacie de district auprès de la CAMEBU ou des grossistes et des ruptures de stock.

### **Pour la pharmacie de l'hôpital ou des centres de santé**

Les clients de la pharmacie de l'hôpital sont le local de dispensation aux malades externes et les services hospitaliers. Le seul client de la pharmacie du CDS est le local de dispensation aux malades.

Le médecin directeur de l'hôpital (pour l'hôpital) ou le MCD (pour les CDS) doit déterminer les modalités concrètes de fourniture des médicaments aux services hospitaliers et aux locaux de dispensation aux malades.

Toute sortie de médicaments du local de stock doit être inscrite comme **ENTREE de médicaments** dans le **registre de consommation journalière** du local de dispensation (ou des pharmacies de services hospitaliers si elles existent).<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Gestion des médicaments, Module de base, 3ème édition du 25 avril 2015, version correspondant au Manuel des outils de gestion et d'information logistique, octobre 2014

**Tableau 3 : Les outils de gestion des produits pharmaceutiques par type, localisation et responsabilité<sup>35</sup>.**

	<b>Outil de gestion</b>	<b>Où se trouve-t-il ?</b>	<b>Qui s'en charge ?</b>
1	Le bon de commande	Local de stock	Responsable du stock
2	Le bordereau de livraison	Local de stock	Responsable du stock
3	Le bon de réception	Local de stock	Responsable du stock
4	Le registre de consommation journalière	Local de dispensation Pharmacies des services	Responsable de la dispensation Chefs de service
5	La fiche de stock	Local de stock	Responsable du stock
6	La fiche d'inventaire	Local de stock	Responsable du stock
7	Le carnet des retraits	Local de stock	Responsable du stock
8	La fiche mensuelle de synthèse	Local de stock	Titulaire et gestionnaire du CDS (CDS) Gestionnaire/DAF de l'hôpital (hôpital) Gestionnaire du DS (pharmacie de district)
9	La fiche de calcul du chiffre d'affaires	Gestionnaire	Gestionnaire/DAF
10	Le tableau de suivi des commandes	Gestionnaire	Gestionnaire/DAF
11	Le tableau de bord de suivi de la gestion	Gestionnaire	Gestionnaire du district (pour la pharmacie de district et les CDS) ou DAF de l'hôpital

<sup>35</sup> Gestion des médicaments, Module de base, 3ème édition du 25 avril 2015, version correspondant au Manuel des outils de gestion et d'information logistique, octobre 2014

### **III.3.5 .6 Organisation des mouvements de stock au niveau de la Pharmacie de District**

La Pharmacie de District est une structure charnière dans la chaîne logistique. La solidité de la structure de son Fonds de Roulement compte beaucoup dans l'atteinte des objectifs en termes de disponibilité des produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires et de prévention des ruptures de stock.

Pour garantir une capacité optimale de réponse aux commandes des formations sanitaires, placées en début de mois, la Pharmacie de District devrait organiser la séquence de ses opérations de gestion de stock de manière à ce que son stock, à cette période, soit reconstitué à son niveau maximum pour pouvoir faire face aux commandes des formations sanitaires du district.

Pour ce faire, les opérations de gestion sur le stock de la Pharmacie de District devraient être planifiées comme suit :

- **Début du mois** : le stock est reconstitué à son niveau maximum (2 mois); parallèlement, la trésorerie est à son niveau minimum (2 mois). Le fonds de roulement de la Pharmacie de district est calculé comme la somme de la valeur du stock et de la trésorerie correspondant au total à 4 mois de consommation moyenne mensuelle.
- **Première partie du mois** : la Pharmacie de District livre les commandes des formations sanitaires ; ainsi, son stock se réduit progressivement jusqu'à atteindre, dans les conditions normales de consommation, son niveau de stock minimum (1 mois). Dans un même temps, au fur et à mesure que les formations sanitaires règlent leur commande à la Pharmacie de District, sa trésorerie augmente jusqu'à atteindre son niveau maximum. Il faut noter que dans les conditions normales de gestion, le Fonds de Roulement de la Pharmacie de District ne varie pas.
- **Deuxième partie du mois** : dès la fin des opérations de livraison des commandes aux formations sanitaires, la Pharmacie de District fait le bilan de ses distributions et place immédiatement sa commande à la CAMEBU afin que son stock soit reconstitué à son niveau maximum (2 mois) en prévision du début du mois suivant. Le paiement à la CAMEBU de la livraison correspondant à la commande placée, fera redescendre la trésorerie à son niveau minimum. Le Fonds de Roulement, ici encore, ne varie pas.

### III.3.5 .7 Niveaux de Stock dans la chaîne logistique<sup>36</sup>

Pour maintenir le niveau de stock adéquat, des niveaux minimum et maximum et un fonds de roulement ont été établis pour tous les produits de santé, auxquels doit s'ajouter une fourchette de variation d'une réserve de trésorerie, indispensable pour que la structure puisse payer ses commandes de réapprovisionnement quel que soit son niveau dans la chaîne logistique.

Les pharmacies des districts sanitaires, des hôpitaux de district et des centres de santé sont tenues de maintenir un niveau de stock adéquat permettant de satisfaire les besoins des clients et/ou des patients. En effet, un bon système de contrôle aide à prévenir les ruptures de stock, les sur stockages et à éviter les produits périmés.

**Le niveau de stock minimum** est le niveau de stock en-dessous duquel le stock disponible ne devrait pas descendre pour éviter une situation de rupture de stock. Au niveau du stock minimum correspondra une trésorerie maximale, constituée par la vente des produits pharmaceutiques aux clients de la structure considérée.

**Le niveau de stock maximum** est la plus grande quantité de chaque produit que la structure devrait avoir à un moment donné. Si la structure a plus que le maximum, il y a un sur stockage et un risque d'avoir des quantités qui pourraient périmer avant utilisation. Au niveau du stock maximal correspondra une trésorerie minimale, nécessaire à la structure considérée pour payer sans délai ses commandes de réapprovisionnement. Ce niveau minimal de trésorerie est indispensable pour faciliter les mécanismes de réapprovisionnement dans un système à recouvrement des coûts.

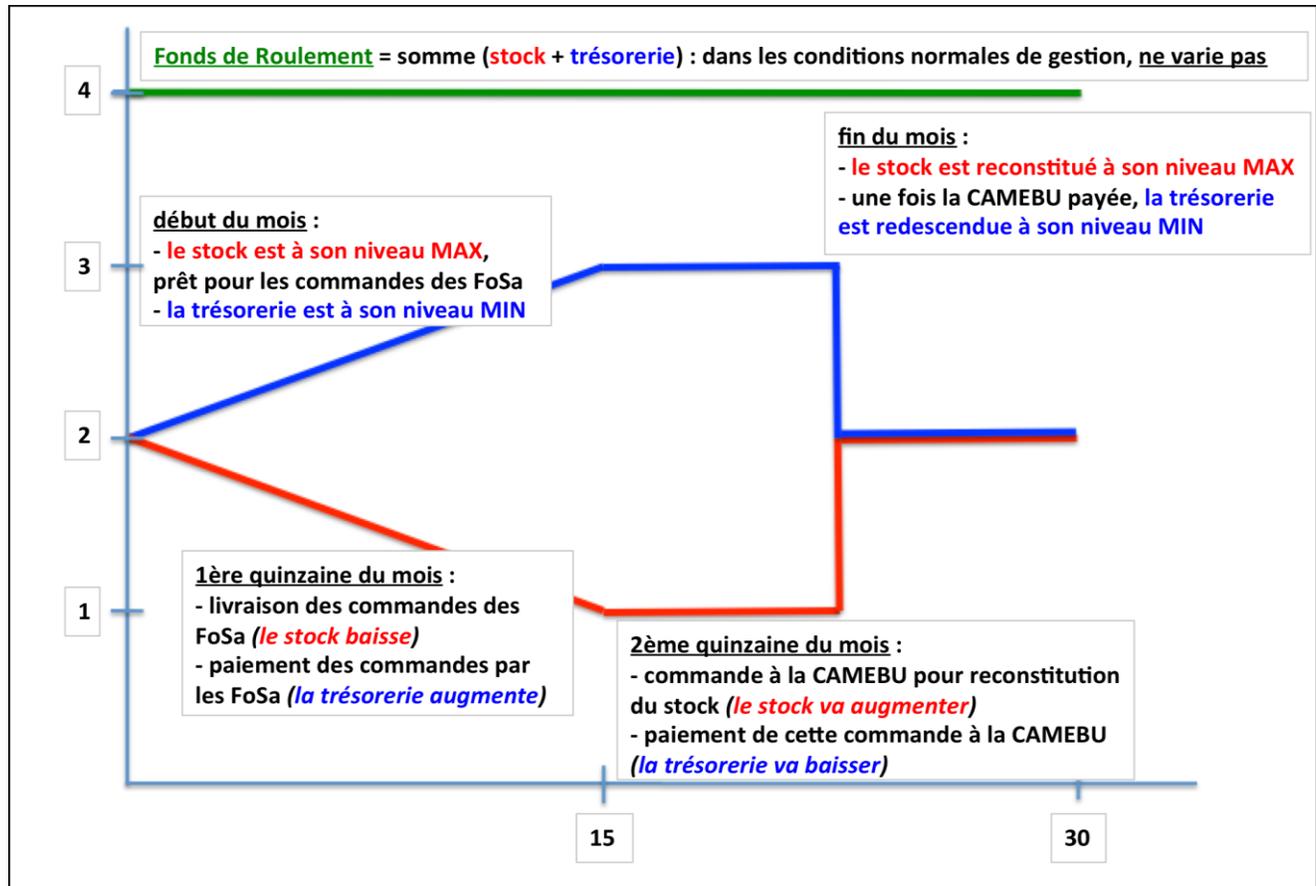
**La somme du stock valorisé et de la trésorerie** constitue **le Fonds de Roulement** de la structure. Le Fonds de Roulement oscille sans cesse entre une partie détenue sous forme de stock, avec le stock maximum de la structure comme plafond et une autre partie sous forme de liquidité appelée "Réserve de Trésorerie" dont le niveau minimum correspondra à la différence entre le Fonds de Roulement et le stock maximum.

---

36 Manuel des outils de gestion et d'information logistique des produits pharmaceutiques, Novembre 2014

**Dans un système à recouvrement des coûts**, il faut non seulement agir sur les niveaux de stock mais également sur la disponibilité d'une réserve de trésorerie suffisante pour permettre à la structure de se réapprovisionner, l'objectif étant d'optimiser la disponibilité des produits et ainsi prévenir les ruptures de stock.

Ce mode de fonctionnement, au niveau de la Pharmacie de District, peut se schématiser comme suit :



### **III.3.5 .7 Assurance qualité des médicaments**

Les produits pharmaceutiques en général et les médicaments en particulier jouent un rôle de premier plan dans tout système de santé. En effet, après un bon diagnostic établi par le prestataire, le malade nécessite un bon traitement grâce aux médicaments de qualité administrés à la bonne dose et au bon moment avec l'utilisation de consommables de bonne qualité. Cela justifie les compétences particulières requises pour la gestion de ces produits de santé et le respect rigoureux des principes et directives en vigueur.

Les acteurs qui interviennent dans la chaîne logistique doivent veiller à avoir <sup>37</sup> :

- Les **B**ons Produits
- En **B**onne Quantité
- En **B**onne Qualité, et soient disponibles
- Au **B**on Endroit
- Au **B**on Moment et
- Au **B**on Coût

## **III.4.LA GESTION FINANCIERE**

### **III.4.1 Le budget d'un bureau de district sanitaire (BDS)**

Un budget est l'ensemble des comptes qui décrivent, pour une année civile, toutes les ressources et toutes les charges de l'État, des autres collectivités publiques et des établissements publics <sup>38</sup>

Un budget du BDS est alors l'expression comptable<sup>39</sup> et financière<sup>40</sup> d'un plan d'action retenu pour mettre en œuvre la stratégie du BDS dans le court terme. Le budget est annuel. Il prend la forme d'un tableau prévisionnel des recettes et des dépenses nécessaires à la réalisation des activités annuelles. Un budget doit nécessairement être en équilibre : les dépenses prévues doivent être égales aux recettes prévues.

Un budget d'un BDS doit comporter deux sortes de budget afin d'assurer une meilleure gestion, un budget de fonctionnement du district et celui de la pharmacie de district.

La préparation du budget doit être participative (implication de toute l'ECD, des CDS) et doit se clôturer au 30 juin de l'année en cours.

---

<sup>37</sup> Manuel des outils de gestion et d'information logistique des produits pharmaceutiques, Novembre 2014

<sup>38</sup> Dictionnaire de français Larousse,

<sup>39</sup> Ensemble des obligations envers des tiers.

<sup>40</sup> Phase préalable et obligatoire à la procédure d'ordonnancement par laquelle l'Administration prévoit une dépense au budget

### **III.4.2 Les principes d'élaboration d'un budget.**

L'élaboration d'un budget se fait sur la base d'une comptabilité suffisamment détaillée de l'analyse des dépenses et des recettes.

Il est important que tous les acteurs, à tous les niveaux d'élaboration du budget participent, et les communautés soient bien éclairées sur le sujet.

L'élaboration du budget se fait sur la base d'objectifs et stratégies précises et les activités doivent être budgétisées en détail.

Un calendrier fixant les étapes d'élaboration du budget et la nature des informations à fournir par les divers responsables des sous-secteurs du système doit être préparé avant de se réunir en plénière pour élaborer le budget.

La désignation d'une petite équipe qui prépare et propose un budget détaillé à l'ensemble de l'équipe responsable est souhaitable, la discussion sur une proposition chiffrée étant plus efficace et efficiente.

Les indicateurs d'évaluation doivent rester réalistes et tenir compte de la progression parfois difficile et lente des activités programmées. Il ne faut pas budgétiser ce qui ne pourra pas être réalisé.

### **III.4.3. Les recettes du Bureau de District Sanitaire (BDS)**

#### **III.4.3.1. Le bureau du District**

Les recettes du BDS sont constituées des subsides de l'Etat, des recettes issues du financement basé sur la performance (FBP) et celles des ventes des produits pharmaceutiques ainsi que d'éventuels apports des partenaires techniques et financiers. Accessoirement, les services prestés par le BDS au bénéfice des CDS ou d'autres services externes (ex. photocopier,) peuvent donner lieu à des remboursements qui sont aussi des recettes.

#### **III.4.3.2. La pharmacie de District**

Les recettes de la pharmacie de district proviennent essentiellement de la vente des médicaments à l'hôpital de district et aux CDS. Au moment de cette vente, la pharmacie de district applique une marge bénéficiaire de 5% sur le prix d'achat à la CAMEBU ou chez les grossistes. D'autres recettes peuvent provenir de remboursements par les formations sanitaires ou autres. (apurement d'anciennes dettes, participation aux frais de distribution des produits pharmaceutiques, etc.).

### III.4.4. Les dépenses d'un bureau de district sanitaire (BDS)

#### Les dépenses du district sont de deux sortes :

- **Des dépenses de fonctionnement**, comme par exemple l'entretien et réparation véhicule , le carburant du véhicule de supervision, les frais de mission autres que ceux en rapport avec la pharmacie de district, les fournitures de bureau pour le fonctionnement de l'ECD .
- **Des dépenses d'investissement** : un investissement est une dépense faite pour acquérir un bien qui va durer plus d'une année, ou payer un service ou des travaux dont le résultat va durer plus d'une année ; la dépense ne se répète pas chaque année. Toutes ces dépenses doivent être réalisées à partir d'un **budget annuel** préalablement établi sur base d'un **plan annuel d'activités** (PAA) selon le modèle déjà validé par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

#### Les dépenses de la pharmacie de district sont de deux sortes :

- **Des dépenses de fonctionnement**, comme par exemple l'achat des médicaments, l'entretien réparation véhicule, le carburant du véhicule d'approvisionnement en médicaments, les frais de mission pour l'approvisionnement en médicaments, les fournitures de bureau pour le fonctionnement de la pharmacie.
- **Des dépenses d'investissements** : achats d'équipement ou de matériel durable (à utiliser pendant plus d'un an) comme par exemple des étagères (mobilier), du matériel informatique (équipement) pour le fonctionnement de la pharmacie ; grands travaux de réhabilitation ou d'extension des locaux (bâtiments).

Toutes ces dépenses doivent être réalisées à partir d'un **budget annuel** préalablement établi sur base du **plan annuel d'activités** (PAA) du district selon le modèle déjà validé par le Ministère.

### III. 4.5 Procédure de gestion financière

#### III.4.5.1. LE BUREAU DU DISTRICT SANITAIRE(BDS).

Le BDS possède 2 comptes bancaires : le compte fonctionnement, destiné au fonctionnement général du BDS et le compte pharmacie de district, destiné à l'achat de ME et de consommables médicaux. Le BDS n'ouvrira pas de comptes auprès d'institutions bancaires non informatisées, afin de pouvoir recevoir les extraits liés aux transactions bancaires du BDS

Les BDS utilisent une comptabilité à partie simple pour les recettes et les dépenses. Ils peuvent également tenir une comptabilité à partie double pour les ressources et emplois, utilisant la codification du plan comptable national. Les BDS tiendront un suivi de leurs dettes et leurs créances incluant celles de la pharmacie de district selon les documents des procédures administratives, financières et comptable en vigueur.

#### **III.4.5.2 L'hôpital de district.**

L'HD doit disposer de trois comptes dont :

- un compte ouvert à la BRB pour les dotations de l'Etat
- un compte pour le fonctionnement et
- un compte pour la pharmacie de l'hôpital.

L'utilité d'autres comptes éventuels doit être examinée par la Direction de l'Hôpital et autorisée par le Conseil d'Administration. L'HD n'ouvrira pas de comptes auprès d'institutions bancaires non informatisées, afin de pouvoir recevoir les extraits liés aux transactions bancaires de l'hôpital.

La gestion financière et comptable de l'hôpital se conformera aux documents des procédures en vigueur.

#### **III.4.5.3 Le Centre de Santé.**

Le CDS ne peut posséder que 2 comptes : un compte actes, destiné au fonctionnement du CDS et un compte médicaments, destiné à l'achat des ME et consommables médicaux. Les transactions sur les 2 comptes sont mentionnées dans le chapitre de la gestion des ME.

- Les CDS utilisent une comptabilité à partie simple pour les recettes et les dépenses. Ils peuvent également tenir une comptabilité à partie double pour les ressources et emplois, utilisant la codification du plan comptable national.
- La gestion financière et comptable du CDS se conformera aux documents des procédures en vigueur.

### **III.4.6. Les outils et les bonnes pratiques de gestion financière et comptable**

Lors de l'enregistrement des opérations comptables, le comptable a besoin des outils et doit suivre les bonnes pratiques de gestion financière et comptable.

#### **6.1. Les outils**

##### **a) Le livre de Banque**

Un livre de banque sert à enregistrer chronologiquement, au jour le jour, toutes les opérations qui se traduisent par une entrée ou une sortie d'argent d'un compte bancaire que ce soit par chèque ou par virement bancaire. Un livre de banque est donc un registre dans lequel le comptable enregistre tous les mouvements d'argent survenus sur un compte bancaire.

Une **sortie d'argent** de la banque doit être justifiée par une pièce justificative (une facture, une déclaration de créance, etc.) et doit être autorisée par la personne habilitée selon les niveaux sur base d'une autorisation de paiement par banque.

Une **entrée d'argent** par banque doit être matérialisée à la comptabilité par un bordereau de versement, un extrait bancaire ou un historique des mouvements du compte bancaire.

-

Dans le livre de banque, les entrées d'argent sont enregistrées au **débit** du compte « Banque », les sorties d'argent sont enregistrées au crédit de ce compte, et ce au jour le jour.

Une pièce comptable à l'origine d'une sortie ou d'une entrée d'argent à la banque doit être numérotée et classée chronologiquement.

Pour une bonne gestion des comptes bancaires, il faut **un livre de banque par compte bancaire** et il faut **des classeurs des pièces comptables propres à chaque compte bancaire**. Les opérations (enregistrements) dans les livres de banque sont clôturées mensuellement aux fins d'élaboration du rapport financier mensuel.

#### Tableau 4 : Modèle du livre de banque

Livre banque du compte bancaire n°.....

Mois.....

N° d'ordre de l'opération	Date	Imputation	Libellé	Débit	Crédit	Solde
Totaux à reporter						

#### b) Le livre de caisse

Un livre de caisse se présente de la même façon qu'un livre de banque :

les entrées d'argent en espèces sont enregistrées au débit dans le livre de caisse, les sorties d'argent en espèces sont enregistrées au crédit, au jour le jour.

Une **sortie d'argent** doit être justifiée par une pièce justificative (une facture, une déclaration de créance, etc.) et doit être autorisée par la personne habilitée selon les niveaux sur base d'une autorisation de payement par caisse.

Une **entrée d'argent** en espèces doit être elle aussi justifiée (facturier, reçu, etc.) et doit être constatée par l'autorité habilitée sur base d'un bon d'entrée de caisse.

Une pièce comptable à l'origine d'une sortie ou d'une entrée d'argent à la caisse doit être numérotée et classée chronologiquement.

Pour une bonne gestion, il faut **un livre de caisse par compte bancaire**.

Les opérations des livres de caisses sont clôturées mensuellement aux fins de l'élaboration du rapport financier mensuel.

**Tableau 5 : Modèle du livre de caisse**

Livre caisse du compte bancaire n°.....

Mois.....

N° d'ordre de l'opération	Date	Imputation	Libellé	Débit	Crédit	Solde
Totaux à reporter						

**c. Les fiches de suivi des dépenses et des recettes**

Pour suivre l'exécution d'un budget il est conseillé d'utiliser les fiches de suivi des recettes et les fiches de suivi des dépenses

Ce sont ces fiches qui permettent d'alimenter le rapport financier mensuel.

**Tableau 6 : Fiche de suivi des recettes**

**Ligne budgétaire: .....**

Montant prévu au budget initial:

.....Fbu

Montant revu par modification budgétaire du .../.../:

.....Fbu

Montant revu par modification budgétaire du ...../...../ .....

.....Fbu

N° d'ordre	Date	Libellé	Recettes (montant)	Recettes cumulées	Solde disponible	Taux d'exécution
1						
2						

NB: Il faut autant de fiches de suivi que de lignes budgétaires

## Tableau 7 : Fiche de suivi des dépenses

Ligne budgétaire: .....						
Montant prévu au budget initial: .....Fbu						
Montant revu par modification budgétaire du .../.../: .....Fbu						
Montant revu par modification budgétaire du ..../...../ ..... .....Fbu						
N° d'ordre	Date	Libellé	Dépense (montant)	Dépenses cumulées	Solde disponible	Taux d'exécution
1						
2						
NB: Il faut autant de fiches de suivi que de lignes budgétaires						

### 6.2. Les bonnes pratiques

#### Imputation comptable

L'imputation comptable consiste à donner à chaque dépense et à chaque recette un numéro d'identification prévu dans le plan comptable. Elle facilite le regroupement des dépenses et des recettes de même nature pendant une période donnée et par conséquent facilite le rapportage financier.

#### Le rapprochement bancaire des comptes

Un rapprochement bancaire est une comparaison entre les écritures du **comptable** dans le livre de banque et les écritures de la **banque** dans l'historique des mouvements du compte bancaire concerné et se fait à la fin de chaque mois.

**Tableau 8: Rapprochement bancaire**

Banque: .....

Numéro de compte: .....

Intitulé du compte: .....

**Mois de:** .....

N°	Libellé	Montants
I	SOLDE D'OUVERTURE	
II	ENTREES SUR LE COMPTE (Origine)	
2.1	Caisse	
2.2	Etat	
2.3	MFP	
2.4	FDN	
2.5	PNB	
2.6	Agence d'Achat des Services	
III	SORTIES DU COMPTE : A - TRANSFERTS EFFECTUES VERS LA CAISSE OU D'AUTRES COMPTES INTERNES OU EXTERNES	
3.1	Alimentation de la caisse	
3.2		
3.3		
3.4		
IV	SORTIES DU COMPTE : B - TOTAL DES DEPENSES	
V	SOLDE DE CLOTURE: $N/\text{Livres} = I+II-III-IV$	
VI	Chèques en circulation (Numéros et Montants)	
VII	Montant à verser sur la banque mais non encore	
VIII	SOLDE DE CLÔTURE A LA BANQUE = $V+VI-VII$	
IX	SOLDE DE CLÔTURE A LA BANQUE D'APRES L'HISTORIQUE BANCAIRE	

Comptable/Gestionnaire

## L'inventaire physique de caisse

Un inventaire physique de caisse consiste à réaliser un décompte de l'argent liquide contenu dans celle-ci et de le comparer avec le solde du livre de caisse.

Le solde du livre de caisse doit correspondre exactement à l'argent disponible dans la caisse à la date considérée. En cas d'écart, une justification doit être apportée par le responsable de la caisse.

Les inventaires physiques de caisse se font par les personnes habilitées et selon les niveaux. Ils se font à l'improviste (par surprise) à n'importe quelle date du mois et d'une façon régulière le dernier jour de chaque mois pour pouvoir clôturer le mois. Pour une trace de l'inventaire physique de caisse, les personnes habilitées à chaque niveau signent un procès-verbal d'inventaire physique de caisse.

**Tableau 9 : Tableau d'inventaire de caisse**

Caisse: .....				Date :.....	
Solde du livre de caisse (= Inventaire théorique)					
		N°	Dénomination	Nombre	Total
		1	10 000		
		2	5 000		
		3	2 000		
		4	1 000		
		5	500		
		6	100		
		7	50		
		8	20		
		9	10		
		10	5		
		11	1		
Total inventaire physique					
Commentaires du vérificateur :					
.....	.....	.....	.....	Vérifié par :.....	.....
Préparé par le Gestionnaire					

## Le suivi des comptes des tiers

Le suivi des créances et des dettes se fait sur base des fiches.

Les fiches de suivi des créances permettent aux structures de savoir à tout moment les personnes physiques ou morales qui leur doivent de l'argent (les débiteurs de la structure) et le montant des créances que la structure détient sur les tiers. Il faut tenir autant de fiches que de débiteurs.

Les fiches de suivi des dettes permettent aux structures de savoir à tout moment les personnes physiques ou morales à qui elles doivent de l'argent (les créanciers et le montant de leurs dettes . Il faut tenir autant de fiches que de créanciers.

**Tableau 10 : fiche de suivi des créances**

Débiteur: .....			
<b>Dates</b>	<b>Augmentation de la créance</b>	<b>Diminution de la créance</b>	Créance à recouvrer
	<b>Créance de départ</b>		

**Tableau 11 : fiche de suivi des dettes**

Créancier: .....			
Dates	Augmentation de la dette	Diminution de la dette	Solde à payer
	Dettes de départ		

### **Rapportage financier mensuel**

#### **Etat des ressources et des dépenses**

Dans la mesure où la structure tient une comptabilité à partie simple, son rapport financier peut être présenté sous forme d'un tableau d'état d'exécution du budget, auquel il faut annexer les informations complémentaires ci- après :

- Etat des créances : synthèse des fiches de suivi des créances ;
- Etat des dettes : synthèse des fiches de suivi des dettes ;
- Valorisation du stock de la pharmacie et des pertes sur les stocks (périmés, etc.). Cette valorisation se fait avec la fiche d'inventaire de la pharmacie et la fiche d'inventaire des produits périmés ou détériorés.
- Valorisation du stock du matériel et fournitures de bureau à leur coût d'achat.
- Valorisation des dons en nature : par exemple, un véhicule, une moto, un vélo, un ordinateur, des médicaments, reçus d'un partenaire. Il faut tenir un registre des dons et indiquer : la date du don, la quantité, la nature du don, et sa valeur. La valeur peut vous être communiquée par le donateur, si possible sur base d'une copie de la facture d'achat.
- Liste du matériel et de l'équipement (= les « immobilisations »). Il s'agit du matériel et des équipements acquis et qui sont utilisés pour une durée de plus d'un an : véhicules, motos, vélos, machines, matériel, mobilier, etc. Cette liste doit indiquer pour chaque immobilisation : la date d'acquisition, la valeur d'acquisition, l'origine (bailleur), l'affectation, son état actuel (très bon état, bon état, mauvais état, hors d'usage). La valorisation des immobilisations tiendra compte des amortissements opérés.

## **Synthèse des bonnes pratiques de gestion et les outils appropriés (Réf : Manuel des procédures administratives, financières et comptables)**

### **1) Saisie des opérations comptables**

Livre de banque/compte bancaire  
Livre e caisse/Banque et de caisse

### **2) Suivi du budget**

Fiches de suivi des dépenses  
Fiches de suivi des recettes

### **3) Autorisation de sortie d'argent**

Bon de sortie de caisse  
Autorisation de sortie de banque

### **4) Constatation d'entrée d'argent**

Bons d'entrée de caisse  
Bordereaux de versement,  
Extraits bancaires

### **5) Suivi des comptes des tiers**

Fiches de suivi des créances  
Fiches de suivi des dettes

### **6) Gestion des pièces comptables**

Numérotation et classement par livre  
Livre de caisse/compte bancaire

### **7) Contrôle et clôture mensuelle des comptes**

Rapprochement bancaire  
Inventaire physique de caisse

### **8) Rapport financier mensuel**

Etat d'exécution du Budget  
Annexes: - Créances, dettes  
Valeur du stock des médicaments  
Liste des immobilisations.  
Valorisation du matériel et fourniture

### **III. 5 . LA STRATEGIE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE<sup>41</sup>**

#### ***III.5.1. Concepts et définitions***

##### ***III.5.1.1. Financement basé sur la Performance (FBP)***

Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output, performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé.

Il est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins recevaient les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Le FBP consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis préalablement.

Dans ce système de financement, il appartient à chaque structure de santé de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour servir plus de patients dans de bonnes conditions de qualité et ce dans le respect des normes du MSPLS. Ces stratégies sont variées allant de l'amélioration de l'accueil, de l'état des infrastructures, de l'équipement, de la motivation du personnel, de la révision à la baisse des tarifs jusqu'à la collaboration public-privé (partenariat entre secteurs public- privé).

##### ***III.5.1.2. Le Financement Basé sur la Performance seconde génération (FBP seconde génération)***

Le Burundi met en œuvre le FBP à l'échelle nationale depuis l'année 2010. Des succès notables objectivés par des évidences scientifiques ont été atteints notamment en termes d'amélioration de l'utilisation des services de santé, de renforcement de la qualité des soins et de la fonctionnalité du système de santé<sup>42,43,44,45</sup>. Mais des goulots d'étranglement persistent notamment en rapport

---

<sup>41</sup> Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance seconde génération et la gratuité des soins, Version4 révisée, Janvier 2020

<sup>42</sup> Introduction to performance-based financing in Burundi was associated with improvements in care and quality, Health Affairs 33, N°12(2014), 2179-2187

<sup>43</sup> The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi, Social Science and Medicine 123 (2014), 96-104

<sup>44</sup> The effect of performance-based financing on maternal health care use in Burundi: a two-wave pooled cross sectional analysis, Global Health Action, 10:1, 1327241, DOI: 10.1080/16549716.2017.1327241 (2017)

avec la qualité des prestations sanitaires qui reste déficitaire, la faible implication du niveau communautaire dans la résolution des problèmes de santé, le faible encadrement du niveau intermédiaire et périphérique par le niveau central, l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité.

*Le FBP seconde génération vise à contribuer à résoudre les goulots d'étranglement avec un accent particulier qui sera mis sur la qualité des prestations sanitaires, l'implication du niveau communautaire avec le développement d'un FBP au niveau communautaire, la contractualisation des unités de prestation du niveau central et des écoles paramédicales.*

### **III.5.1.3. Paquet de services**

Le paquet des services est l'ensemble d'actes médicaux et paramédicaux, chirurgicaux, de produits pharmaceutiques et consommables disponibles et servis aux bénéficiaires des soins de santé.

Au sein de ce paquet de services se trouve un paquet de services gratuit pour les malades : il s'agit des soins relatifs aux pathologies liées à la grossesse en pré et post partum et aux accouchements (y compris les césariennes) ainsi que les soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans. La gratuité dans ce type de financement signifie que la subvention accordée à un paquet des services dits « gratuits » est de 100%. Cela veut dire que la structure de santé qui a négocié et signé un contrat dans ce cadre n'a plus le droit de faire payer le patient sur ce paquet de services. Elle encaissera seulement la subvention accordée sur les indicateurs dits de « gratuité », mais pour les malades bénéficiaires d'une autre couverture maladie (Mutuelle Fonction Publique, Assurance maladie), les prestataires feront payer à ces assureurs 80% de la facture et l'Etat et ses partenaires, à travers le FBP, paieront les 20% du ticket modérateur qu'aurait dû payer le malade. En outre, il existe d'autres prestations gratuites pour les bénéficiaires pour lesquelles le MSPLS et ses partenaires fournissent tous les intrants nécessaires : prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, prise en charge des malades tuberculeux, subvention des soins liés à la prise en charge du paludisme et les soins préventifs.

---

<sup>45</sup> Performance Based Financing at the Ministry of Health – How Burundi made his central administration perform better through strategic financing, Open Access Journal of Public Health (ISSN 2637-7713), Volume 2. Issue 3. 020, November 30, 2018

### III.5.1.4. La séparation des fonctions

La séparation des fonctions est un principe clé et fondamental du FBP pour éviter toute forme de conflit d'intérêt et de collusion entre les différents acteurs à tous les niveaux.

**Tableau 12 : Séparation des fonctions dans le modèle FBP du Burundi**

<b>FONCTION</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>REGULATION</b>	Niveau Central du MSPLS, CT FBP, BPS, BDS
<b>FINANCEMENT</b>	Ministère des Finances, Partenaires Techniques et Financiers
<b>ACHAT</b>	Sous unité validation du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) au nom du MSPLS
<b>VERIFICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sous Unité Vérification du CPVV → Vérification quantité CDS et Hôpitaux de District, qualité technique des CDS ;</li> <li>✓ Les Hôpitaux pairs → Qualité technique des Hôpitaux ;</li> <li>✓ CT FBP → Vérification quantité des Hôpitaux Nationaux ;</li> <li>✓ Associations locales → vérification communautaire et qualité perçue ;</li> <li>✓ Entité externe indépendante → évaluation de la performance des Unités de Prestation (UP) du niveau central, la sous unité DGSSLS, la sous unité DGR, la sous unité DGP et la CT-FBP ;</li> <li>✓ Ecoles paramédicales paires → évaluation de la performance des écoles paramédicales ;</li> <li>✓ Cadres du niveau central du MSPLS → Evaluation de la performance des BPS, BDS et CPVV;</li> </ul>
<b>PRESTATION</b>	Centres de Santé et Hôpitaux publics, confessionnels et privés
<b>CONTRE VERIFICATION</b>	Organisme externe indépendant
<b>PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (VOIX DE LA POPULATION)</b>	Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC), Associations Locales (ASLO), Comités de Santé (COSA)

### **La Prestation des services et soins de santé**

Le prestataire, dans le modèle de FBP du Burundi, est l'institution qui a été contractée par le biais d'un contrat d'achat, par le Comité provincial de vérification et de validation, en vue de fournir les services et soins de santé. Ce sont les Centres de santé et les Hôpitaux, à la fois publics, confessionnels ou privés disposant de conventions spécifiques avec le MSPLS et assurant 100% du PMA ou PCA. Ceux-ci peuvent à leur tour avoir des contrats secondaires (au maximum deux sous contrats) avec des structures de santé privées ou des associations offrant des prestations de santé se trouvant dans leur aire de responsabilité et acceptant d'appliquer la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes afin de les aider à réaliser certaines activités du PMA ou PCA. La pertinence des contrats secondaires avec les structures de santé privées doit être validée par le CPVV.

Les CDS et Hôpitaux publics et confessionnels peuvent aussi signer des contrats secondaires avec des structures de soins publiques ne remplissant pas les conditions requises pour bénéficier d'un contrat principal.

### **La régulation**

La régulation, dans le modèle FBP du Burundi, est assurée par le niveau central du MSPLS (représenté par la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA et la Cellule Technique nationale FBP) et ses structures déconcentrées (BPS et BDS).

### **La Vérification**

La vérification revêt les volets suivants : la vérification quantitative des prestations des centres de santé, des GASC et des hôpitaux dans le strict respect du guide de vérification et du guide de validation; l'évaluation de la qualité technique des Centres de Santé et Hôpitaux ; le concours qualité ; la vérification communautaire (Vérification de l'authenticité des prestations déclarées par les prestataires et évaluation de la qualité perçue par les bénéficiaires) ; l'évaluation de la performance des unités de prestation du niveau central et de la CT FBP ; l'évaluation de la performance des BPS,BDS et CPVV ; l'évaluation de la performance des écoles paramédicales ; et la contre vérification par un organisme externe indépendant.

En vue de minimiser les risques évidents de conflit d'intérêt lors de l'évaluation des BPS et BDS par un personnel du niveau central, il sera aligné des évaluateurs du niveau central qui proviennent des UP du niveau central dont les scores ne sont pas directement liés aux scores des BPS et des BDS. L'alignement sera fait de façon à ce que dans une même équipe des évaluateurs ne s'y retrouvent à la fois des membres des trois directions générales.

**La vérification quantitative** des prestations réalisées par les formations sanitaires (CDS, GASC et Hôpitaux de niveau district et de deuxième référence) est réalisée par le comité provincial de vérification et de validation (CPVV) à travers son équipe de vérification une fois par mois. La validation des données est effectuée par un quorum représentatif des membres du CPVV. La vérification quantitative des Hôpitaux Nationaux est réalisée par la CT FBP à travers des cadres du niveau central du MSPLS.

A ce jour, cette vérification se fait sur des supports papiers et partiellement sur le support informatique dans les hôpitaux déjà informatisés. Toutefois, cette vérification pourra se faire totalement sur le support informatique dès que l'informatisation sera effective dans toutes les FOSA et que toutes les parties prenantes (vérificateurs, prestataires, ...) seront formés pour leur permettre d'être à l'aise lors de la manipulation de cet outil.

**L'évaluation de la qualité technique** des prestations au niveau des CDS et des GASC est réalisée par la sous unité vérification du CPVV. Au niveau des Hôpitaux de niveau district et de deuxième référence, elle est réalisée par les Hôpitaux pairs des autres Provinces une fois par trimestre en collaboration avec l'équipe de vérification du CPVV. Les évaluateurs doivent désormais s'organiser pour aller jusqu'aux FOSA à contrats secondaires avec des hôpitaux évalués. Au niveau des Hôpitaux Nationaux, cette évaluation est faite par les Hôpitaux Nationaux pairs avec la participation des cadres du niveau central du MSPLS.

**Le concours qualité** est organisé chaque semestre au niveau d'un échantillon de CDS et d'Hôpitaux de District/deuxième référence et de tous les Hôpitaux Nationaux. L'échantillon de CDS et Hôpitaux de District/deuxième référence est constitué de 10 CDS et 10 Hôpitaux de District/deuxième référence ayant obtenu le meilleur score de qualité technique à l'évaluation du trimestre précédent. Il vise à accorder une prime financière supplémentaire aux 5 meilleurs CDS, aux 3 meilleurs Hôpitaux de District/deuxième référence et aux 2 meilleurs Hôpitaux Nationaux. En plus de la prime financière, d'autres gratifications peuvent être accordées comme des certificats de mérite, des plaques de reconnaissance, le label « Centre de Santé/Hôpital de l'année » et autres.

**La vérification communautaire** est réalisée une fois par semestre par des associations locales à base communautaire sélectionnées dans l'aire de responsabilité de chaque formation sanitaire sous contrat.

*L'évaluation de la performance des unités de prestation du niveau central et de certaines structures du niveau central chargées de la mise en œuvre du FBP (CT FBP, sous unité DGR, sous unité DGSSLS et sous unité DGP) est réalisée une fois par trimestre par une entité externe indépendante.*

**L'évaluation de la performance des BPS, BDS et CPVV** est réalisée une fois par trimestre par les cadres du niveau central du MSPLS.

**L'évaluation de la performance des écoles paramédicales** est réalisée une fois par trimestre par les pairs (écoles paramédicales paires).

**La contre vérification** est réalisé par un organisme externe indépendant non impliqué dans la mise en œuvre du FBP et concerne tout le processus de mise en œuvre à tous les niveaux (du niveau communautaire au niveau central). Elle est réalisée semestriellement sur base d'un échantillonnage.

### **L'achat**

L'achat des performances est du ressort du MSPLS. Cependant, au niveau Provincial, le MSPLS délègue cette fonction au CPVV qui de par sa composition mixte doit garantir la séparation des fonctions de régulation et d'achat des performances.

### **III.5.2. Principes directeurs du Financement basé sur la performance au Burundi**

Si la contractualisation est maintenant reconnue comme un outil de relation entre des acteurs, la spécificité du secteur de la santé fait que cet outil doit répondre à un certain nombre de principes fondamentaux. **Ainsi, convient-il de rappeler que l'État est le garant de l'intérêt général.** Selon le document de politique nationale de la contractualisation, le MSPLS a le souci de garantir l'accès de l'ensemble de la population à des services de santé de qualité et doit être en mesure de s'assurer que tous les arrangements contractuels respectent les **principes suivants**<sup>9</sup> :

- La politique de contractualisation affirme avec fermeté que la contractualisation n'implique aucun désengagement de l'État ni une quelconque volonté de privatisation du secteur de la santé ;
- La politique de contractualisation affirme que la contractualisation est une stratégie qui permet d'établir des relations durables, solides et sécurisantes entre tout type d'acteurs du secteur de la santé qu'il soit public ou privé lucratif et non lucratif ;

- Le recours à la contractualisation doit être vu comme une incitation pour tous les acteurs à contribuer davantage au développement du système de santé : l'État et ses services, la population, les institutions de financement, les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement ;
- Le respect de la mission de service public reste un élément fondamental de la politique de contractualisation ;
- La contractualisation doit contribuer à la mise en œuvre de la décentralisation en renforçant l'implication et la responsabilisation des entités autonomes et des collectivités locales ;
- La politique de contractualisation rappelle que les relations contractuelles doivent s'établir entre des acteurs qui disposent de la capacité juridique à signer des contrats. Néanmoins, des formes de contractualisation interne peuvent être développées pour autant que leur spécificité soit clairement établie ;
- La contractualisation doit toujours être fondée sur le respect mutuel des acteurs. Ainsi, même dans les cas où il est fait appel à la concurrence et à la compétition pour assurer une prestation de services de qualité, il est important que les acteurs évitent autant que possible les situations conflictuelles et privilégient les solutions négociées, notamment dans l'intérêt des populations ;
- La politique de contractualisation affirme que les arrangements contractuels doivent sauvegarder les intérêts des populations et leur implication dans le fonctionnement des services de santé ;
- La politique de contractualisation affirme que les arrangements contractuels ne sauraient contribuer à des formes quelconques de ségrégation au sein des acteurs du développement sanitaire et de la population ;  
la voix de la population.

### ***III.5.3. Cadre institutionnel du Financement basé sur la performance***

Le montage institutionnel du FBP respecte le principe de séparation des différentes fonctions :

- La fonction **de régulation** : est assurée par le niveau central du MSPLS (Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, Cellule Technique Nationale FBP) et ses structures décentralisées (Bureaux Provinciaux de Santé, Districts Sanitaires) ;
- La fonction **de vérification**: est assurée par les Comités Provinciaux de vérification et de validation (vérification quantité au niveau des Groupements d'Agents de Santé Communautaires, Centres de Santé et Hôpitaux de District et de deuxième référence, l'évaluation de la qualité

technique des Groupements d'Agents de Santé Communautaires, des Centres de Santé; les associations locales (enquête communautaire); les hôpitaux pairs (évaluation de la qualité technique au niveau des Hôpitaux) ; le niveau central du MSPLS en collaboration avec la CT-FBP (vérification des prestations quantitatives au niveau des Hôpitaux nationaux, concours qualité, évaluation de la performance des BPS,BDS et CPVV), organisme externe indépendant (évaluation de la performance des unités de prestation du niveau central y compris les sous unités DGSSLS, DGR et DGP et de la CT-FBP), écoles paramédicales paires (évaluation de la performance des écoles paramédicales), et un organisme externe indépendant pour la contre vérification ;

- La fonction **de prestation** : est assurée par les formations sanitaires publiques et privées ; les organisations de la société civile offrant des services de santé ;
- La fonction **de financement** : est assurée par le Gouvernement et les PTF ;
- La prise en compte de **la voix de la population** : est réalisée à travers les comités de santé, es associations locales et les Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC).

Les organes de ce montage institutionnel qui sont en charge de la mise en œuvre sont les suivants :

- **Le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD)** qui a entre autres missions la coordination générale de la mise en œuvre du FBP et de la gratuité des soins. Le CPSD comprend le MSPLS, les PTF, différents acteurs du système de santé ; les autres Ministères concernés par les activités de santé ;
- **Une cellule technique nationale permanente (CT-FBP)**, dépendant de la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, chargée d'encadrer la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBP à tous les niveaux. Cette Cellule technique rend compte périodiquement à la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, à la CT FBP Elargie et au CPSD ;
- **Une Cellule technique nationale élargie (CT-FBP Elargie)** chargée d'appuyer techniquement la CT-FBP dans la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBP à tous les niveaux. C'est un cadre d'échanges et de concertation au niveau central du MSPLS composé des membres de la CT-FBP, des cadres du MSPLS ainsi que les cadres techniques venant des différents PTFs ;

- **Des Comités provinciaux de vérification et de validation** comprenant un représentant de l'administration territoriale, des représentants de l'administration provinciale sanitaire et des districts sanitaires, des représentants des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile. Leur mission première est de négocier et signer des contrats avec les structures de soins ainsi qu'avec les associations locales, de vérifier la véracité des prestations déclarées et facturées par ces dernières et de les valider par un quorum représentatif du CPVV ; d'assurer le suivi évaluation de la mise en œuvre du FBP au niveau Provincial.

#### **III.5.4. Objectifs du Financement basé sur la Performance au Burundi**

La stratégie de financement basée sur la performance adoptée par le Burundi vise à atteindre les objectifs suivants :

- Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et en particulier aux groupes vulnérables dont les Batwa, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de 5 ans ;
- Motiver et stabiliser le personnel de santé ;
- Inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ;
- Renforcer la Gouvernance du système de santé (gestion, autonomie et organisation des structures de santé) ;
- Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.
- Améliorer la performance du MSPLS dans la mise en œuvre de la politique de santé ;

#### **III.5.6. MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE**

Cette partie passe en revue les missions, responsabilités et tâches des différents intervenants dans le domaine du FBP.

##### **III.5.6.1. Intervenants au niveau communautaire**

Les intervenants du FBP au niveau communautaire sont :

- ✓ Les Comités de Santé ;
- ✓ Les Groupements d'agents de santé communautaire qui intègrent les agents de santé communautaires ;
- ✓ Les mamans lumière ;
- ✓ Les associations locales ;
- ✓ La population.

La participation communautaire est un levier important pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique liés aux soins de santé primaires, à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile, adolescents, jeunes et adultes ou aux problèmes particuliers que représentent les IST, le SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres (confère Manuel de l'Agent de Santé Communautaire, document d'orientation de l'ICCM au Burundi). Elle se traduit par l'implication volontaire et active des groupes et des communautés locales à tous les stades d'un programme de santé.

Par conséquent, il est important de chercher des structures organisées représentatives de la communauté pour canaliser la participation communautaire, pour qu'elle soit un élément d'appui aux activités des structures de soins, et pour qu'elle permette de maintenir un dialogue constant entre les prestataires de soins et la communauté. L'organe préférentiel pour cette action est **le Comité de Santé**.

De façon spécifique, les acteurs communautaires sont de 5 ordres :

### **III.5.6.2. Le Comité de santé**

Le Comité de santé est une organisation sociale qui peut avoir une personnalité juridique ou pas, et dont les membres sont élus démocratiquement en assemblée générale. Les personnes élues représentent la population de l'aire géographique qui correspond à l'aire de responsabilité du CDS et qui bénéficie des services rendus par cette structure.

Le Comité de santé participe à la prise de décisions au niveau du CDS de son ressort, il collabore avec l'équipe de santé et aide à trouver des solutions pour les problèmes sanitaires locaux.

Le Comité de santé est en dialogue continu avec toute la communauté et ses organisations sociales, pour donner à la population l'opportunité de participer à la gestion et à la résolution de ses propres problèmes de santé.

Les Comités de santé ont pour tâches de<sup>46</sup> :

- Participer dans la planification annuelle, la rédaction et la mise en œuvre du plan d'action de la FOSA ;
- Participer à la notification des cas de survenue d'épidémies, , au dénombrement de la population dans les aires de santé, aux enquêtes et à la lutte contre les épidémies ;
- Participer à la cogestion financière du CDS par le biais de son Comité de Gestion (COGES) : mobilisation et gestion de ressources, gestion et transparence financière, définition des mécanismes pour le recouvrement des créances et des impayés ;

---

<sup>46</sup> Manuel de procédures sur la santé communautaire au Burundi, Janvier 2012

- Assurer la cogestion administrative du CDS : transmission de documents, recrutement du personnel contractuel, définition et identification des indigents, sécurité physique du CDS,
- Assurer la promotion du CDS et de ses activités, s'informer auprès de la communauté de la bonne accessibilité aux services offerts, sensibilisation de la communauté aux principes du recouvrement de coûts, la gestion de l'ambulance, l'adhésion à la CAM et autres mécanismes d'assurance ;
- Exprimer les besoins ressentis par la communauté en matière de santé communautaire ;
- Identifier ensemble avec l'équipe du CDS les problèmes de santé prioritaires et chercher des solutions possibles ;
- Sensibiliser et mobiliser la population pour les actions de la santé ;
- Procéder à une catégorisation de la population et la tenir à jour notamment la définition des indigents ;
- Assister le CDS dans la tenue à jour des dossiers familiaux : naissances, décès, indigence, suivi des vaccinations, des affections chroniques ;

Co-signer le contrat de performance entre le CDS et le CPVV. Cela signifie que les membres des COSA s'engagent à être au côté des CDS dans la réalisation de leurs plans d'action.

### **III.5.6.3. Les Groupements d'agents de santé communautaire**

Les groupements d'agents de santé communautaire (GASC) sont organisés autour de l'aire de responsabilité d'un Centre de Santé. Ils sont des prestataires secondaires et ont pour mission de :

- Sensibiliser la population pour un changement de comportement ;
- Récupérer les abandons ;
- Amener l'information des services de santé vers la population et inciter cette dernière à fréquenter les formations sanitaires ;
- Prendre en charge certaines pathologies au niveau communautaire ;
- Participer à la distribution à base communautaire de certains médicaments et contraceptifs.
- Encadrer d'autres acteurs communautaires œuvrant dans la promotion de la santé dans son aire de responsabilité (maman lumières, accoucheuses traditionnelles etc.) ;

Pour la réalisation d'un paquet communautaire d'activités, les GASC signent avec les FOSA des contrats de performance à travers lesquels, ils sont chargés de :

- Sensibiliser la population à des changements de comportements en relation avec l'hygiène de vie ;
- Mener des actions concrètes comme la distribution des MII ou certains médicaments essentiels, aide à la construction de latrines, veiller à la prise de certains médicaments essentiels à ne pas interrompre comme les antituberculeux ;

- Réaliser le diagnostic et le traitement au niveau communautaire de certaines pathologies comme le paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants de 2 à 59 mois ;
- Réaliser le dépistage de la malnutrition au niveau communautaire ;
- Distribuer des méthodes contraceptives non prescriptibles ;
- Référer les patients vers les Centres de Santé ;
- Identifier, récupérer et relancer les cas d'abandons aux soins et services de santé et les conseiller à reprendre ;
- Distribuer les produits et traitements à base communautaire préalablement déterminés par les Programmes et Services de santé ;
- Relayer l'information des services de santé vers la population et inciter cette dernière à fréquenter les formations sanitaires (référence communautaire) ;

#### **III.5.6.4 Les Associations locales (ASLO)**

Les ASLO ont pour mission de :

- authentifier au niveau de la communauté les données des prestations des FOSA ;
- apprécier le degré de satisfaction de la population à l'aide d'un questionnaire administré dans les ménages utilisateurs des services.

Les ASLO doivent réaliser, tous les six mois, des enquêtes dans la communauté et dans ce cadre, elles ont pour tâches de :

- Vérifier l'existence des personnes enregistrées comme utilisatrices par les centres de santé et les hôpitaux ;
- Vérifier l'authenticité des prestations déclarées par ces FOSA dans le cadre de la contractualisation ;
- Enquêter sur le degré de satisfaction de la population concernant les prestations fournies par le centre de santé et l'hôpital ;
- Relever les coûts des prestations supportés par le client et la perception de ces coûts par les utilisateurs ;
- Prendre note des suggestions d'amélioration émises par la population, et les transmettre aux titulaires des centres de santé, aux présidents des COSA, les BDS, les membres des CPVV et les directeurs d'hôpitaux, lors d'une réunion de rétro information à l'échelon de la Province ;
- Transmettre le rapport d'enquête au CPVV au plus tard le 15<sup>ème</sup> jour du deuxième mois suivant le semestre.

### **III.5.6.5. La population**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la place de la population bénéficiaire se retrouve dans :

- son utilisation des services de santé ;
- son expression en termes de satisfaction au cours des enquêtes communautaires ;
- sa capacité de proposer des changements nécessaires.

### **III.5.6.6 Acteurs au niveau périphérique**

Les acteurs au niveau périphérique sont :

- Les Centres de Santé ;
- Les Hôpitaux de District/deuxième référence ;
- Les prestataires secondaires (FOSA appartenant à des organisations de la société civile, de prévention et prise en charge du VIH/SIDA, autres FOSA publiques, confessionnelles, privés avec PMA/PCA partiel)
- Les Bureaux de District Sanitaire.

### **III.5.6.7. Les Centres de Santé**

Les CDS ont pour mission de :

- Offrir un PMA complet dans son aire de responsabilité ;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;
- Inciter à la performance des Groupements d'agents de santé communautaire et des prestataires secondaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les CDS ont pour tâches de :

- Elaborer un plan d'action annuel et semestriel budgétisés du CDS sur un mode participatif, en collaboration avec le COSA et sous la supervision du District Sanitaire ;
- Signer un contrat semestriel de performance avec le CPVV ;
- Faire le suivi évaluation du plan d'action semestriel du CDS en collaboration avec le COSA ;
- Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- Saisir le rapport mensuel SIS dans le DHIS2 au plus tard le 10<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- Remplir correctement la fiche des données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 10<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant en respectant les cibles retenues dans la planification ;
- Remplir correctement la fiche de données compilées dans le cadre du FBP intégrant les données du CDS et de son ou ses éventuels contractants secondaires au plus tard 10<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant ;

- Analyser le rapport mensuel du SIS au plus tard 10<sup>ème</sup> jour calendrier mois suivant ;
- Corriger le rapport SIS après la vérification des données déclarées ;
- Signer un contrat individuel de performance pour chaque personnel du CDS ;
- Tenir une comptabilité conforme aux directives du MSPLS ;
- Ressortir sur la fiche des données déclarées des bénéficiaires de la mesure de gratuité des soins dans le cadre du FBP la part payée par le Gouvernement et ses Partenaires de celle payée par l'autre couverture maladie.
- Appliquer correctement l'outil d'indice chaque mois ;
- Encadrer les Groupements d'Agents de Santé Communautaires (GASC) et d'autres acteurs communautaires œuvrant pour la promotion de la santé ;
- Contresigner le contrat de performance entre le groupement d'agents de santé communautaires (GASC) et le CPVV ;
- Pré-vérifier chaque mois les prestations quantitatives des GASC ;
- Signer éventuellement des contrats de performance avec des prestataires secondaires publics ou confessionnels de même niveau se trouvant dans son aire de responsabilité (2 au maximum par CDS) ;
- Renouveler si besoin les contrats secondaires en cours (2 au maximum par CDS) ;
- Transmettre chaque mois au BDS le rapport sur la mobilité du personnel du District Sanitaire ;
- Assurer chaque trimestre l'encadrement des prestataires secondaires ;
- Produire un rapport trimestriel d'encadrement des éventuels prestataires secondaires à transmettre au BDS avec copie au contractant secondaire.
- Assurer un environnement propice à la vérification (préparer la salle, apprêter les registres, le rapport SIS, la fiche de déclaration, respecter la période d'évaluation et/ou de vérification) ;

*N.B : La signature du contrat secondaire pour le PMA sera autorisée par la DGSSLS à travers la CT-FBP sur base d'un rapport d'évaluation du paquet du demandeur et du respect du PEC produit par le CPVV. Ce rapport est transmis en même temps que le PV de la réunion de validation du CPVV. Le Feedback parviendra au CPVV à travers le PV de la réunion d'analyse et de validation des PV des CPVV par la CT-FBP.*

### **III.5.6.7 Les Hôpitaux de District et de deuxième référence**

Les Hôpitaux de District/deuxième référence ont pour mission de :

- Offrir un PCA complet dans son aire de responsabilité ;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;
- Inciter à la performance des prestataires secondaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les Hôpitaux ont pour tâches de :

- Elaborer un plan d'action annuel et semestriel budgétisés de l'Hôpital de District ou de deuxième référence sur mode participatif, en collaboration avec les membres de son Conseil de gestion, sous la supervision du BDS et en collaboration avec le BPS ;
- Signer un contrat semestriel de performance avec le CPVV ;
- Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- Participer à l'évaluation de la qualité des autres Hôpitaux de District ou de deuxième référence (évaluation par les pairs allant jusqu'aux contrats secondaires) ;
- Saisir le rapport mensuel SIS dans le DHIS2 au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- Elaborer le rapport financier mensuel, trimestriel et annuel et les transmettre au BDS selon le canevas de la DGR ;
- Remplir correctement la fiche de données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour calendrier du mois suivant en respectant les cibles retenues dans la planification ;
- Remplir correctement la fiche de données compilées dans le cadre du FBP intégrant les données de l'Hôpital et de son ou ses éventuels contractants secondaires au plus tard le 10<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- Analyser le rapport mensuel du SIS au plus tard 10<sup>ème</sup> jour calendrier mois suivant ;
- Corriger le rapport SIS après la vérification des données déclarées ;
- Signer un contrat individuel de performance pour chaque personnel de l'hôpital ;
- Participer à l'encadrement des CDS du District ;
- Transmettre chaque mois au BDS le rapport sur la mobilité du personnel du District Sanitaire ;
- Participer à l'encadrement des stagiaires (écoles paramédicales) ;
- Tenir une comptabilité conforme aux directives du MSPLS ;
- Ressortir sur la fiche des données déclarées des bénéficiaires de la mesure de gratuité des soins dans le cadre du FBP la part payée par le Gouvernement et ses Partenaires de celle payée par l'autre couverture maladie ;
- Appliquer correctement l'outil d'indice chaque mois ;

- Participer dans les réunions de coordination du District Sanitaire ;
- Signer éventuellement des contrats de performance avec des prestataires secondaires publics de même niveau se trouvant dans son aire de responsabilité (2 au maximum par hôpital) ;
- Renouveler si besoin les contrats secondaires en cours (2 au maximum par CDS) ;
- Assurer l'encadrement des éventuels prestataires secondaires ;
- Produire un rapport trimestriel d'encadrement des éventuels prestataires secondaires à transmettre au BDS avec copie au contractant secondaire ;
- Assurer un environnement propice à la vérification (préparer la salle, apprêter les registres, le rapport SIS, la fiche de déclaration, respecter la période d'évaluation et/ou de vérification)

*N.B : La signature du contrat secondaire pour le PCA sera autorisée par la DGSSLS à travers la CT-FBP sur base d'un rapport d'évaluation du paquet du demandeur et du respect du PEC produit par le CPVV. Ce rapport est transmis en même temps que le PV de la réunion de validation du CPVV. Le Feedback parviendra au CPVV à travers le PV de la réunion d'analyse et de validation des PV des CPVV par la CT-FBP.*

### **III.5.6.5.8 Les Prestataires secondaires**

Les prestataires secondaires sont des structures de soins privées, des associations (comme les associations de prévention et prise en charge du VIH/SIDA, de lutte contre le paludisme etc.) ou des FOSA publiques, se trouvant dans l'aire de responsabilité d'une formation sanitaire publique ou confessionnelle et fournissant un PMA ou PCA partiel. La demande de contrat secondaire FBP peut être initiée par la FOSA ayant le contrat principal ou celle sollicitant le contrat secondaire. La pertinence de la signature d'un contrat secondaire doit être validé par le CPVV dans le cas où la FOSA sollicitant le contrat secondaire FBP permettrait de couvrir une partie de la population de l'aire de responsabilité non desservie et/ou pour des prestations non offertes par la FOSA disposant de contrats principaux.

Ces prestataires ont pour mission de :

- Offrir une partie du PMA ou du PCA en étroite collaboration avec la structure de soins responsable de l'aire de responsabilité ;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les prestataires secondaires ont pour tâches de :

- Participer à l'élaboration des plans d'action semestriel et annuel de la FOSA responsable de l'aire de responsabilité ;
- Signer un contrat secondaire semestriel de performance avec la FOSA responsable de l'aire de responsabilité ;
- Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- Tenir une comptabilité conforme aux directives du MSPLS ;
- Ressortir sur la fiche des données déclarées des bénéficiaires de la mesure de gratuité des soins dans le cadre du FBP la part payée par le Gouvernement et ses Partenaires de celle payée par l'autre couverture maladie.
- Appliquer l'outil d'indice chaque mois ;
- Saisir le rapport SIS dans le DHIS2 au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- Remplir la fiche de données déclarées dans le cadre du FBP et la transmettre au contractant principal au plus tard le 10<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- Transmettre à la FOSA responsable de l'aire de responsabilité le rapport mensuel des prestations quantitatives contractualisées.

Il est à noter que dans le cadre de la signature d'un contrat secondaire entre la structure ayant le contrat principal et le prestataire secondaire ; le prestataire principal perçoit 5 % sur les fonds des prestations engendrées par le prestataire secondaire moyennant des rapports d'encadrement validés par les BDS et dont le rapport synthèse est analysé par le CPVV une fois par trimestre. De plus, le contractant principal qui n'a pas encadré son ou ses éventuels contractants secondaires se verra retirer le droit de percevoir les 5% sur les prestations du ou des contractant secondaires. Cette sanction est prise par le CPVV et appliquée sur les factures du trimestre suivant.

### **III.5.6.9 Les Bureaux de District Sanitaire**

Le BDS est le niveau le plus décentralisé de régulation du MSPLS. Il a pour mission première *l'encadrement et la supervision des FOSA qui se trouvent dans son aire de responsabilité en vue d'améliorer leurs performances, la planification des interventions sanitaires et la coordination des intervenants au niveau du District Sanitaire.*

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les BDS ont pour tâches de :

- Encadrer les CDS et les Hôpitaux de District dans l'élaboration de leurs plans d'action semestriel et annuel ;
- Elaborer un PAA et 1 PAT de l'Equipe Cadre de District ;
- Elaborer et transmettre au BPS un Plan d'Action Annuel et trimestriel compilés du District Sanitaire (prenant en compte les activités de l'ECD, des CDS et des HD) ;
- Signer un contrat annuel de performance avec le MSPLS représenté par la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA ;
- Assurer le suivi de la gestion administrative et financière des FOSA ;
- Valider, en collaboration avec les BPS et CPVV, les plans d'action annuel et semestriel des CDS dans des séances organisées à cet effet par les BPS ;
- Participer, en collaboration avec le BPS, à la validation des plans d'action annuel et semestriel des Hôpitaux de District ;
- Participer à au moins 10 réunions des COSA dans 10 CDS différents par trimestre (les BDS avec moins de 10 CDS vont participer dans les réunions de tous les CDS) ;
- Assurer une supervision formative intégrée et régulière de chaque FOSA (CDS et Hôpitaux du District) une fois tous les 2 mois élargie aux acteurs communautaires (GASC) ;
- Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau de la pharmacie du District ;
- Participer activement aux activités du CPVV ;

- Elaborer et transmettre au CPVV au début de chaque année un rapport d'analyse de la pertinence, de la cohérence et de l'adéquation des Plans d'action annuel des FOSA à celui des BDS (en utilisant le canevas de la DGP) ;
- Analyser et transmettre chaque trimestre au CPVV le rapport synthèse d'encadrement des éventuels contractants secondaires par les contractants principaux ;
- Transmettre au BPS un rapport trimestriel des prestations réalisées par le BDS avant le 15<sup>e</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant le trimestre ;
- Analyser les rapports mensuels SIS des FOSA dans les délais requis ;
- Transmettre chaque mois au BPS le rapport sur la mobilité du personnel du District Sanitaire ;
- Appliquer chaque trimestre l'outil d'indice de répartition des primes de performance et des frais de fonctionnement du BDS ;
- Planifier les interventions sanitaires dans le District ;
- Organiser des activités de renforcement des capacités des prestataires des CDS et des hôpitaux et intégrer les membres de la sous unité de vérification du CPVV (sur les protocoles de PEC) ;
- Informer mensuellement les FOSA sur les parties prenantes au paiement de leurs factures mensuelles FBP ainsi que la part de chacun dans le paiement de la facture ;
- Organiser conjointement avec l'Hôpital de District le système de référence contre référence ;
- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP au niveau des FOSA du District et des acteurs communautaires en collaboration avec le CPVV et le BPS.

### **III.5.7 Les acteurs du niveau intermédiaire (niveau Provincial)**

Les acteurs de mise en œuvre du FBP au niveau intermédiaire (Provincial) sont :

- Les Bureaux Provinciaux de Santé ;
- Les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation ;
- Le CPSD Provincial.

#### **III.5.7.1 Les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS)**

Le BPS représente le niveau de régulation au niveau provincial et a pour mission de :

- Assurer l'encadrement et la supervision des BDS ;
- Veiller au respect des normes sanitaires et standards de qualité ;
- Assurer la coordination des interventions dans le secteur de la santé au niveau provincial.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le BPS a pour tâches de :

- Encadrer les DS dans l'élaboration de leurs plans d'action semestriel et annuel ;
- Elaborer un PAA et 1 PAT de l'Equipe Cadre du BPS ;
- Elaborer et transmettre à la DGP un Plan d'Action Annuel et trimestriel compilés de la province sanitaire (prenant en compte les activités de l'EC du BPS et des DS) ;
- Signer un contrat annuel de performance avec le MSPLS représenté par la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA, pour la réalisation de ses missions ;
- Organiser trimestriellement la restitution des résultats des évaluations de la qualité technique et de la qualité perçue (une fois par semestre) par la communauté auprès des intervenants de la province en matière de santé ;
- Transmettre les rapports mensuels d'évaluation des prestations quantitatives des FOSA à la Cellule Technique Nationale FBP (CT-FBP) ;
- Transmettre les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des CDS et Hôpitaux de District à la CT-FBP ;
- Transmettre les factures compilées et validées par le CPVV à la CT-FBP ;
- Transmettre les déclarations de créances à la CT-FBP ;
- Assurer un environnement propice à la vérification/évaluation et à la validation des prestations quantitatives et qualitatives (autonomie de l'équipe de vérification, respect du guide de vérification et du guide de validation, participation effective des membres du CPVV) ;
- Enregistrer, archiver et sécuriser les copies de toutes les factures reçues des formations sanitaires ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaire ;
- Valider, en collaboration avec les BDS et les CPVV, les plans d'action semestriel et annuel des Hôpitaux des Districts ;
- Valider, en collaboration avec le CPSD, les plans d'action annuels des BDS ;
- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP au niveau Provincial en collaboration avec le CPVV et les BDS dans le strict respect du manuel des procédures et ses outils de mise en œuvre ;
- Transmettre à la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS) un rapport trimestriel des prestations réalisées par le BPS avant le 25<sup>e</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant le trimestre ;
- Organiser une réunion trimestrielle de coordination des intervenants dans la santé au sein de la province ;
- Appliquer chaque trimestre l'outil d'indice de répartition des primes de performance et des frais de fonctionnement du BPS ;
- Elaborer et transmettre au CPVV au début de chaque année un rapport d'analyse de la pertinence, de la cohérence et de l'adéquation des Plans d'action annuel des BDS à celui du BPS ;

- Transmettre chaque trimestre à la Direction des Ressources Humaines rapport sur la mobilité du personnel du District Sanitaire ;
- Analyser et transmettre à la DSNIS les données du SIS de la Province ;
- Documenter le processus de règlement de conflits et transmettre le document (notification de l'erreur, raison de la correction, PV de notification aux prestataires concernés, réponse de ces derniers, les sanctions administratives et pécuniaires, ...) à la CT-FBP ;
- Participer activement aux activités de validation du CPVV et missions conjointes de suivi évaluation (Médecin Directeur du BPS, Gestionnaire du BPS et chargé du SIS) ;
- Assurer le secrétariat du CPVV ;
- Mobiliser la logistique nécessaire pour les missions ponctuelles de contre vérification des prestations suspectes des FOSA au niveau communautaire et les missions de contrôle du paquet des FOSA avec contrat FBP ;
- Doter en temps réel les CPVV des moyens de fonctionnement et garantir la transparence dans le décaissement des subsides destinés à leur fonctionnement dégagé par l'outil d'indice.

### **III.5.7.2 Les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV)**

Les CPVV sont composés d'un représentant de l'administration territoriale, des représentants de l'administration sanitaire provinciale et des Districts Sanitaires, des représentants des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile ainsi que l'équipe technique de vérification des prestations quantitatives et d'évaluation de la qualité technique des GASC, des CDS et hôpitaux.

Le Président et le Vice-Président sont élus par le CPVV parmi les membres ne provenant pas du secteur de la santé. Les outils de mise en œuvre du FBP dont le règlement d'ordre intérieur indique ses modalités de fonctionnement.

Pour une meilleure efficacité de leur action, les CPVV disposent de 2 sous unités : une sous unité validation et une sous unité vérification.

### **III.5.7.2.1. La sous unité validation**

La sous unité validation est composée comme suit :

- Un représentant de l'administration territoriale (conseiller du Gouverneur) ;
- Le Médecin Directeur de la Province Sanitaire qui assure le secrétariat du CPVV ;
- Le gestionnaire du BPS ;
- Le responsable du SIS Provincial ;
- Les Médecins Chefs de District ;
- Les responsables du SIS des BDS ;
- 1 Représentant des PTFs ; 5
- 2 Représentants de la Société Civile.

La sous unité validation a 3 fonctions principales :

- La gestion des contrats ;
- La validation des données ;
- Le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé.

#### **La gestion des contrats**

Dans le cadre de la gestion des contrats, la sous unité validation du CPVV a les tâches suivantes :

- Sélectionner les FOSA publiques éligibles au contrat FBP (respect des conditions d'éligibilité, respect du plan de couverture) ;
- Valider, en collaboration avec les BPS et les BDS, les plans d'action annuel et semestriel des CDS et des hôpitaux de district dans des séances organisées à cet effet par les BPS ;
- Signer des contrats de performance avec les FOSA et des GASC au nom du MSPLS au plus tard le 15<sup>e</sup> jour du premier mois suivant chaque semestre ;
- Signer des contrats de vérification communautaire des prestations des FOSA et des GASC avec les ASLO au nom du MSPLS au plus tard le 30<sup>e</sup> jour du dernier mois du semestre ;
- Archiver les contrats des FOSA et des GASC ;
- Valider la pertinence des contrats secondaires FBP avec les FOSA publiques ;
- Documenter la liste des FOSA contractualisées ;
- Transmettre à la CT-FBP au plus tard le 5<sup>e</sup> jour du premier mois de chaque nouveau semestre la liste de synthèse des FOSA contractualisées ;
- Participer aux missions ponctuelles ciblées de contrôle du paquet des FOSA avec contrat FBP ;

### **La validation des données**

Dans le cadre de la validation des données du FBP, la sous unité validation a pour tâches de :

- Analyser le déroulement de la vérification (méthodologie utilisée par les vérificateurs pour les vérifications, exploiter le PV synthétique de vérification) ;
- Analyser les écarts entre les quantités déclarées par la FOSA et les quantités vérifiées et leurs justificatifs ;
- Analyser les rapports synthèses d'encadrement des éventuels contractants secondaires transmis chaque trimestre par les BDS ;
- Vérifier les calculs de facturation des différentes FOSA ;
- Valider mensuellement les données quantitatives des prestations des FOSA ;
- Valider trimestriellement les rapports d'évaluation de la qualité technique des FOSA ;
- Valider semestriellement le rapport de vérification communautaire des prestations des FOSA et de satisfaction des bénéficiaires réalisé par les ASLO ;
- Valider la facture compilée provinciale ;
- Elaborer un PV de validation cosigné par le Secrétaire du CPVV et le Président avec une liste de présence manuscrite signée ;
- Notifier aux FOSA les changements survenus lors de la validation ;
- Transmettre mensuellement le PV de validation des données quantitatives au BPS au plus tard 24 H après la séance de validation ;
- Transmettre trimestriellement les rapports validés d'évaluation de la qualité technique des FOSA au BPS.

### **Le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé**

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé, la sous unité validation a les tâches suivantes :

- Suivre mensuellement la consommation du budget provincial plafonné ;
- Mener des missions conjointes de visites de terrain au niveau des FOSA au moins une fois par trimestre (avec le BPS et le BDS) ;
- Analyser les données (quantité et qualité) et informations stratégiques de la mise en œuvre du FBP au niveau de la Province (l'évolution des indicateurs au niveau de la Province) ;
- Elaborer et transmettre à la CT-FBP les rapports trimestriels de suivi de la mise en œuvre ;
- Faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations / enquêtes communautaires, évaluations de la qualité ;
- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP au niveau Provincial en collaboration avec les BPS et les BDS.

### **III.5.7.2.2.** La sous unité vérification quantitative et évaluation qualitative des Centres de Santé

Pour bien remplir leurs missions, les CPVV disposent d'une équipe technique chargée de la vérification des prestations quantitatives et de l'évaluation de la qualité technique au niveau des Centres de Santé. Cette équipe est constituée de personnes suivantes :

- Un Coordonnateur de l'équipe, fonctionnaire du MSPLS (niveau universitaire) ;
- Au moins 1 vérificateur des prestations quantitatives pour 7 formations sanitaires (niveau A2 avec expérience d'au moins 10 ans dans le système de santé, A1 ou Licence) ;
- Au moins un évaluateur de la qualité technique pour 10 formations sanitaires (niveau A2 avec expérience d'au moins 10 ans dans le système de santé, A1, Licence ou Médecin) ;
- 1 encadreur des associations locales par Province (niveau A2 avec expérience d'au moins 10 ans, A1 ou Licence).

Les membres de cette équipe doivent répondre aux profils suivants : Médecins, infirmiers, laborantins et Gestionnaires. D'autres profils de santé publique sont également éligibles. Les équipes qui manquent de certains profils seront complétées au fur et à mesure.

L'équipe de vérification des prestations quantitatives et d'évaluation de la qualité technique des CDS est de composition mixte, une partie de son personnel sont des fonctionnaires et l'autre sont des contractuels recrutés par les PTFs. Tous les vérificateurs fonctionnaires et contractuels doivent être recrutés par voie de concours et à travers un processus compétitif. Les fonctionnaires de l'équipe de vérification reçoivent un salaire de l'Etat avec une prime à la performance donnée trimestriellement. Les contractuels de l'équipe de vérification reçoivent un salaire donné par le PTF qui les a recrutés.

La sous unité vérification et évaluation de la qualité technique des CDS a pour tâches de :

- Vérifier la véracité des prestations mensuelles quantitatives déclarées par les FOSA en compagnie du responsable de la FOSA ou son (ses) délégués dans les délais impartis ;
- Evaluer la qualité technique des Centres de Santé chaque trimestre ;
- Participer à l'évaluation de la qualité technique des Hôpitaux de District et Hôpitaux de deuxième référence par les pairs ;
- Planifier mensuellement les activités de vérification quantitatives dans les FOSA ;
- Planifier trimestriellement les activités d'évaluation de la qualité technique dans les Centres de Santé ;

- Compiler les rapports de vérification effectués dans les FOSA et faire le rapport narratif y relatif ;
- Elaborer chaque trimestre un rapport d'évaluation de la qualité technique des Centres de Santé et le transmettre à la CT FBP ;
- Cosigner la facture mensuelle de vérification des activités subventionnées des FOSA contractualisées ;
- Tirer les échantillons nécessaires pour la réalisation des enquêtes communautaires ;
- Participer à la formation des enquêteurs sur les indicateurs à vérifier et sur la méthodologie de vérification dans la communauté ;
- Analyser l'évolution des prestations des FOSA contractualisées ;
- Calculer les bonus de qualité à accorder aux FOSA ;
- Identifier les problèmes, discuter de ces derniers avec les concernés et proposer les solutions éventuelles au CPVV et aux FOSA contractualisées ;
- Tenir des statistiques sur les activités du PMA et PCA des indicateurs subventionnés des FOSA contractualisées ;
- Saisir les données vérifiées (données quantitatives et qualitatives) dans la base de données FBP web ;
- Participer à la réunion mensuelle de validation du CPVV ;
- Participer aux missions ponctuelles ciblées de contrôle du paquet des FOSA avec contrat FBP ;
- Effectuer des missions ponctuelles de contre vérification des prestations suspectes des FOSA au niveau communautaire ;

Lors de la validation, en cas d'identification d'erreurs arithmétiques, elles sont immédiatement corrigées par le CPVV et notifiées à la FOSA concernée.

Des sanctions doivent être prises en cas de falsification intentionnelle. En cas de désaccord entre les parties prenantes, il faut se référer au cadre d'arbitrage/règlement des conflits au niveau provincial (CPVV, BPS, BDS) et au besoin au niveau national (CT-FBP, CT FBP Elargie).

### **III.5.7.3. Le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement au niveau Provincial**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le CPSD provincial a pour **mission principale la gouvernance et la coordination générale de la mise en œuvre du FBP au niveau provincial.**

Le CPSD Provincial a pour tâches de :

- Elaborer un chronogramme annuel des réunions du CPSD provincial et district sanitaire avec prévisions des points à l'ordre du jour ;
- Prendre des décisions sur les sujets divers de développement sanitaire ;
- Mobiliser des fonds ;
- Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement et des PTF ;
- Appuyer la planification et la mise en œuvre de la politique de santé ;
- Effectuer des descentes de suivi sur terrain ;
- Effectuer des revues semi – annuelles et annuelles conjointes chaque année ;
- Valider les documents opérationnels, stratégiques et études, notamment les plans d'action annuels des BDS.

### **III.5.8. CONTRACTUALISATION DES BPS, DES BDS ET DES CPVV**

Les BPS, BDS et CPVV sont contractualisés dans le cadre du FBP en fonction de leurs performances quant à l'accomplissement de leurs missions respectives.

L'évaluation de la performance des BPS, BDS et CPVV est sous la responsabilité de la CT FBP et se fait chaque trimestre par une équipe des cadres du niveau central du MSPLS désignée par le Cabinet du MSPLS.

#### **III.5.8.1. Contractualisation des BPS et des BDS**

A l'issue de l'évaluation trimestrielle de la performance des BPS et BDS par la CT FBP, un score de performance est attribué.

La performance du BPS est liée à celle de ses Districts. C'est ainsi que le score de performance du BPS est pondéré par la moyenne des scores de performance de ses Districts. *Ainsi, le score de performance du BPS évalué par la CT FBP est côté sur 80 points et la moyenne des scores de performance des BDS est côté sur 20 points.* La somme de ces deux scores donne le score de performance du BPS. Le montant à percevoir par le BPS équivaut à un plafond trimestriel fixé multiplié par le score de performance.

Score de performance du BPS= Score obtenu par le BPS lors de l'évaluation trimestrielle par la CT FBP (ramené sur 80 points) + Moyenne des scores de performance des BDS sous sa responsabilité évaluée trimestriellement par la CT FBP (ramené sur 20 points)

La performance du BDS est liée au score de qualité de ses formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux). C'est ainsi que le score de performance du BDS est pondéré par la moyenne des scores de qualité technique des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) sous sa responsabilité. *Ainsi, le score de performance du BDS évalué par la CT FBP est coté sur 80 points et la moyenne des scores qualité des formations sanitaires du District est coté sur 20 points.* La somme de ces deux scores donne le score de performance du BDS. Le montant à percevoir par le BDS équivaut à un plafond trimestriel fixé multiplié par le score de performance.

Score de performance du BDS= Score obtenu par le BDS lors de l'évaluation trimestrielle par la CT FBP (ramené sur 80 points) + Moyenne des scores de qualité technique des FOSA du District évaluée trimestriellement (ramené sur 20 points)

### ***Utilisation des primes de performance par les BPS et BDS***

Une prime de performance est accordée à chaque personnel du BPS ou du BDS en fonction du score de performance individuelle au cours du trimestre évalué. La prime de performance est calculée en utilisant l'outil d'indice des BPS et BDS. Au maximum, 80% du montant perçu est consacré à la prime de performance du personnel des BPS et BDS et au moins 20% est réservé au fonctionnement. La part réservée au fonctionnement peut être supérieure à 20% et donc celle réservée à la prime inférieure à 80% si le score de performance individuelle du personnel du BPS ou du BDS est inférieur à 100%.

NB : Les Outils PBF sont bien détaillés dans le manuel des procédures du FBP dont les références sont ci bas identifiées.

## **CHAP IV : PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION**

### **IV.1. Planification**

La planification est un processus continu de prévision des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives, ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement ou visibles dans le futur<sup>47</sup>.

La planification des activités du district sanitaire ne doit pas devenir un exercice long, difficile et ennuyeux. Elle revient simplement à dire clairement : que faire cette année dans le district, où, quand, qui s'en charge et avec quels moyens ?

La planification est une des fonctions essentielles de l'Equipe Cadre de District (ECD) pour le développement du système de santé au niveau opérationnel qu'est le district sanitaire (DS).<sup>48</sup>

Planifier est choisir entre les actions à mener pour résoudre les problèmes prioritaires rencontrés, pallier aux besoins les plus urgents, vulnérables et utiles pour les soins aux malades.

Le point de départ et de finalité de la planification= la santé de la population.

Le niveau opérationnel comprend 46 Districts Sanitaires répartis sur les 119 communes du Pays. Ils sont animés par les Equipes Cadres de Districts qui assurent la coordination de la mise en œuvre du PNDS au niveau périphérique. Les districts sanitaires sont chargés également d'appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des plans opérationnels des formations sanitaires et des acteurs communautaires ; ceci en collaboration avec les secteurs connexes du niveau périphérique, les partenaires techniques et financiers ainsi que le secteur privé.

Pour une bonne mise en œuvre de la planification, les districts sanitaires doivent assurer les tâches suivantes :

- Elaborer le plan de développement du district sanitaire
- Elaborer le plan opérationnel du District Sanitaire
- Piloter et encadrer l'élaboration des plans d'action des structures sanitaires
- Encadrer l'élaboration des plans d'action du niveau communautaire
- Encadrer l'élaboration des plans de mise en œuvre et suivi-évaluation des différents niveaux de prestations.

---

<sup>47</sup> Pineault. et Haveluy., *La planification de la santé*, Ed. nouvelles, Montréal, 1995

<sup>48</sup> Gestion du District Sanitaire, Module2, la planification, Version2-2008

## IV1.1 Les types de planification

- **Planification normative** : définition de la mission du Ministère de la Santé pour des objectifs qui ne sont réalisables que dans un long terme=VISION de la santé pour le pays= Politique Nationale de Santé.
- **Planification stratégique** : définition des objectifs et des stratégies possibles pour atteindre ces objectifs ‘ à moyen –long terme= Plan National de développement de la Santé-PNDS et Plan de développement de la Santé au niveau de la Province et de ses districts sanitaires-PDSP et PDSD.
- **Planification opérationnelle** : définition des problèmes existants, des besoins, développement concret des stratégies et activités à mettre en œuvre pour améliorer la situation existante à court terme= Plan annuel des activités=PAA.

*Le développement du système de santé du district sanitaire doit reposer sur 2 types de planification : une vision à moyen et long terme, concrétisé par la planification stratégique, le plan de développement sanitaire du district–PDSD, cadre de référence pour la mise en œuvre concrète du Plan Annuel d’activité-PAA et un Plan d’Extension de la Couverture sanitaire –PEC, qui combinent les activités de renforcement du district sanitaire et les interventions sanitaires.*

*La planification est liée aux ressources disponibles, les ressources actuelles et prévisionnelles disponibles tant au niveau des PMA et des PCA des formations sanitaires, que des ressources humaines et moyens financiers disponibles. Les moyens financiers sont estimés et chiffrés sur base des recettes du budget de l’Etat et sur le budget des Partenaires Techniques et Financiers, ainsi que sur base des recettes du financement basé sur les performances et du recouvrement des coûts, portés en majeure partie par les dépenses santé des ménages.*

*La planification est double : « descendante » c.a. d. Qu’elle doit s’inscrire dans les objectifs, les orientations, et les résultats à obtenir du Plan National de développement en cours, et « ascendante », c’est-à-dire qu’elle doit traduire les demandes et les besoins exprimés et par les communautés, les formations sanitaires et identifiés par l’équipe cadre de district*

### **Certaines questions sont posées**

- Qui sommes-nous, où sommes-nous? = l'analyse du contexte.
- Qu'est ce qui ne va pas dans le système ?= identification des problèmes (arbre à problèmes : les problèmes et leurs causes et indicateurs).
- Quels sont les problèmes les plus importants ? (critères de sélection : Importance, risque, sphère d'influence, émotions, visibilité)
- Le problème correspond-il à un besoin? = identification des besoins., définir le problème de manière opérationnelle (Qui est impliqué par le problème ? Où le problème se manifeste-t-il ? Quand le problème se produit il ? Que se passe t'il quand le problème se produit
- Quels sont les causes du problème ?
- Quels sont les besoins prioritaires ? = détermination des solutions prioritaires pour résoudre un nombre restreint de problèmes (ampleur, sévérité, efficacité des solutions, faisabilité de l'intervention).
- Vers où voulons- nous tendre pour améliorer notre situation ? = formulation des objectifs (généraux, spécifiques, opérationnels et éventuellement intermédiaires).
- Comment allons-nous nous y prendre ? = élaboration de stratégies.
- Avec quoi allons-nous travailler ? = budgétisation par type et par source du financement.

Comment allons-nous faire le bilan de ce que nous avons fait ? = élaboration d'un cadre de suivi et d'une matrice d'évaluation

### **Planification Proprement dite**

#### **Collecte des données des données générales**

Localisation géographique (superficie)

Population cible (aire de responsabilité du district) :

Taux d'accroissement : 2.4% (2,9 % ?) par an (national en 2008)= population 2008 x 1,024/an

Nombre de communes :

Nombre de collines/sous Collines :

## V.1.2 ANALYSE DE LA SITUATION

### 1. SITUATION SANITAIRE

**Tableau 13 : Indicateurs de santé**

INDICATEURS	Période écoulée	Période de la planification	Numérateur	Dénominateur
Taux d'utilisation curatif dans les CDS			Nombre de NC	Nombre de consultations attendues
Taux de référence des malades			Nombre de références	Nombre de NC
Taux de consultation CPN standard			Nombre de femmes CPN3	Total de grossesses attendues
Taux de couverture post-natale			Nombre de CPoN	Total de grossesses attendues
Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié			Nombre d'accouchements assistés	Total de naissances attendues
Taux d'utilisation de la PF			Nombre d'utilisatrices de moyens contraceptifs	Femmes en âge de procréer
Taux d'enfants complètement vaccinés (0-11 mois)			Nombre d'enfants vaccinés < 1an	Nombre d'enfants < 1an
Taux de césarienne			Nombre de césariennes	Nombre de naissances attendues
Taux de guérison des tuberculeux			Nombre de guérisons	Nombre de cas dépistés
Taux de guérison des malnutris			Nombre de guérisons	Nombre de cas pris en charge

Pourcentage de la population ayant accès au PMA			Nombre de CDS normés	
Pourcentage de CDS disposant du personnel selon les normes			Nombre de CDS normés	Nombre total de CdS
Taux de rupture de six molécules essentielles			Nombre de jours de ruptures	Nombre de jours calculés
Taux de réalisation des supervisions			Nombre de supervisions réalisées	Nombre de jour calculés
Taux de réalisation des réunions des comités de santé (COSA			Nombre de réunions tenues	Nombre de jours calculés

### **IMPORTANCE RELATIVE DES MALADIES FRÉQUENTES DANS LE DISTRICT SANITAIRE.**

Afin d'évaluer d'une façon simple les problèmes sanitaires dans le district, il est conseillé de tenir compte des 4 critères suivants :

**L'incidence de la maladie** : il faut prendre en compte les données statistiques de l'annuaire de santé de l'année précédente de la DSNIS

### **Le degré de gravité et de vulnérabilité de la maladie.**

La maladie est-elle mortelle ou détériore-t-elle gravement l'état d'un malade ?

Le traitement a-t-il une action guérissant la maladie ?

### **Les possibilités de traiter la maladie, tenant compte des aspects suivants :**

- Les formations sanitaires disposent- elles des ressources techniques et humaines pour diagnostiquer, assurer la qualité des soins et traiter la maladie.
- Le coût de traitement doit rester abordable pour la population.
- La disponibilité permanente des médicaments essentiels est –elle assurée.
- Le système de référence et contre référence doit être présent, efficace et abordable pour les malades en cas de maladies graves ou compliquées.

### **Les points de vue de la population peuvent être sondés par les questions suivantes :**

Quelles maladies sont le plus souvent consultées chez les tradipraticiens ?

Quels sont les points positifs et négatifs perçus par les gens en allant consulter les formations sanitaires.

**Tableau 14 : Critères de priorisation des problèmes de santé**

<b>Critères de priorisation des problèmes de santé</b>				
Diagnostic selon la fréquence	Gravité	Faisabilité des moyens	Point de vue de la population	Classement
1 PALUDISME				
2 IRA				
3 VERMINOSE				
4 DIARRHEES				
5 TRAUMATISME				
6AFFECTIONS GENITALES				
7.....				

### IV1.3 PLAN DE LA COUVERTURE SANITAIRE.<sup>49</sup>

**Tableau 15 : Populations cibles (population par aire de responsabilité/CDS+ HD)**

District sanitaire+ communes	Rec.- 2008	Statut	CDS	Aire de responsabilité-AR du CDS.						Pop
				Collines-Co	Pop	Sous-collines	Collines incomplètes	Pop	Sous-collines des collines incomplètes.	

**La détermination de la couverture sanitaire débute par un atelier** (tenu avant la planification) qui définit le dénombrement précis de la population par colline et sous colline pour déterminer les aires de responsabilité des CdS. Ce dénombrement par collines/sous-collines est fait par les techniciens de promotion de la santé qui vont dans les collines/sous-collines et visitent les titulaires des CdS pour vérifier les données de population recueillies. Le BPS coordonne le tout en déléguant le recensement aux BDS et aux titulaires des CdS.

Une fois les données recueillies, elles sont transmises au BDS, et un membre désigné de l'équipe cadre de district inscrit toutes les données dans le tableau ci-haut en Excel. Le tableau est revu avec le MCD et envoyé au MDPS.

Un atelier de validation est ensuite organisé avec les MCD, les titulaires des CdS, les gestionnaires et les responsables SIS de l'ECD, les TPS et les administrateurs des communes.

<sup>49</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida PREPARATION DES PLANS D'EXTENSION DE LA COUVERTURE SANITAIRE, Rapport final, Tome I – Les centres de santé, v3 – Juillet 2015.

### **Première partie de l'atelier :**

- Le tableau est passé en revue, *chaque colonne est vérifiée.*
- Une discussion est engagée pour connaître CdS par CdS l'exactitude du nombre de collines et sous collines, l'accord des titulaires des CdS pour l'attribution la population-cible dénombrée au CdS en question.
- Important à la discussion est le fait qu'une colline peut être rattachée à deux ou plus CdS. Si cela est le cas, la colline en question entre dans la colonne 'collines incomplètes' et la sous colline dans la colonne des 'sous-collines de collines incomplètes'. Les collines sont numérotées, les sous collines également, mais il ne faut jamais numéroter deux fois les mêmes collines incomplètes !

### **Deuxième partie de l'atelier :**

#### **La vérification des données :**

- Le nombre des cds est-il exact pour chaque district ? Le nombre des collines, collines complètes et incomplètes est-il exact ?
- La somme de la population de l'air par cds est calculée.
- La somme de toutes les populations des AR des cds est calculée= aire de responsabilité du DS.
- Cette somme est comparée avec les données de la population du dernier recensement comme par exemple celle de multiplié par 1,024 (taux d'accroissement de la population validée en 2008 est de 2,4 %/an) par année après 2008.
- La différence est calculée en pourcentage positif ou négatif et en chiffres absolus.
- Ensuite il faut procéder à un 'lissage' des chiffres de population du dénombrement, AR par AR, c.à.d. Augmenter ou diminuer les chiffres de population des AR/cds, pour les faire correspondre aux chiffres du dénombrement (+ 2,4, + 2,4 etc.). Ce calcul est fait par le retranchement (s'il y a des habitants 'en trop' par rapport au recensement 2008) et addition (s'il y a des habitants 'trop peu' par rapport au recensement 2008), proportionnellement au poids du cds quant à son AR par rapport à l'air du District sanitaire, à calculer une fois qu'on a additionné toutes les populations cibles des cds du DS.

### Troisième partie de l'atelier :

- Réalisation du plan d'extension de la couverture sanitaire en infrastructures et équipements, pouvant être extrapolé à l'extension en conséquence de la couverture en ressources humaines.

District sanitaire X							
Cds existants	Population dénombrée 20....	Accroissement de la population (taux 2,4 %/an) et l'année où la norme des <b>20.000</b> habitants/cds est dépassée					
		20...	20....	20.....	20.....	20.....	20...
X							
X							
X							
X							
X							
X							

Le chiffre > 20.000 est mis en gras, de façon à ce que l'ecd puisse rapidement reconnaître sur le tableau les cds à planifier de construire l'année moins 1 du dépassement de la norme des 20.000 habitants. Cette planification doit prévoir dans la budgétisation tant les coûts de la construction (loi des Marché Publics), que les équipements et les ressources humaines à redéployer ou à augmenter dans les nouveaux cds.

#### **IV.1.4 ETAPES DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE DU DISTRICT**

Une planification stratégique se réalise en plusieurs étapes, aboutissant ensuite à la planification opérationnelle et la programmation des activités. Ce plan permet au District Sanitaire à atteindre des objectifs stratégiques, qu'il s'est fixé dans une durée définie avec un chronogramme, et avec un budget, estimant les coûts pour réaliser les activités.

**Les étapes sont de façon schématique les suivantes :**

**La préparation du processus de la planification** : division des tâches au sein de l'ECD déterminer les participants, préparer la logistique, récolter les données nécessaires aux analyses.

**L'analyse de l'environnement interne** (direction, les différents moyens du district: identification des *forces* et des *faiblesses* du DS à réaliser les stratégies et activités. Les forces et faiblesses s'évaluent par 2 critères : la performance et l'importance :

Moyens du DS	Forces	Important/peu important : IP ou PIP	Faiblesses	Important/peu important : IP ou PIP
Organisation				
Personnel				
Equipements				
Finances				
Partenariat				

++ Si la force est importante, il faut la garder et la développer

++ Si la force n'est pas importante, elle est une fausse force.

++ Si la faiblesse est importante, il faut la combattre et essayer de la transformer en force.

++ Si la faiblesse n'est pas importante, elle ne mérite pas d'attention.

**L'analyse de l'environnement externe** (les patients, la population, les partenaires de la société civile, le pouvoir politique, les partenaires techniques et financiers...).

++ L'environnement externe se situe à 2 niveaux, un macro niveau et un micro niveau.

++ Le macro environnement, politique, économique, techno, social et culturel, n'a pas un impact direct sur l'organisation interne du district sanitaire, mais peut influencer certains objectifs et stratégies du développement sanitaire. Le microenvironnement sont les partenaires techniques et financiers, les concurrents du privé, les tradipraticiens, les pouvoirs publics. Ces types d'environnement peuvent ainsi créer des *opportunités* pour le système de santé du district à se développer, comme il peut constituer des *menaces*, freinant le système de santé.

Quelques exemples d'opportunités : la visite du Président ou du Ministre promettant un budget supplémentaire pour équiper les cds par des panneaux solaires, ou l'intervention d'un partenaire, agence bi ou multilatérale ou ONG, permettant ainsi

de profiter de fonds plus importants à développer les soins de la mère et de l'enfant ou d'investir dans une couverture à l'hôpital de district en soins chirurgicaux et obstétricaux.

Stratégies à renforcer les opportunités : négocier avec les partenaires des collaborations spécifiques, chercher des partenaires pour aider à l'installation professionnelle des panneaux solaires, appuyer les appels d'offres/ établir les réelles priorités en soins de la mère et de l'enfant qui sont le plus faiblement développés dans le district de façon à présenter un plan d'action bien précis aux partenaires.

Quelques exemples de menaces : une grande inflation avec montée des prix du carburant et des médicaments, ou la diminution de fonds de l'état pour le fonctionnement des bureaux provinciaux et de district.

Stratégies à réduire les menaces : augmenter le contrôle sur l'utilisation abusive du matériel roulant/ renforcer une gestion administrative et logistique du bureau de district et de la province (épargner le papier, échelonner les achats de matériel...)

Moyens du DS	Opportunités	Stratégie à renforcer l'opportunité	Menaces	Stratégie à réduire la menace
Organisation				
Personnel				
Equipements				
Finances				

**La détermination des objectifs stratégiques et l'évaluation des capacités organisationnelles du district.**

Ces objectifs stratégiques sont de toute évidence basés sur les orientations et les objectifs stratégiques du PNDS et de la PS. Ils déterminent des résultats à atteindre, des activités et sont repris dans les PAA.

Ils se mesurent aux capacités organisationnelles du DS. Les capacités se définissent par l'analyse des ressources requises, l'analyse des ressources disponibles et les écarts entre les deux.

Ces ressources sont humaines, matérielles (infrastructures et équipements), financières.

**L'élaboration du plan d'action annuel de renforcement du district et du développement sanitaire selon le PNDS.**

Cible stratégique	Objectif stratégique	Faisabilité	Impact	Risque	Décision ECD-oui/non
Cible 1					
Cible 2					
Cible 3					
Cible 4					

**IV.1.5 ETAPES DE PLANIFICATION OPERATIONNEL DU DISTRICT SANITAIRE - PAA**

Le Plan Annuel d'Activités combine 2 objectifs : le développement du système de santé du district (SSD) et les interventions sanitaires.

**1. Identification des besoins :**

**a. Définition.**

++ Le problème= situation souhaitée--situation existante.

Focus sur les 4 domaines (administration/soins curatifs/soins préventifs/soins promotionnels) + focus sur la qualité des actes/processus<sup>50</sup>

++ Le besoin : l'activité à entreprendre pour que la situation existante s'approche de la situation désirée.

++ Ex : Il manque des infirmiers qualifiés au CDS= problème.

++ Il faut augmenter le nombre d'infirmiers qualifiés au CDS=besoin.

**b. Mesure du problème.**

4 facteurs doivent être examinés quand on évalue un problème : son ampleur, son degré de gravité, sa vulnérabilité c.à.d. sa solubilité, possibilité de résoudre soi-même le problème, et la faisabilité de l'intervention pour résoudre le problème, dépendant des moyens disponibles (1), de la pertinence de l'intervention tant opérationnelle (2), qu'économique (3) et de la légalité de l'intervention (4).

Des scores en ordre croissant sont attribués à chaque facteur :

++ Ampleur : 1 à 10.

++ Gravité : 1 à 10.

++ Vulnérabilité : 0,5 à 1,5.

++ Faisabilité : 1 ou 0.

<sup>50</sup> Outils de mise en œuvre du FBP version 2017

En additionnant ces scores (il ne faut pas perdre du temps à chicaner sur le chiffre du score !!) On obtient un degré d'importance et de vulnérabilité du problème qui guide l'équipe à fixer ses priorités.

### Tableau de mesure du problème

Définition du problème/critères d'importance	Ampleur (1 à 10)	Gravité (1 à 10)	Vulnérabilité (0,5 à 1,5)	Faisabilité (0 ou 1)	Score total (marquer en rouge)	Perception par la population	Ressources disponibles
Problème 1							
Problème 2							
Problème 3							
Problème X...							

#### 1. Identification.<sup>51</sup>

Il existe différents types de besoins : un besoin de santé, un besoin de service, un besoin de processus, un besoin de ressources.

Les problèmes et les besoins tiennent compte de la perception par les différents acteurs du système de santé : les prestataires de soins, les gestionnaires des structures de santé, la population les pouvoirs politiques nationaux et locaux. Les problèmes doivent porter tant sur la quantité que sur la qualité du service/processus

Les problèmes sont chacun marqué sur un papier par sondage de l'équipe de planification (inclus des agents communautaires de santé, représentants des patients) et ces papiers collés. Ainsi se construit *l'arbre à problèmes* sur base des causes à effets sur un tableau Zip placé à gauche. Les problèmes sont formulés de manière opérationnelle (Quel est le problème et ses effets sur la population/depuis combien de temps ce problème existe/

Il faut bien identifier les personnes concernées par chaque problème et qui doivent participer à la mise en œuvre de la solution du problème (*Connaissance approfondie du processus, ...*)

Ces problèmes sont ensuite transformés en solutions, qui correspondent aux objectifs, marqués sur un tableau Zip à droite : les objectifs sont regroupés comme un *arbre à objectifs*. Ceux-ci sont également bien définis et formulés de façon précise, les objectifs les plus urgents à atteindre placés en haut du tableau. Ces 2 arbres sont déterminants pour établir les priorités de la planification des activités.

<sup>51</sup> Les six étapes de la Résolution de Problèmes et de l'Amélioration des Processus

Les problèmes doivent évidemment être le plus possible documentés par un indicateur, par une statistique du SIS, par un degré de perception chez la population.

## **2. Choix des priorités :**

- ++ Souvent un élément oublié.
- ++ On veut tout faire, on pense que tout est important et urgent !!
- ++ Mais les moyens sont toujours limités.
- ++ « Priorités » souvent imposées de l'extérieur (bailleurs de fonds, programmes nationaux).

Si l'équipe suit la méthode des 2 arbres, qui est aussi dénommée comme planification par objectifs-PPO, le choix des priorités sera bien fait et correspondra aux besoins réels du district sanitaire.

**3. Identifier les causes majeures des problèmes**<sup>52</sup> Il s'agit ici d'identifier les principales causes du problème afin de retenir une solution appropriée (analyse cause-effet, diagramme en arbre, les 5 pourquoi, ...): dégager quelques possibilités à partir d'un large éventail de causes potentielles qui ont été identifiées puis sélectionner les causes les plus probables

Il faut ensuite vérifier les hypothèses (= les causes du problème) et ne pas se hâter pour la solution (collecte et présentation des données : histogramme, courbe, ...)

La cause explique l'existence du problème, elle est logique, elle est un élément sur lequel le groupe peut agir

## **3. Proposer des solutions permettant de résoudre les problèmes**<sup>53</sup>

Établir une liste de solution potentielle

Sélectionner des critères (coût, soutien par tous, faisabilité, pertinent ....)

Examiner soigneusement chacune des solutions et choisir une seule

Énoncer la solution d'une manière pratique et réalisable (ordinogrammes ; qui/quoi/quand/où) ;

---

<sup>52</sup> Les six étapes de la Résolution de Problèmes et de l'Amélioration des Processus

<sup>53</sup> Les six étapes de la Résolution de Problèmes et de l'Amélioration des Processus

4. Ainsi s'élabore **un cadre logique** en fixant :

- L'objectif spécifique se décline en résultats à obtenir.
- Les résultats se déclinent en stratégies.
- Les stratégies se déclinent en un nombre d'activités.
- Les activités se mesurent par des indicateurs.
- Les indicateurs se vérifient par des sources de vérification.
- Les activités se calculent en rubriques d'un budget.
- Le budget se divise en budget état et budget de l'appui des partenaires techniques et financiers.
- Enfin les contraintes de la réalisation de l'objectif : hypothèses.

#### **5. Formulation des objectifs :**

##### **Les objectifs doivent être précis !!**

Il ne faut pas confondre but, vision et objectif. Un but est un énoncé plus large que l'objectif ; il donne une direction ; une vision est une situation idéale à atteindre.

L'objectif est l'expression ciblée du résultat qu'on se propose d'atteindre. C'est une projection dans le futur. Il indique le niveau de réduction d'un problème. Les objectifs et résultats attendus sont établis par rapports aux problèmes prioritaires.

Nous distinguons 3 types d'objectifs :

- **L'objectif général** : énoncé du changement global souhaité - Exemple : améliorer l'état de santé de la population du Burundi (responsabilité du niveau central MSPLS et du contexte international)
- **L'objectif intermédiaire** : découle de l'objectif général avec un degré de précision plus prononcé- Exemple : diminuer la mortalité maternelle et néonatale de 75% d'ici 2020. (responsabilité du niveau central MSPLS)
- **L'objectif spécifique** : C'est l'énoncé précis des résultats qui seront observés- Exemple : Augmenter la qualité des soins maternels et néonataux d'ici l'an 2020. (responsabilité du niveau décentralisé)

Les caractéristiques des objectifs sont les suivants :

++ Les objectifs d'ordre supérieur fixent les objectifs d'ordre inférieur. Les objectifs d'ordre inférieur (voir à ce sujet l'arbre à objectifs et le modèle causal) doivent d'abord être atteints pour pouvoir atteindre l'objectif d'ordre supérieur.

++ Les objectifs inspirent les résultats à atteindre.

++ Les objectifs dépendent les uns des autres et sont placés en ordre hiérarchique, l'objectif de santé étant placé en ordre supérieur pouvant être rempli par des objectifs de formations, d'activités, et de changement de comportement.

++ Les objectifs doivent rester réalistes, c.à.d. qu'ils doivent pouvoir être atteints avec les moyens disponibles.

++ La formulation de l'objectif doit être précise, et comporter les éléments suivants :

- Un contenu : l'accessibilité aux médicaments essentiels.
- Une activité : augmenter le taux d'.....
- Une condition : le bon fonctionnement de la CAMEBU ou pharmacie de district.
- Une durée : .....
- Résultat chiffré : 80 % de toutes les pharmacies de district du pays.

Ex. non pas marquer augmenter le taux vaccinal mais le taux vaccinal est augmenté de x % sur 1 an....

++ Les caractéristiques d'un objectif sont les suivantes :

- Pertinent : conforme aux besoins identifiés.
- Mesurable/Quantifiable : un degré de performance.
- Précis : le résultat sans équivoque dans l'emploi des mots.
- Observable : le résultat doit être tangible, visible.
- Réaliste : un objectif n'est PAS un rêve.

#### **IV.1.6 Elaboration des stratégies-activités :**

*Une stratégie est constituée de l'ensemble des activités coordonnées à engager pour atteindre un résultat issu d'un objectif visé. Les résultats sont codifiés par des indicateurs aussi précis que possibles.*

Chaque activité se programme dans la durée, concrétisée dans un chronogramme. Celui-ci peut se diviser en jours, en mois (J,F,M...) ou en trimestres (T1, T2,T3,T4). Dans le chronogramme l'équipe qui planifie doit respecter la chronologie des sous activités : ex. le recrutement ou la formation de formateurs doit précéder l'organisation de la formation. La formation doit précéder l'accompagnement des personnes formées sur leur terrain de travail. La réhabilitation d'une maternité doit précéder l'installation d'un nouvel équipement. Une enquête sur la demande des soins auprès de la population doit précéder la stratégie pour améliorer l'accessibilité financière aux soins etc...

La durée totale d'une activité est la somme des durées des sous-activités. Le déroulement de l'activité peut être représenté par un pictogramme, qui montre les connexions entre les sous-activités selon leur durée prévue. Les activités peuvent être simples, s'éclater en 2 sous activités, ou converger de 2 vers 1 sous activité.

- Chaque activité se réalise au cours d'une période déterminée= Chaque activité se réalise sous la responsabilité d'une structure, centrale (une DG, un service), provinciale ou de district. Il n'y a qu'UNE structure responsable.
- Chaque activité a un coût, qui est spécifié par le type de dépense : le fonctionnement, l'investissement, la formation.
- Chaque coût est financé par une instance, soit l'Etat, soit un partenaire, soit une ONG, soit la communauté, les associations, les communes.... (+montant/instance)

#### **IV.1.7 Mettre en œuvre et évaluer les efforts d'amélioration de la qualité**

- Faire: appliquer la solution
- Vérifier: faire un suivi pour déterminer si la solution produit les résultats
- Agir: prendre des décisions pour voir s'il faut élargir la mise en œuvre et modifier la solution

#### **IV 1.8 Définition des indicateurs du plan annuel et de développement sanitaire du district**

##### **Définition :**

- Outil d'évaluation et d'aide à la décision grâce auquel on va pouvoir mesurer une situation, une tendance ou une activité, un changement de comportement, de façon relativement objective. Ex: Tableau de bord d'un véhicule. L'indicateur n'est qu'un outil. On ne rémunère pas un indicateur, on rémunère une bonne prestation. On n'améliore pas un indicateur, on améliore une situation....

##### **Caractéristiques :**

- Les indicateurs mesurent essentiellement les objectifs et les résultats attendus et NON les activités.
- Chaque indicateur se détermine par son niveau actuel et son niveau futur.
- Le niveau actuel et futur se calcule par l'équation entre le numérateur et le dénominateur= un taux, ration, pourcentage ou en nombre.

**Expression :**

- Nombre absolu : nombre de personnel formé
- Ratio (%): ratio médecin/habitat (numérateur et dénominateur différents: 1 méd./10.000 habitats
- Taux ou proportion (%) : numérateur contenu dans le dénominateur : taux de vaccination complète des enfants de moins d'un an

**Types :**

- Les indicateurs démographiques.
- Les indicateurs socio-économiques.
- Les indicateurs épidémiologiques.
- Les indicateurs d'utilisation des services de santé.
- Les indicateurs de gestion des services.
- Les indicateurs de ressources.
- Les indicateurs de processus.

*Parmi ceux-ci, il existe les indicateurs de quantité et de qualité. Mais cette qualité est beaucoup plus difficile à mesurer car elle définit non seulement un résultat, mais aussi la manière, les attitudes humaines à obtenir ce résultat. Un médecin ou un infirmier peut bien soigner mais très mal accueillir ses patients !*

**Critères :**

- Il doit être pertinent (reflète la réalité, action) ex: taux de mortalité après césarienne / apprécier la performance du service.
- Il doit être sensible (réagit vite et bien aux modifications) ex: taux d'évacuation / fonctionnement de l'ensemble du système de référence.
- Il doit être spécifique (ne doit réagir que si c'est le phénomène mesuré qui change) ex: taux de vaccination / nombre de vaccinations effectuées.
- Il doit être valide (mesure effectivement le phénomène qu'il est censé mesurer : réalité) ex: proportion de fiche de stock comportant une mention rupture de stock.
- Il doit être reproductible. mesures doivent donner systématiquement les mêmes résultats dans le temps /espace/ : utiliser le même dénominateur et même numérateur.

## **IV.2. Suivi-évaluation**

Dans le cadre d'une gestion axée sur les résultats, et conformément au cadre logique du plan d'action du district, le suivi - évaluation sera essentiellement basé sur la liste d'indicateurs clés du plan d'action. Le district sanitaire est donc responsable de l'exécution des tâches suivantes :

- Mesurer l'écart entre ce qui a été prévu et ce qui a été réellement réalisé à différents échelons (Communauté, Centre de Santé, Hôpital).
- Organiser trimestriellement des ateliers d'évaluation de l'exécution des plans d'action à tous les échelons pour mesurer l'écart et proposer des solutions à intégrer dans le PAS suivant.
- Encadrer l'élaboration des plans de suivi-évaluation des différents niveaux de prestations du secteur public, privé et confessionnel au niveau district sanitaire
- Organiser les missions de supervision formative et intégrée au moins une fois tous les deux mois par formation sanitaire.
- Organiser mensuellement des réunions d'analyse des données du système d'information sanitaire
- Prendre des décisions fondées sur une analyse rigoureuse des faits passés.

## **Chap. V. LA RECHERCHE ACTION <sup>54</sup>**

### **Importance de la recherche action.**

La recherche scientifique joue un rôle fondamental dans l'amélioration de la santé humaine. Elle est indispensable au développement des technologies, des systèmes et des services nécessaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Sur la voie de la couverture universelle, l'adoption d'une approche méthodique pour formuler les questions et y répondre n'est pas un luxe mais une nécessité.

Dans le domaine de la santé, la RA prend en compte l'évaluation de la faisabilité des nouvelles stratégies d'intervention et l'évaluation des programmes de santé ? (Boyera, 2011). Quant à Avison, la RA est un processus itératif impliquant **la collaboration** entre chercheurs et praticiens à agir ensemble dans un **cycle d'activités** particulier comportant : l'identification du problème, la planification et la mise en œuvre , l'évaluation des solutions et la réflexion(Avison, 1999).

---

<sup>54</sup> Cette partie est tirée du Rapport de stage présenté en vue de l'obtention du grade de Maitrise en santé communautaire option Santé Mondiale par, AKA, Bony Roger Sylvestre : Analyse d'une démarche de recherche action de l'expérimentation du remboursement au forfait de soins de santé à Sebba au Bourkina Faso, Juin 2014.

### **Cette RA possède les caractéristiques suivantes :**

- Elle s'adresse à une problématique sociale ou organisationnelle dans un contexte spécifique et vise à produire un changement social, organisationnel, une émancipation et un renforcement des capacités des parties prenantes ;
- Elle implique les parties prenantes de façon active et dynamique au processus dans une forme de collaboration dans laquelle les enjeux sont discutés pour éviter les malentendus, les responsabilités sont partagées et l'engagement des parties prenantes est établi pour créer une dynamique de groupe ;
- le rôle du chercheur est bien spécifié et sa participation dure aussi longtemps que possible ;
- Utilise des méthodes qualitatives et quantitatives variées et adaptées pour la collecte des données ;
- Elle possède plusieurs cycles d'actions (planification, action, évaluation et réflexion) qui permettent d'expérimenter ou d'allier la théorie à la pratique et qui offre des moments de réflexion constructive (des allers retours réguliers) entre les parties prenantes pour construire les connaissances théoriques et pratiques
- L'une des caractéristiques majeures de la RA est l'existence de divers cycles d'actions comportant chacun différentes étapes.

### **Chaque cycle comprend quatre étapes :**

1. La planification : description et analyse des problèmes ; identification et analyse des solutions à mettre en œuvre ;
2. L'implantation des solutions identifiées lors de la planification ;
3. L'observation ou l'évaluation des effets des solutions implantées par des méthodes et techniques appropriées ;
4. La réflexion sur le processus de la RA et sur les changements opérés.

## **CHAP VI : LA SUPERVISION** <sup>55</sup>

Pour une mise en œuvre efficace et efficiente des activités de supervision formative et d'appui technique des FOSA, l'ECD telle que décrite dans la section ci-dessus, doit être complétée par une équipe de professionnels œuvrant au niveau de l'hôpital de district . Cette équipe de professionnels de l'HD est constituée du (i) Médecin Directeur de l'HD ou de son adjoint, (ii) chef nursing, (iii) chef du laboratoire de l'HD et (iv) d'une sage-femme<sup>56</sup>.

### **VI.1 DEFINITION ET PRINCIPES**

La supervision est un processus continu consistant à guider, former, soutenir et encourager les initiatives du personnel sur le site de travail de sorte qu'il puisse exécuter son travail avec efficacité et conformément aux directives.

La supervision est un outil de suivi direct du personnel dans leur milieu de travail sur la qualité de leurs services et activités. On supervise le personnel en activité et non les tâches.

#### **La supervision vise l'obtention de résultats dans quatre domaines :**

1. La qualité des services, objective (selon des critères techniques) et subjective (perçue par la population) sur les 4 domaines : administration/soins curatifs/soins préventifs/soins promotionnels
2. L'amélioration de la couverture sanitaire de la population dans tous les domaines, mais spécialement dans les domaines prioritaires retenus par le PAA en cours.
3. L'augmentation de la capacité de résolution des problèmes de l'équipe du centre de santé, en collaboration avec le CoSa et les autorités locales.
4. La bonne gestion des intrants (médicaments, finances, fournitures...) et des biens (bâtiments, équipement...)

Un calendrier de descentes sur le terrain doit être annexé au Plan d'Action trimestriel d'activités de chaque BDS.

#### **La supervision doit prendre assez de temps**

On peut estimer que le temps nécessaire pour une supervision régulière d'un centre de santé est de trois heures.

---

<sup>55</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida : Guide de Supervision Formative des Centres de Santé par les Equipes Cadres des Districts Sanitaires, 2012

<sup>56</sup> Tome 2 , Normes Sanitaires 2019-2023 VF du 21-08-2019 page 13

### **La supervision implique une continuité dans les relations entre superviseur et supervisé**

La supervision implique un mécanisme complexe de relations humaines, entraînant une continuité dans les relations entre superviseur et supervisé. Il est important, par conséquent, que le superviseur soit aussi permanent que possible dans sa fonction, et qu'il soit particulièrement formé pour cette fonction.

### **La supervision exige une différence nette de compétences entre superviseur et supervisé**

La supervision doit être faite par des personnes qui ont un niveau plus élevé de connaissance, d'expérience ou de capacités résolutives que les personnes supervisées (gradient de compétence).

### **La bonne supervision est formative**

Elle doit toujours dépasser la simple vérification (des activités, des registres, des comptes, des performances, de la gestion, etc.) et, grâce au gradient de compétence entre superviseur et supervisé, comporter des aspects de formation, d'apprentissage, d'amélioration des capacités. Toute supervision se termine par un feed-back des points forts et faibles observés et par des recommandations d'activités à mettre en œuvre pour relever les faiblesses observées.

### **La supervision par l'ECD est une supervision intégrée**

La supervision d'un CDS par l'ECD doit être intégrée, c'est-à-dire concerner toutes les activités techniques et administratives que le supervisé doit effectuer ainsi que les différents aspects de son travail. Ceci est l'idéal vers lequel doit tendre l'ECD.

**La supervision est intégrée, lorsqu'une même équipe (l'ECD) prend en considération *tous les aspects* du fonctionnement d'un même CDS au cours d'un processus continu de supervision répétée dans le temps.**

La base d'une supervision intégrée est tout le Paquet Minimum d'Activités (PMA) du centre de santé, y compris la cogestion communautaire et la prise en charge communautaire des problèmes de santé, le tout se traduit dans un plan annuel d'activités (PAA) du centre de santé.

*Les thèmes des supervisions doivent mettre le focus sur les faiblesses de chaque centre de santé afin de rehausser à court terme le niveau qualité et quantité de chaque centre.*

## VI.2 METHODOLOGIE ET OUTILS DE LA SUPERVISION

**La supervision intégrée** n'est pas seulement le fait que plusieurs personnes de compétences différentes et complémentaires supervisent en même temps quelques activités sanitaires d'un même CDS (PEV, PF, PCIME,); cela s'appelle plutôt **la gestion intégrée de la supervision**.

La supervision intégrée consiste à ce que *tous les problèmes* d'un centre de santé peuvent être abordés avec la même équipe de supervision (l'ECD) et que *les différentes activités du PMA* sont supervisées au même titre chacune par l'ECD, même si certaines activités nécessitent une supervision plus intensive suivant le moment, les priorités et le contexte (consultation curative, PEV, finances, tuberculose, suivi de la croissance de l'enfant, PF, PCIME, médicaments, gestion du personnel, participation communautaire, entretien des infrastructures...).

*Une cartographie des forces et faiblesses de chaque CDS doit être élaborée et mise à jour régulièrement sur base des divers rapports (évaluation CPVV, évaluations improvisées, audits techniques et financiers). Les thèmes de supervision doivent être spécifiques à chaque centre et portés sur les faiblesses de chaque centre.*

La méthodologie de supervision repose sur deux approches : la méthode directe (ou d'observation) et les méthodes indirectes (ou techniques d'appoint).

### 1. Méthodes directes ou d'observation

L'observation est **la technique la plus importante** de la supervision.

Elle permet de s'assurer de la qualité des activités exécutées et de leur conformité aux règles, aux directives et aux bonnes pratiques.

L'observation doit être « passive », dans le sens qu'elle ne doit pas être interventionniste.

Le superviseur ne doit pas interrompre une activité, mais plutôt essayer de comprendre les motivations qui régissent les pratiques de l'agent. Il faut laisser faire le supervisé et ne discuter des observations avec lui qu'après sa prestation (par exemple après avoir observé l'attitude et les pratiques du supervisé avec quatre patients ou clients).

**L'observation doit se diriger sur** : *le savoir* ou la connaissance du supervisé ; *le faire* ou l'activité du supervisé ; *le savoir-faire* ou l'habileté du supervisé ; *le savoir être* ou l'attitude du supervisé.

Lorsqu'il existe des protocoles, des directives, des arbres de décision, des stratégies de diagnostic-traitement, des ordinogrammes pour la prise de décision clinique, le superviseur doit en disposer et vérifier la concordance des pratiques du supervisé et de ces directives.

2. **Méthode indirectes ou techniques d'appoint** qui à elle seule ne suffit pas, elle vient en complément de l'observation directe. Ces techniques d'appoint consistent en une **analyse de documents** ou supports de données (rapports mensuels d'activités, fiches diverses, dossiers des malades, registres, etc.), permettant de s'assurer de la qualité de l'information sanitaire, et parfois découvrir des problèmes non évoqués par le personnel, des incohérences entre ces données brutes et les données agrégées dans le rapport mensuel, des décisions erronées ou problématiques dans les traitements, etc.

**3.Observation de résultats d'activités** : pour certaines activités il est plus rapide d'observer le résultat « output », le résultat immédiat de l'activité. Par exemple : interroger les malades pour voir s'ils ont compris une explication donnée, interroger les utilisateurs après une séance d'IEC, observer l'issue des consultations curatives, etc.

### VI.3 Outils de supervision

#### Les outils du superviseur d'un CDS

Le classeur des rapports de supervision

Le rapport de la précédente supervision

Calendrier de supervision

Guide de supervision

#### Les outils du supervisé

#### Etablir le plan de supervision

**Le plan de supervision est un outil capital.** Toute supervision doit au préalable être axée sur un plan de supervision bien élaborée. Si plusieurs superviseurs se rendent dans un même CDS, ils doivent établir ensemble le plan de supervision pour chacun d'eux.

Le plan de supervision doit comporter une liste d'activités à superviser et pour chacune de ces activités, des objectifs de supervision tel que le propose le tableau ci-dessous.

#### Modèle d'un plan de supervision

<b>Activités à superviser</b> A remplir lors de la préparation	<b>Objectifs de supervision</b> A remplir lors de la préparation
1	-
2	-
3	-

***Un plan de supervision n'est valide que pour une supervision donnée.***

Le registre de supervision  
Le cahier des problèmes du CDS  
Le classeur du CDS  
Calendrier de supervision

#### **VI.4 ORGANISATION DE LA SUPERVISION**

Pour augmenter la qualité et le rendement d'une supervision, les étapes suivantes doivent être suivies :

1. La préparation technique et administrative
2. La préparation pratique
3. La supervision proprement dite
4. Le rapport de supervision
5. Suivi des supervisions.

#### **LA PREPARATION TECHNIQUE ET ADMINISTRATIVE**

##### **Faire un travail de documentation**

Le travail de documentation permet :

- a) de s'assurer de *l'état actuel des performances* des agents à superviser dans l'exécution des activités qui feront l'objet de la supervision. Les documents contiennent des informations pouvant attirer l'attention sur la performance. Se baser pour cela sur la cartographie du Centre, régulièrement mise à jour.
- b) de se rappeler *les problèmes, les engagements et les mesures correctrices déjà évoqués* lors des supervisions précédentes. Les problèmes peuvent être dus au manque de moyens ou à d'autres facteurs persistants, pouvant conduire à une performance non satisfaisante du CDS. Le respect des engagements pris et l'application des mesures correctrices et des recommandations montrent si la supervision est efficace.

##### **Annoncer la supervision au centre de santé en précisant le programme**

## **LA PREPARATION PRATIQUE**

Les divers aspects pratiques de la supervision doivent être planifiés :

- Le financement : les indemnités de terrain éventuelles, l'achat de carburant, etc.
- Le transport : le véhicule, le chauffeur, etc.
- Les livraisons (le cas échéant) : médicaments, fournitures, etc.
- Le temps, le programme, les pauses, etc.
- La disponibilité du personnel supervisé : il faut faire confirmer la disponibilité du personnel dans les centres de santé
- La coordination avec l'équipe cadre de district et au besoin le niveau hiérarchique supérieur, en ce qui concerne les objectifs et le plan de travail de la supervision.
- La documentation : se munir des documents et outils qui auront été identifiés lors de la préparation

## **VI.5 LE DEROULEMENT DE LA SUPERVISION**

### **Accueil du personnel**

C'est une brève discussion initiale avec l'équipe dirigeante du CdS ou de l'hôpital de district, qui ne peut entraver les activités journalières.

### **Observation des activités prévues sur le plan de supervision**

La supervision débute par l'observation dans les services où se déroulent les activités du PMA qui sont objets de supervision formative tel que prévu sur le plan de supervision.

### **Observation des autres activités**

Elle débute avec la visite de la pharmacie et du local de dispensation des médicaments aux malades.

### **Observation de la salle d'accouchements,**

Elle scrute l'état de propreté, l'arrivée de l'eau et électricité (prise de terre des fils est souvent négligée), état de la table d'accouchement, du rangement de la salle, de la disponibilité du stéthoscope obstétrical de Pinard, d'une boîte d'instruments stérilisés.

### **Observation des autres locaux**

La consultation pré et postnatale, la salle des vaccinations (état du frigo, le contrôle de la température du frigo, la disponibilité des vaccins), le local de la planification familiale, enfin le local pour faire de la petite chirurgie.

**L'analyse documentaire** de certains registres (alternant selon les visites), les fiches, les fardes et leur rangement logique, la propreté du classement. Les outils de gestion financière (livre de caisse, livre de banque, le journal des dépenses) sont en tout cas contrôlés, et de façon complémentaire avec les rapports du FBP. Le solde du compte en banque est discuté au vu des investissements à prévoir pour améliorer le PMA ou le PCA.

**Le tour général de la formation sanitaire** : la présence de latrines salubres, le réservoir d'eau et sa réserve, l'état des panneaux solaires, l'installation électrique et sa maintenance, la maintenance des locaux, portes, mobilier, le trou à déchets et à placenta, la présence ou non d'un incinérateur en fonction, l'état du générateur à l'HD....

## **VI.6 REUNION DE SYNTHÈSE ET FORMULATION DES RECOMMANDATIONS**

Pour terminer la supervision, il faut organiser une réunion de synthèse avec tout le personnel impliqué. La réunion de synthèse est un moment décisif.

La réunion de synthèse doit aborder les aspects suivants :

- 1 *Féliciter l'équipe* pour les aspects positifs observés dans son activité
- 2 *Exposer les principaux problèmes* rencontrés, en n'esquivant aucun des problèmes spontanément exposés par les supervisés, soit dans la réunion de départ, soit au cours de la supervision
- 3 *Revoir ensemble les solutions proposées*, s'assurer de leur acceptation par l'équipe, négocier ce qui doit l'être, compléter le cahier des problèmes avec les solutions, les responsabilités et les délais
- 4 *Se mettre d'accord sur les engagements réciproques*, qui doivent être consignés par écrit dans le registre de supervision, signés par tous les participants, et se retrouver plus tard dans le rapport de supervision.

Les engagements ne doivent pas porter sur trop d'aspects à la fois ; en général, deux ou trois engagements fermes suffisent.

*Pour chacune des supervisions effectuées, un feed-back immédiat doit être fait et cosigné par les supervisés et les superviseurs.*

## **VI.7 LA REDACTION DU RAPPORT DE SUPERVISION**

### **Les rapports incluent au moins :**

- Les activités à superviser,
- Les objectifs de la supervision,
- Le suivi des engagements pris lors de la supervision précédente ;
- Les problèmes soulevés par le personnel supervisé
- Les activités observées avec les remarques pertinentes sur les points forts à poursuivre, et les points faibles identifiés à améliorer
- Les engagements/recommandations concrets et réalistes par ordre de priorité formulées, y compris les responsables et délais de mise en œuvre
- La liste des personnes supervisées/rencontrées.
- Une date indicative de la prochaine supervision.

***Le rapport de supervision doit être envoyé à l'équipe de la FOSA sous huitaine dans la semaine qui suit.***

***Le suivi des supervisions se fait par des réunions régulières (au moins 1 à 2 x/mois) de l'équipe cadre de supervision.***

## **CHAP VII. SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE SUR LES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE<sup>57</sup>**

### **Contexte**

Depuis plusieurs années le Burundi fait face à des crises diverses dont les épidémies de choléra, paludisme. Egalement avec l'épidémie d'Ebola qui sévit en RDC, le Burundi a été placé par l'OMS parmi les pays de priorité 1 et dernièrement avec la notification des cas de Covid-19 en Chine, tous les pays Sub-sahariens ont été considérés comme à risque ce qui a été confirmé par l'évaluation du risque au niveau du pays. Dans ce cadre le Burundi avec l'appui de l'OMS a lancé les activités de renforcement de la surveillance épidémiologique avec un accent sur le partage régulier de l'information à travers des bulletins épidémiologiques, la formation du personnel soignant sur la définition des cas et la gestion des situations épidémiques, la surveillance aux points d'entrée et transfrontalière, la formation des agents de santé communautaire et la surveillance à base communautaire mais jusqu'aujourd'hui les activités ne sont toujours pas développées pour cette dernière rubrique. Depuis 2019 le Burundi bénéficie de l'appui de l'Union Européenne à travers le projet Résilience pour lequel l'OMS est responsable de sa coordination. Ce projet couvre les 18 provinces du pays dont 5 sont directement appuyées par l'OMS dans le consortium ENABEL composé de 4 membres dont ENABEL, OIM, MEMIS et OMS. Trois axes sont visés dans ce projet dont la surveillance épidémiologique. Egalement dans le cadre de la préparation à la prise en charge des cas de la maladie à virus Ebola, 21 districts sanitaires ont été identifiés à haut risque parmi lesquels 4 bénéficient à travers l'OMS d'un appui de ECHO pour le renforcement de plusieurs activités dont la surveillance épidémiologique. D'autre part depuis 2019 l'OMS a mis sur pied les modules de formation sur la surveillance épidémiologique troisième édition pour lequel le Burundi est en retard pour la formation de son personnel.

En vue de détecter précocement les événements de santé publique, tous les pays doivent veiller à ce que le système de surveillance des événements soit mis en place à tous les niveaux du système de santé, parallèlement au système de surveillance basée sur les indicateurs.

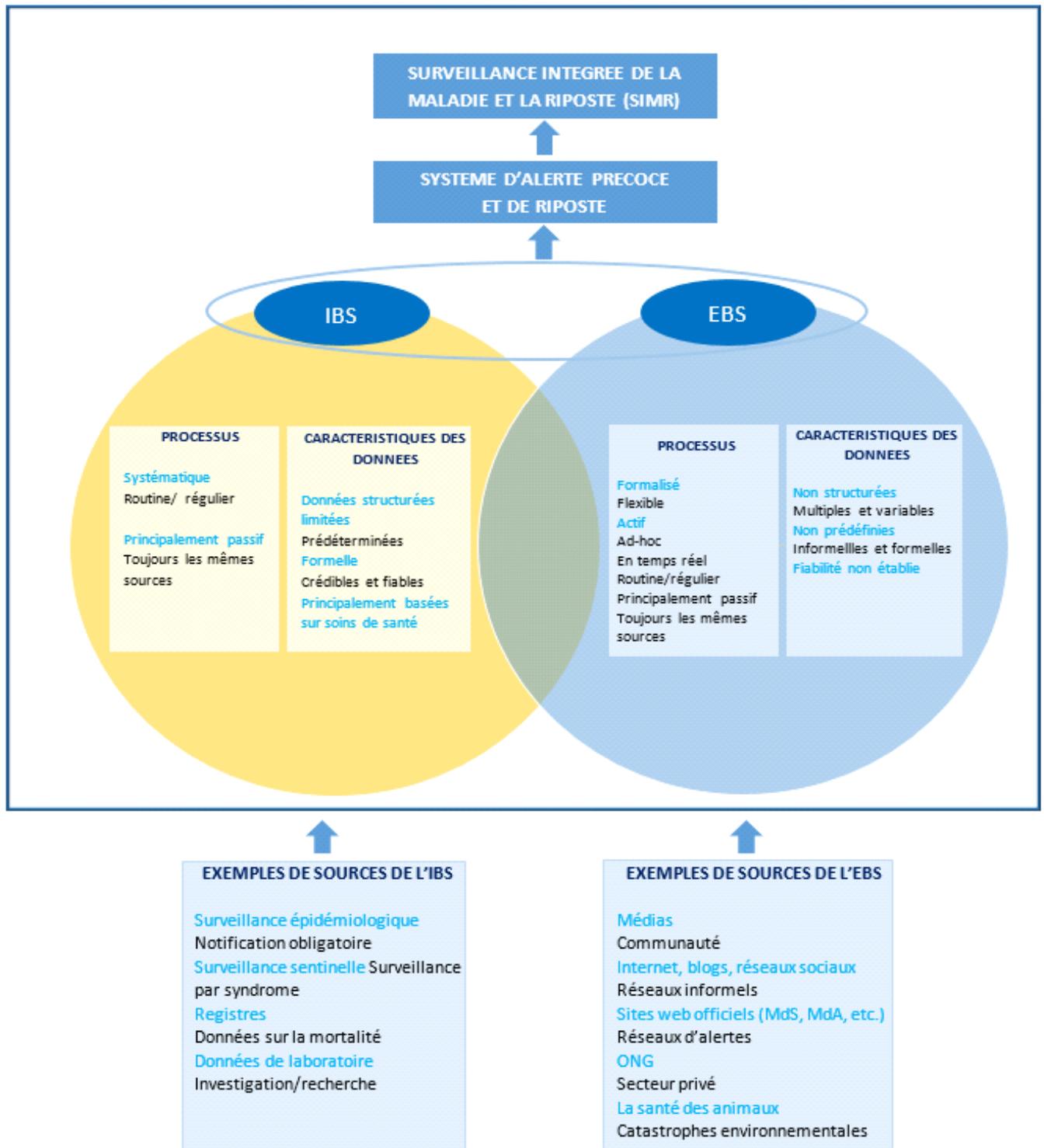
---

<sup>57</sup> *Version 3 de la SIMR au Burundi*

**Expliquer la différence entre surveillance basée sur les indicateurs (IBS) et la surveillance des événements (EBS).**

La surveillance des événements et la surveillance basée sur les indicateurs sont des composantes de l'alerte précoce, de la riposte et du renseignement épidémiologique, intégrées dans la stratégie de la SIMR. L'EBS et l'IBS se complètent l'un l'autre, mais avec des rôles et des objectifs distincts. L'EBS est plus susceptible de recevoir des alertes pour détecter rapidement les petites épidémies, tandis que l'IBS est plus à même de surveiller les tendances des maladies au fil du temps et est utile pour signaler le début des épidémies saisonnières régulières de maladies endémiques, en utilisant des seuils d'alerte et d'épidémie. L'IBS peut ne pas être utile pour les petits événements parce qu'ils sont soit calculés en moyenne dans les grandes séries de données ou perdus dans les petites. L'EBS est également plus à même de détecter des épidémies dans des zones où l'accès au soin de santé est limité. Dans le contexte de la stratégie SIMR, le flux des informations provenant de l'EBS suit les mêmes lignes de compte-rendu que l'IBS, c'est-à-dire de la communauté au sous-district/district, à la région/province et au niveau national. L'EBS et l'IBS sont appliqués à tous les niveaux du système de santé – communautaire, établissement de santé, régional ou provincial de district et national.

**Figure 1. Surveillance basée sur les indicateurs et surveillance des événements dans la perspective de la surveillance épidémiologique (EWAR) relative à la stratégie de SIMR.**



- **Décrire les fonctions de la surveillance des événements au niveau provincial, district et communautaire.**

### **3. I- Étapes de la mise en place de la surveillance des événements aux niveaux national, régional ou provincial**

#### **Étape 1 : Mettre en place des lignes d'assistance téléphonique et un système d'analyse des médias pour la surveillance des événements, afin de détecter les alertes**

Cette étape comporte deux activités principales, à savoir la mise en place de lignes d'assistance téléphonique et la création de centres d'analyse des médias destinés à la surveillance des événements, comme décrit ci-dessous :

#### **A. Créer des lignes d'assistance téléphonique pour la surveillance des événements**

- a)-** Une ligne d'assistance téléphonique est une ligne téléphonique que le public peut utiliser pour obtenir des informations auprès d'une organisation ou pour lui en fournir. Il s'agit d'un numéro abrégé pour recevoir des appels téléphoniques directs ou des informations provenant de réseaux sociaux tels que WhatsApp, Facebook ou Twitter.
- b)-** Il doit être gratuit (le coût de la notification des alertes aux autorités de santé publique doit être nul).
- c)-** Il est recommandé d'avoir un numéro unique pouvant être utilisé comme ligne directe facile à retenir pour effectuer des notifications. Le même numéro peut être utilisé pour l'assistance téléphonique, l'envoi de SMS et les réseaux sociaux afin d'éviter toute confusion. Par exemple, si le numéro de la ligne d'assistance téléphonique est le 499, le même numéro devrait pouvoir servir pour l'envoi de SMS ou de messages par Facebook Messenger.
- d)-** Les résidents de la collectivité doivent être motivés à notifier eux-mêmes les événements susceptibles d'avoir une incidence sur la santé de la population, y compris les événements émergents de santé publique ou les flambées.

**e)-** Diffuser le numéro de la ligne d'assistance téléphonique par des actions de plaidoyer, par le biais des autorités sanitaires, des bénévoles en santé communautaire, des organisations non gouvernementales, des chefs religieux et autres, ou des écoles, et faire de la publicité dans les langues locales à la télévision, à la radio et dans les journaux.

**f)-** Développer un partenariat avec les entreprises de communication qui peuvent diffuser le numéro de la ligne d'assistance téléphonique par des messages de test à leurs clients. Les messages envoyés doivent comprendre l'objet de la surveillance des événements, l'importance de notifier immédiatement les alertes et la façon dont les alertes peuvent être signalées.

**g)-** Former une équipe d'employés pour faire fonctionner la ligne d'assistance téléphonique de la surveillance des événements 24 heures sur 24 afin de répondre aux appels ou de demander des informations à la communauté.

- **Méthodologie de l'appel**

**a)-** La personne qui répond à l'appel doit commencer par remercier son interlocuteur d'avoir pris l'initiative de notifier au ministère de la Santé ou à tout autre ministère hébergeant la ligne d'assistance téléphonique des événements potentiels de santé publique préoccupants.

**b)-** Ensuite, l'employé doit poser une série de questions préparées, sur le modèle des questions posées dans le registre des alertes.

**c)-** L'appel doit être conclu en remerciant l'appelant pour sa disponibilité, sa patience et son attitude proactive.

**d)-** L'employé doit consigner directement dans le registre approprié les alertes qui correspondent à la liste prédéfinie des alertes.

**e)-** Les informateurs doivent être rappelés dès que possible au cas où un appel est interrompu ou déconnecté, ou si les appels sont effectués pendant que la personne chargée de répondre est occupée ; cela permettra de s'assurer que toutes les alertes sont recueillies.

- **Méthodologie de la messagerie**

**a)**- Une fois qu'un message est reçu par SMS ou par les réseaux sociaux, un message automatique instantané doit saluer l'expéditeur, le remercier et lui indiquer qu'un opérateur le contactera.

**b)**- Des questions ou des répondeurs automatiques peuvent permettre de recueillir des renseignements auprès de l'expéditeur.

**c)**- Les données doivent être enregistrées directement dans le journal des alertes selon la liste prédéfinie des alertes du pays.

**d)**- Des informations sur l'expéditeur doivent être collectées pour une communication ultérieure et des détails sur les alertes notifiées. Un appel direct à l'expéditeur peut être nécessaire si davantage d'informations sont requises.

***NB : Des lignes d'assistance téléphonique doivent être mises en place aux niveaux national, régional ou provincial et des districts.***

**a)**- Au niveau national : la ligne d'assistance téléphonique peut être mise en place au Centre national d'opérations pour les situations d'urgence de santé publique (PHEOC) afin de recueillir et d'enregistrer les alertes provenant de l'ensemble du pays.

**b)**- Aux niveaux régional ou provincial et des districts : la ligne d'assistance téléphonique peut être mise en place dans les locaux des autorités sanitaires régionales ou provinciales ou au centre régional ou provincial d'opérations pour les situations d'urgence de santé publique, s'il y a lieu, pour recueillir et enregistrer les alertes de la région ou de la province.

**c)**- Au niveau des districts : la ligne d'assistance téléphonique peut être mise en place dans les locaux de l'autorité sanitaire du district pour recueillir et enregistrer les alertes provenant du district, y compris ceux des établissements de santé et des points focaux communautaires.

**B. Mettre en place un centre d'analyse des médias**

**a)**- Les médias sont des canaux de communication générale au sein d'une population et servent d'outils de collecte utilisés pour stocker et diffuser des informations ou des données. Il s'agit par exemple des journaux, des magazines, de la télévision, de la radio, des bulletins d'information et d'autres formes imprimées de communication, ainsi que des sources électroniques ou en ligne.

- b)-** L'analyse des médias est un processus actif qui doit être réalisé en utilisant différents moyens.
- c)-** Il est recommandé d'effectuer l'analyse des médias au niveau national.
- d)-** Il convient de former le personnel de santé à l'analyse régulière des médias, par exemple tous les jours.
- e)-** Les sources d'analyse des médias peuvent être officielles et non officielles.

### **Sources médiatiques officielles :**

NB : les alertes détectées à partir de sources officielles sont fiables et ne nécessitent de vérification supplémentaire.

Exemples de sources médiatiques officielles :

- Sites Web du secteur public, y compris ceux des ministères de la Santé, de l'Agriculture, de l'Environnement, des Affaires étrangères, etc. ;
- Sites Web d'organismes officiels tels que les universités et les centres de recherche reconnus à l'échelle internationale ;
- Sites Web officiels de l'OMS pour l'alerte rapide, par exemple le site OMS d'information sur les événements pour les points focaux nationaux du RSI, une plateforme sécurisée accessible uniquement aux points focaux nationaux ;
- Bulletin d'information sur les flambées épidémiques de l'OMS ;
- Sites Web des bureaux régionaux de l'OMS, par exemple AFRO, EMRO EURO, SEARO, WPRO, OPS ;
- Sites Web consacrés à des maladies spécifiques, par exemple le système mondial de surveillance de la grippe et de riposte.

### **Sources médiatiques non officielles :**

NB : les alertes détectées par ces sources ne sont pas fiables et doivent être vérifiées.

Exemples de sources médiatiques non officielles :

- Journaux et magazines ;
- Contenu en ligne des chaînes de télévision et de radio ;
- Réseaux sociaux, par exemple Facebook, Twitter ;
- Sites Web non officiels tels que ProMED, le Réseau mondial d'information en santé publique, HealthMap, MEDISYS, etc.

## Étape 2 : Détection des alertes

- a)- La détection des alertes est le processus de collecte d'informations sur les événements de santé publique potentiels signalés à la ligne d'assistance téléphonique.
- b)- Le grand public peut communiquer avec le service d'assistance téléphonique par téléphone, par SMS, par messagerie instantanée sur les réseaux sociaux ou par discussion en ligne.
- c)- L'équipe du service d'assistance téléphonique doit filtrer les notifications reçues des appelants afin de déterminer quelles alertes sont valides.
- d)- Une liste d'alertes élaborée par les autorités nationales de santé publique doit être fournie aux opérateurs du service d'assistance téléphonique ou aux personnes chargées de répondre au public, afin qu'ils puissent continuer à enregistrer les alertes.
- e)- L'opérateur doit enregistrer les alertes valides dans un registre prévu à cet effet.
- f)- Les alertes peuvent également être détectées par analyse manuelle ou automatisée des médias.

### Exemples d'alertes prédéterminées :

Code	Alertes à notifier
01	Deux personnes ou plus souffrant d'une maladie grave similaire dans le même milieu (ménage, lieu de travail, école, rue, par exemple) en une semaine
02	Grand nombre inexpliqué de décès de volailles, de bétail, d'autres animaux domestiques ou d'animaux sauvages
03	Maladie grave d'un travailleur de la santé après exposition à des patients présentant des symptômes similaires
04	Un ou plusieurs patients hospitalisés souffrant d'une maladie grave inexpliquée, y compris l'absence de réponse au traitement standard

### Étape 3 : Enregistrement des alertes de la surveillance des événements

a)- Les alertes qui sont recueillies à partir des médias et des lignes d'assistance téléphonique, et qui correspondent à la liste prédéfinie des alertes doivent être enregistrées dans un registre prévu à cet effet. Voir un échantillon de registre d'alertes pour les lignes d'assistance téléphonique ou l'analyse des médias à la page suivante.

b)- Chaque alerte recueillie doit inclure des données sur la détection, le triage et la vérification de l'alerte, jusqu'à la riposte.

c)- L'enregistrement de l'alerte doit inclure l'ensemble minimal de données pour le suivi des alertes, par exemple :

- Source ou informateur : nom, numéro de téléphone de la personne à contacter, date et heure de l'appel ou de la détection ;
- Alerte : quand c'est arrivé, qui a été affecté (cas, décès) et où cela commence et se propage ;
- Suivi de l'alerte : triage, vérification, évaluation des risques et riposte.

**Modèle de registre d'alertes pour les lignes d'assistance téléphonique ou l'analyse des médias** **REGISTRE D'ALERTES POUR LES LIGNES D'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE OU L'ANALYSE DES MÉDIAS**

*[NB : Il doit être rempli par l'agent chargé de répondre aux appels ou d'analyser les médias]*

Variables	Riposte
<b>1. Source d'information :</b>	
a) Source : CBS, HEBS, analyse des médias, ligne d'assistance téléphonique (la catégorisation peut être plus poussée)	
b) Informations sur l'auteur de la notification : employé de l'équipe nationale, bénévole en santé communautaire, travailleur de la santé, etc.	
c) Date et heure de la détection/réception de l'alerte (JJ/MM/AAAA et HH:MM)	__ __/__ __/__ __ __ __ __ __: __ __
d) Référence/contact : lien, nom et numéro de téléphone de la personne à contacter	
<b>2. Informations sur l'alerte :</b>	
a) Type d'alerte : humaine, animale, environnementale	
b) Alerte : tirée de la liste des alertes du pays	
c) Localisation : détails sur la localisation, qui peut suivre les niveaux administratifs	
d) Date de début : quand cela a-t-il commencé ?	
e) Cas : nombre de cas	
f) Décès : nombre de décès	
g) Description : texte narratif pour toute information supplémentaire, y compris toute activité de riposte (menée par la communauté, l'autorité sanitaire ou quelqu'un d'autre)	

<b>3. Activités de suivi</b>	
a) Suivi : rejeter, surveiller, vérifier Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	__ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ : __ __
b) Envoyé pour vérification : oui/non Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	__ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ : __ __
c) Vérifié : oui/non Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	__ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ : __ __
d) Évaluation des risques : très faible/faible/modéré/élevé/très élevé	
e) Envoyé pour riposte : oui/non Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	__ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ : __ __
f) État de la riposte : non commencée ; en cours ; achevée Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	__ __ / __ __ / __ __ __ __ __ __ : __ __

#### **Étape 4 : Effectuer le triage des alertes de la surveillance des événements**

Effectuer l'évaluation des alertes à des fins de vérification

- a)- Si l'alerte correspond à l'une des alertes prioritaires pour le pays, elle doit immédiatement être vérifiée.
- b)- Si l'alerte est définie de façon générique, par exemple un événement inhabituel pouvant constituer une menace pour la santé publique, un spécialiste ou un chef d'équipe qualifié en santé publique doit l'évaluer pour décider s'il faut la rejeter ou procéder à une vérification.

#### **Étape 5 : Effectuer la vérification des alertes de surveillance des événements**

- a)- La vérification est une étape essentielle pour confirmer la validité des alertes recueillies et doit être effectuée par des experts en la matière, par exemple des spécialistes en santé publique.
- b)- La vérification doit être effectuée au niveau local le plus proche de la localisation de l'alerte.
- c)- Si l'alerte est détectée au niveau national, elle est notifiée au point focal de la région ou de la province (équipe sanitaire régionale ou provinciale) où elle a été détectée, par appel téléphonique, SMS, courrier électronique, etc.
- d)- L'équipe sanitaire régionale ou provinciale avise ensuite l'équipe sanitaire de district concernée.
- e)- Une équipe de santé de district formée avec l'appui d'experts régionaux ou nationaux doit effectuer la vérification des alertes.

- f)** Toutes les alertes doivent être vérifiées dans les 24 heures.
- g)** Dès lors qu'une alerte est vérifiée et nécessite une action, elle est considérée comme un événement.
- h)** L'équipe sanitaire de district, avec l'appui d'experts régionaux ou nationaux, doit rapidement commencer les enquêtes en recueillant davantage d'informations sur le terrain (examens physiques, prélèvements d'échantillons de laboratoire, etc.) en utilisant les formulaires d'enquête existants sur les cas où les événements de la SIMR.
- i)** Les événements confirmés qui répondent à la définition de cas standard doivent être consignés par l'équipe de santé de district concernée dans le système de surveillance basée sur les indicateurs et signalés au niveau suivant du système de santé, c'est-à-dire au moyen des outils de collecte de données existants et en suivant les procédures de notification de la SIMR (voir la section 2 de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).

#### **Étape 6 : Procéder à l'évaluation et à la caractérisation des risques**

- a)** Une fois qu'une alerte est vérifiée et confirmée en tant qu'événement, l'évaluation des risques commence.
- L'évaluation des risques est un processus systématique et continu de collecte, d'évaluation et de documentation de l'information qui sert de fondement aux mesures de gestion et de réduction des conséquences négatives d'un événement aigu de santé publique.
- b)** La première évaluation des risques d'un événement doit avoir lieu dans les 48 heures suivant la détection d'une ou de plusieurs alertes.
- c)** L'équipe nationale doit diriger l'évaluation des risques avec les équipes sanitaires de la région ou de la province et du district concernés.
- d)** Chaque évaluation est un processus par lequel les informations disponibles sur un événement réel sont analysées et un jugement est porté sur la question de savoir si ledit événement présente un risque immédiat pour la santé publique. Dans ce cas, une évaluation complète des risques est effectuée (voir la section 4 de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).

- Dans le cas des alertes dont la véracité a été démontrée, mais qui ne constituent pas une menace immédiate pour la population, l'équipe doit suivre l'événement et entreprendre des évaluations des risques lorsque de nouvelles informations sont disponibles.

### **3. II -Étapes de la mise en place de la surveillance des événements au niveau du district**

**a)-** Les étapes de la mise en place de la surveillance des événements au niveau du district sont les mêmes qu'au niveau national.

**b)-** Cependant, les autorités sanitaires de district reçoivent principalement des informations relatives à la surveillance des événements sous la forme d'alertes provenant essentiellement des établissements de santé et des communautés par le biais d'appels téléphoniques, de SMS et de messages WhatsApp.

**c)-** Recevoir et documenter les notifications d'alertes :

- enregistrer les informations orales ou écrites des établissements de santé et des communautés sur les foyers suspectés, les rumeurs, les événements ou les alertes inexplicables dans le journal du district consacré aux foyers présumés (voir la section 4, annexe 4A de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).

**d)-** L'équipe sanitaire de district doit remplir les fonctions suivantes : triage, vérification et évaluation des risques.

#### **e)- Trier les alertes**

- Lorsque l'équipe sanitaire de district reçoit des informations sur une alerte notifiée, elle doit procéder au triage en posant les questions suivantes :
- Les informations communiquées sont-elles de nature à justifier une alerte précoce ? (En d'autres termes, cette alerte pourrait-elle constituer un véritable événement de santé publique ?)
- Cette alerte a-t-elle déjà été notifiée ? (En clair, s'agit-il d'un doublon ?)
  - Le triage peut se faire en personne sur le terrain, par SMS ou par téléphone.
  - Après le triage :
  - Si la notification n'est pas pertinente ou s'il s'agit d'un doublon, elle peut être rejetée. Aucune autre mesure n'est nécessaire.
  - Si l'alerte doit être rejetée, communiquer les informations suivantes aux points focaux de la surveillance des événements sanitaires qui ont notifié l'alerte :

- qu'ils continuent de suivre la situation et informent le district si la situation change et qu'une alerte se fait jour ;
- ce n'est pas grave s'ils ont notifié une alerte qui s'est révélée fausse, qu'ils continuent de notifier les alertes lorsqu'ils en détectent.
- Si l'alerte est pertinente et ne constitue pas un doublon, elle doit être vérifiée par l'équipe sanitaire du district qui a reçu l'information.

#### **f)- Vérifier les alertes**

- L'équipe sanitaire de district doit vérifier toutes les alertes triées qui relèvent de la surveillance des événements.
- L'équipe sanitaire de district qui reçoit des alertes des formations sanitaires et des communautés doit également vérifier ces alertes avant qu'elles ne soient considérées comme des événements.
- La vérification consiste à déterminer si une alerte est valide (c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une fausse alerte ou d'une fausse rumeur), fiable et correspond à au moins une des alertes prédéfinies pour la mise en œuvre de la surveillance des événements.
- Les critères de vérification peuvent comprendre des questions à poser aux personnes qui ont notifié l'alerte pour s'assurer qu'elles l'ont bien comprise, que l'alerte a été confirmée ou non par au moins deux sources différentes, ou que l'alerte a été notifiée par une personne ayant autorité médicale (par exemple un vétérinaire, un médecin ou un assistant de laboratoire).
- Pour effectuer la vérification, l'équipe sanitaire de district posera des questions à la personne ayant notifié l'alerte, et éventuellement à d'autres personnes. Il peut s'agir du patient, de sa famille et de ses amis ou d'autres membres de la communauté.
- La vérification peut se faire en personne, par visite sur le terrain ou par téléphone.
- Utiliser l'outil de vérification de la surveillance des événements ; voir un exemple à la page suivante.

- Le résultat de la vérification est la confirmation que l'alerte est vraie ou fausse. Une fois l'alerte vérifiée, elle devient un événement.
  - Après la vérification :
  - Si l'alerte est considérée comme un événement de santé publique, elle est immédiatement notifiée à la région ou à la province.
  - Si l'alerte n'est pas considérée comme un événement de santé publique, la situation sera surveillée pour s'assurer qu'elle ne le devienne pas.
  - Enregistrer les événements confirmés dans les outils et les plateformes de collecte de données de la SIMR existants et les notifier au niveau suivant (voir la section 2 de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).
- g)-** Effectuer une évaluation des risques conformément aux orientations nationales.

### **Exemple de surveillance des événements : outil de vérification**

Lorsqu'une alerte est notifiée par un point focal de la surveillance communautaire ou un établissement de santé, l'équipe sanitaire de district doit utiliser cet outil pour vérifier si l'alerte est VRAIE ou FAUSSE.

Le processus de vérification des alertes doit répondre à trois questions principales :

- a) La notification est-elle exacte (c'est-à-dire vraie) ?
- b) L'information a-t-elle été communiquée par une ou plusieurs sources fiables ?
- c) La notification répond-elle aux critères d'une ou de plusieurs alertes ?

### **3. III- Étapes à suivre pour la surveillance des événements au niveau des établissements de santé**

Les étapes consistent à prendre en compte les éléments importants suivants :

- a)-** La surveillance basée sur les indicateurs dans les établissements de santé englobe la déclaration immédiate, hebdomadaire ou mensuelle d'une liste prédéterminée de maladies sur la base des définitions de cas.
- b)-** La surveillance des événements dans les établissements de santé forme les cliniciens, les infirmières et les autres professionnels de la santé concernés à notifier des alertes de tableaux de morbidité, tels qu'un groupe de maladies et n'est pas spécifique à une maladie.
- c)-** La surveillance des événements peut permettre la détection de menaces émergentes ou ré émergentes pour la santé publique parce qu'elle n'est pas spécifique à une maladie, qu'elle nécessite une notification immédiate et qu'elle est très sensible et très large.
- d)-** De plus, étant donné que la notification n'exige pas de résultat de laboratoire et repose sur l'expérience des cliniciens, la surveillance des événements est plus pratique et relativement simple à mettre en place et à maintenir.
- e)-** Les établissements de santé doivent participer à la fois à la surveillance basée sur les indicateurs et à la surveillance des événements puisque les deux se complètent et permettent la détection précoce des maladies, des affections et des événements.

#### **Étape 1 : Détection des alertes**

- a)-** Sélectionner et former les points focaux de la surveillance des événements dans les établissements de santé : les points focaux de la surveillance présents dans les établissements de santé peuvent être formés pour jouer ce rôle.
- b)-** Les points focaux de la surveillance des événements dans les établissements de santé doivent demander aux autres membres du personnel de les informer immédiatement lorsqu'ils voient ou entendent parler d'une alerte dans leur lieu de travail.

c)- Les professionnels de santé, y compris les cliniciens, les infirmières et les agents de lutte contre les infections, doivent être sensibilisés pour reconnaître les alertes et les notifier immédiatement.

d)- Détecter une alerte signifie identifier ou suspecter la présence d'une alerte prédéterminée par les autorités nationales de santé publique.

**e)- Exemples d'alertes de la surveillance des événements dans les établissements de santé :**

<b>Code</b>	<b>Alertes de la surveillance des événements dans les établissements de santé devant être notifiées</b>
<b>01</b>	Toute maladie grave observée chez le personnel de santé après qu'il a soigné un patient atteint d'une maladie similaire
<b>02</b>	Augmentation importante et soudaine du nombre d'hospitalisations pour toute maladie grave du même type
<b>03</b>	Toute maladie grave, inhabituelle et inexplicable, y compris l'absence de réponse au traitement standard
<b>04</b>	Usage accru d'un médicament en particulier

### **Étape 2 : Notification des alertes**

a)- La notification des alertes implique de communiquer avec un ou plusieurs points focaux de la surveillance des événements dans les établissements de santé qui entendent notifier immédiatement l'équipe de district.

b)- Cette notification peut se faire par téléphone, par SMS ou en personne, mais elle doit se faire immédiatement : le jour même et le plus tôt possible.

### **Étape 3 : Triage et vérification**

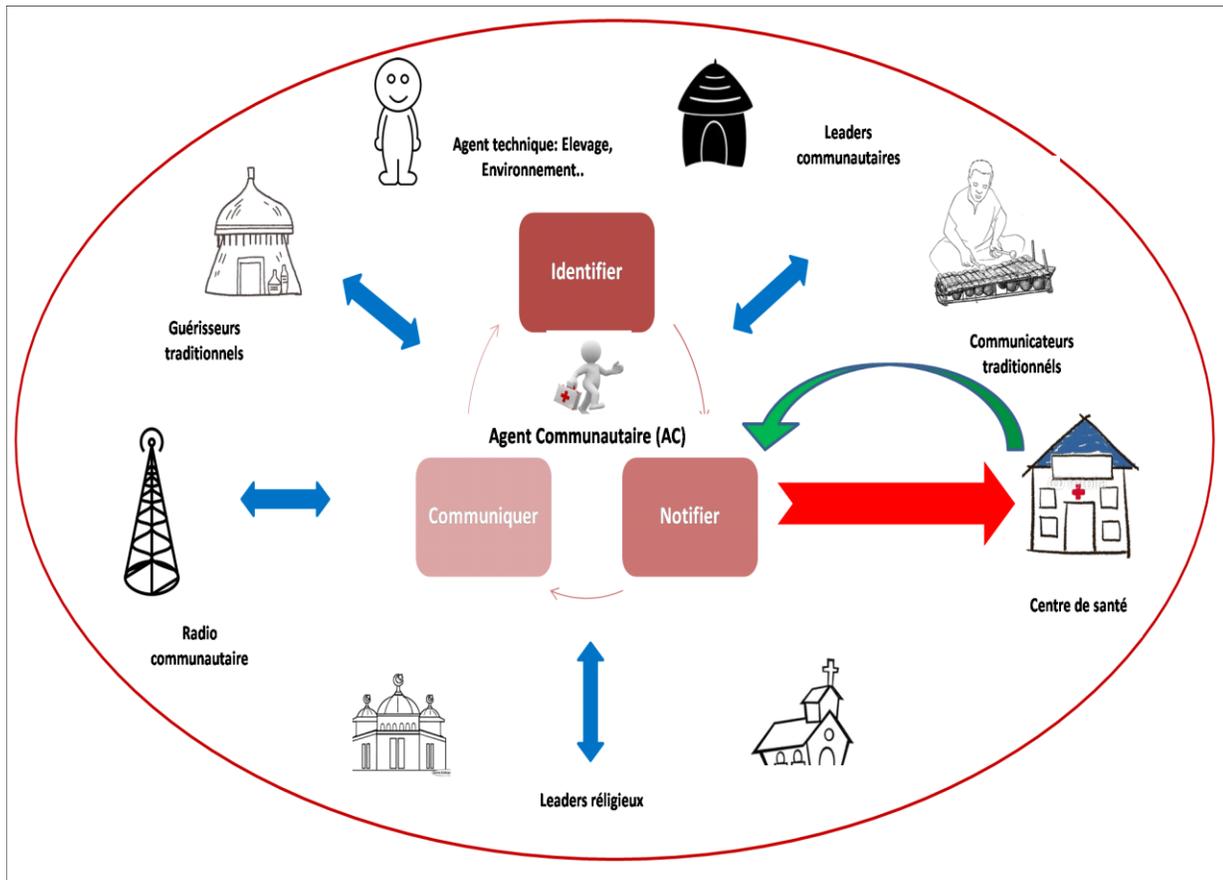
a)- L'équipe de santé de district, dès réception de la notification des alertes, doit toutes les trier et les vérifier dans les 24 heures suivant leur détection à l'aide de l'outil de vérification.

b)- En cas d'événement réel, des enquêtes et des mesures de riposte sont immédiatement mises en œuvre en fonction des structures existantes de la SIMR.

c)- L'équipe de district doit tenir régulièrement informés de la situation les établissements de santé effectuant des notifications.

#### 4-Rôles des Agents Communautaires (AC)

Dans le cadre de la surveillance à base communautaire, l'AC a principalement trois (03) rôles : Identifier, notifier et Communiquer.



#### IDENTIFIER les alertes dans la communauté :

- Reconnaître les signes et symptômes correspondant à la définition de cas à base communautaire, et autres événements sous surveillance ;
- Vérifier la conformité avec la définition des cas de maladies sous surveillance ;
- Remplir correctement le registre de notification de cas. ;

## **NOTIFIER l'alerte au superviseur de proximité**

- Transmettre le plus rapidement possible l'information au superviseur de proximité ;
- Faire un point hebdomadaire de ses activités au superviseur de proximité (même en l'absence de cas détecté)
- **COMMUNIQUER avec la communauté**
- Développer l'écoute active dans les communautés ;
- Etablir des liens de confiance avec le réseau des informateurs clés de la communauté (les guérisseurs, les autorités locales, les leaders religieux, les accoucheuses traditionnelles, les crieurs publics, les organisations communautaire de base, Agents techniques Elevage... etc.) Conseiller/orienter les familles et/ou les malades à l'utilisation des services de santé ;
- Organiser les causeries éducatives, les visites à domicile et d'autres activités de sensibilisation pour discuter sur les évènements de santé ;
- Donner les informations exactes pour prévenir ou gérer les rumeurs et les réticences ;
- Assurer la retro information aux communautés

## CHAP VIII.: QUALITE DES SOINS ET SERVICES

### VIII.1 QUALITE DES SOINS

#### **La définition de la qualité :**

La qualité est l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions que l'on sait sûre et qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité et la morbidité, l'invalidité et la malnutrition en fonction des besoins du client (M.I. Roemer et C Montoya Aguilar, OMS1988).

Selon l'OMS, la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, à moindre risques iatrogènes et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, des résultats et des contacts humains à l'intérieur du système de soins. Qui fait quoi et comment, quels outils utilisés.

D'après Hervé LAFARGE, la qualité des soins est définie comme suit <sup>58</sup> : « les soins sont dits de qualité lorsque les facteurs de production (matériels, compétences, produits utilisés) ; les processus d'offre des soins et les résultats obtenus sont conformes aux normes professionnelles et satisfont les consommateurs de soins ».

**La globalité :** les soins sont globaux lorsqu'ils tiennent compte de toutes les dimensions de l'individu : non seulement biologiques ou organiques, mais aussi psychologiques, culturelles, sociales, économiques et environnementales.

**La continuité :** les soins sont continus lorsque le patient est effectivement pris en charge sans interruption jusqu' à la fin de l'épisode de sa maladie (y compris la référence et contre référence). Le suivi de l'efficacité des soins se mesure par l'évaluation périodiquement les patients, comme dans les maladies chroniques, la TB, l'hypertension, le diabète, le HIV-SIDA..., ou comme les consultations prénatales ou les consultations de planification familiale.

**L'intégration :** les soins sont intégrés si, pour chaque individu, ils sont coordonnés au sein d'une même unité et à tous les niveaux des soins : curatifs (y compris les soins mentaux et les maladies chroniques), préventifs, de surveillance, de réhabilitation, etc..

---

<sup>58</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; Référentiel des normes de qualité des soins offerts à différents niveaux du réseau des soins dans le District Sanitaire au Burundi, Mai 2019

**La compétence technique du prestataire :** elle englobe d'une part les connaissances cliniques, les attitudes humaines et relationnelles, le sens du respect et de la confidentialité, la capacité d'écouter et ensuite de trancher, la manière empathique de communiquer. D'autre part la compétence requiert l'aptitude à gérer une équipe, former des collègues, superviser des activités de son équipe, enfin résoudre les problèmes dans des situations précaires et difficiles.

**La performance :** est le résultat des compétences individuelles des soignants (exécution effective des tâches conformément aux normes) et gestionnaires, mais aussi d'un environnement favorable à performer (les moyens nécessaires, le capital social, la motivation personnelle, l'esprit d'équipe, le soutien de partenaires etc.).

**L'environnement de la formation sanitaire :** sécurité physique, la capacité d'accueil, l'accès facile à la FOSA, hygiène et assainissement tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la FOSA, la suffisance de bancs ou de chaises, la peinture des murs, l'ordre du rangement des documents, la propreté des instruments...

**Innocuité et sécurité des patients et des soignants :** diminuer autant que possible les risques et effets secondaires des soins, des produits et consommables médicaux

**Efficience :** l'atteinte du meilleur résultat au coût le plus rationnel y compris le temps

**Efficacité :** l'atteinte du résultat désiré

## **2. Les critères de la qualité des services :**

**L'accessibilité** des services se mesure par la distance à parcourir (géographie), les moyens et le coût de transport, les tarifs des prestations (capacité et volonté des familles à payer), le temps d'attente pour recevoir des soins.

**La disponibilité des services :** si le personnel et l'ensemble des services définis par les normes existent (préventifs, curatifs, médicaments,)

**La permanence** des services se mesure à la disponibilité des services 24h/24 et 7 jours sur 7 au système de garde et de permanence à la motivation des agents, à la disponibilité des matériels et médicaments.

**La polyvalence** des services se mesure à la formation initiale des agents (infirmier, médecin généraliste), au système de rotation du personnel aux différentes activités, à la formation continue des soignants et du personnel administratif.

## VIII.2 ASSURANCE QUALITE DES SOINS

La recherche de la qualité des soins ou « Assurance de la qualité des soins (AQS) » est l'ensemble des activités réalisées pour atteindre des normes et pour suivre et améliorer la performance des soins aussi efficace et sûre que possible. C'est un processus sensible, dynamique, consensuel, multidisciplinaire et multisectoriel de recherche constante de la qualité des prestations de soins et services. C'est aussi une approche systématique qui permet aux individus et aux équipes de réaliser l'importance de l'excellence. Ici, les soins et services sont intimement liés.

### ○ Bases conceptuelles de la qualité des soins

L'évaluation de la qualité des soins, sur base des normes et standards prédéfinis fait intervenir deux catégories de personnes : les professionnels de santé et les patients ou bénéficiaires. Ainsi, la qualité des soins peut être considérée comme la résultante consensuelle des points de vue de ces deux parties.

On distingue 4 sous types de qualité en rapport avec les attentes de chaque partie :

**La qualité voulue** (ou spécifiée) : Elle est formulée en termes de critères explicites à partir desquelles il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;

**La qualité attendue** (par les patients), elle se construit autour de leurs besoins de santé mais aussi de leurs expériences antérieures dans le système de soins ;

**La qualité délivrée** : C'est celle reçue réellement par les patients

**La qualité ressentie** : Elle correspond à la qualité qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de celle délivrée.

## VIII.3 LA GESTION DES DECHETS

### VIII.3.1 Définition

Les déchets des soins médicaux comprennent tous les déchets produits par les activités médicales. Ils embrassent des activités de diagnostique aussi bien que des traitements préventifs, curatifs et palliatifs dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire. En d'autres termes sont considérés comme déchets de soins médicaux tous les déchets produits par des institutions médicales (publiques ou privés, un établissement de recherche ou laboratoire), source : Programme des NU pour l'environnement et l'OMS.

### VIII.3.2 Classification des déchets biomédicaux

On peut classer les déchets en 2 catégories :

- **Les déchets ménagers** : les ordures ménagères, les emballages, les papiers et autres objets administratifs, les outils divers, les restes de la cuisine et du jardin...Ils représentent environ 80% de la totalité des déchets.
- **Les déchets médicaux** sous divisés en déchets infectieux, biologiques, objets piquants et/ou tranchants, chimiques, pharmaceutiques, radioactifs, et les conteneurs pressurisés. Ils représentent environ les autres 20% de la totalité des déchets.
  - Les déchets infectieux sont issus des pansements, des excréments de malades, de tissus ayant été en contact avec des germes contagieux.
  - Les déchets biologiques sont issus de membres amputés ou autres parties du corps, des cadavres, des fœtus et placenta, des liquides physiologiques (sang, salive, bile).
  - Les déchets piquants et /ou tranchants sont les lames de bistouri, les aiguilles et seringues, mandrins et cathéters...
  - Les déchets chimiques sont issus de réactifs de labo, des radios et solvants, mercure des thermomètres, produits qui fixent les radiographies, colorants...Le mercure et l'arsenic sont des métaux lourds qui sont reconnus comme dangereux pour la santé.
  - Les déchets pharmaceutiques sont les médicaments périmés, les flacons et autres emballages des médicaments, les vaccins et tous les excréta (urine et selles) de patients qui sont traités avec ces médicaments.
  - Les déchets radioactifs sont issus des solides, liquides et gazeux de la radiothérapie (troisième niveau de référence), les seringues, les gants et tous autres objets ou liquides corporels qui ont été de près ou de loin en contact avec des rayonnements et rayons radioactifs.
  - Les conteneurs pressurisés sont les aérosols de médicaments et cylindres à gaz.

### VIII.3.2 Gestion des déchets

L'objectif principal de la gestion des déchets est d'éviter les risques de contamination de maladies en contact des déchets.

Les personnes qui sont les plus vulnérables sont bien sur les éboueurs (personnes en charge de ramasser les déchets ménagères), le personnel de santé, le personnel de maintenance, les personnes qui visitent les malades, les enfants qui fouinent dans les déchets dans les quartiers pauvres et pendant les visites dans les formations sanitaires.

Les objets tranchants sont particulièrement pour les enfants causant des plaies virtuellement infectées. De surcroît par les déchets non collectés, des quartiers entiers se polluent, les insectes se multiplient (mouches, moustiques), des rats et des chiens errants risquent de transmettre des maladies par leur contact avec des liquides et excréta contaminés et infectés, du sang souillé.

L'incinération peut aussi par émanation de ses combustions causer la pollution de l'air extérieur. Les risques de radiation sont liés aux produits radioactifs dans les hôpitaux de seconde et troisième référence.

### **VIII.3.2.1 Les mesures préalables pour la gestion des déchets**

Tant l'équipe du CdS que de l'HD doivent faire un plan de gestion des déchets, désigner un responsable de l'équipe, écrire des bonnes pratiques à afficher au mur et à la vue des patients, être inventifs à utiliser des moyens de collecte comme des flacons de perfusion vides ou bouchons de médicaments à fixer aux murs des couloirs ou salles de soins afin de collecter immédiatement après utilisation les aiguilles, lames de bistouri, seringues vides, cathéters et tout autre objet coupant ou tranchant. Ce sujet de la gestion des déchets se discute aussi avec le COSA car la gestion des déchets doit s'intégrer dans les soins préventifs et promotionnels.

### **VIII.3.2.2 Les processus de la gestion des déchets**

Les processus de la gestion des déchets sont : le tri, le conditionnement, la collecte, les transports et l'élimination. Il est important de noter que les étapes successives du processus soient respectées du début à la fin, chaque étape ayant une égale importance.

- Un bon moyen de bien **trier** est de jeter les objets divers dans des boîtes, bouchons ou seaux, poubelles de différentes couleurs.
- Ensuite il faut **adapter le type de déchets à la nature de danger du déchet**. Les objets tranchants et piquants sont mis dans des bouchons et non des sacs, les ordures ménagères sont mises dans des sacs à poubelle (couleurs différentes selon la nature des ordures, plastique ou déchets organiques), les déchets biologiques sont enfouis sous terre ou dans des sacs spéciaux solidement plastifiés.
- **La collecte** se fait par des camions qui viennent collecter et doivent (ce n'est hélas pas souvent le cas) jeter les conditionnements dans des containers.
- **Le transport** se fait par camions ou véhicules et il est très important que des déchets bien triés et collectés ne soient pas à nouveau mélangés lors du transport, tout effort précédant le transport devenant inutile.

- **Le traitement et l'élimination** : il existe 4 types de traitement : la désinfection, l'encapsulation, l'enfouissement, l'incinération.
- La désinfection se fait en trempant les outils et objets déchets dans l'eau de javel.
- L'encapsulation se pratique en jetant du plâtre dans des bocalux qui contiennent des déchets.
- L'enfouissement se fait en mettant les déchets sous minimum 1m de terre et de la couvrir par des grillages pour éviter les prédateurs à fouiner dans les déchets et devenir ainsi des vecteurs de transmission de maladies.
- L'incinération se pratique dans les petits incinérateurs des CdS ou les plus grands incinérateurs des HD. Là aussi il faut éduquer les équipes de soins et de maintenance à utiliser régulièrement cet incinérateur et en faire un élément de supervision et de performance de la formation sanitaire.
- Pendant les séances d'incinération les soignants et le responsable incinérateur de service doit avertir les gens qui sont dans les alentours à ne pas s'approcher ou se trouver dans le sens de la fumée de façon à éviter des inhalations toxiques.  
*NB : Une attention particulière est nécessaire pour traiter les effluents liquides. Ils peuvent contenir des micro-organismes pathogènes, des produits toxiques et éventuellement radioactifs. Ceux-ci doivent être traités en les neutralisant par des désinfectants comme l'eau de javel, les comprimés de chloramine. Jamais ils ne doivent être évacués dans les égouts, le long des routes ou dans les rues, dans les rivières ou cours d'eau ou la mer.*

## **CHAP IX : GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE**

### **IX.1.DEFINITION**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, un système d'information sanitaire se définit comme un processus <sup>59</sup>:

- de notification
  - de collecte (recueillir les données)
  - de traitement (analyse des données)
- et d'utilisation de l'information et des connaissances sur la santé pour influencer l'élaboration des politiques, et fournir des informations fiables aux décideurs pour l'exécution des programmes et la recherche.

Le système d'information sanitaire facilite donc la communication entre les différents échelons de la pyramide sanitaire par l'information et la rétro - information.

### **IX.2.GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION DU DISTRICT**

#### **IX.2.1 Gestion de l'information sanitaire au niveau de la communauté**

La direction du système national d'information sanitaire en collaboration avec la direction de promotion de la santé hygiène et assainissement s'est doté d'une stratégie sur le SIS communautaire en mettant en place les outils de collecte des données communautaire. Pour élaborer ces outils, la DSNIS s'est référée au document d'orientation du MSPLS : le document de normes sanitaire pour la mise en œuvre du PNDS II et le document d'orientation en matière de prise en charge communautaire intégrée (iCCM).

Chaque ASC sur sa sous colline doit disposer des outils de collecte des données et un rapport mensuel du GASC doit être produit à la fin du mois.

Dans le cadre du SIS Communautaire, les GASC sont chargés de la collecte et la transmission des données communautaires vers le CDS de son aire de responsabilité et exécutent les tâches qui sont développés dans le chapitre en rapport avec le paquet d'activités du GASC dans la gestion du système d'information sanitaire communautaire:

---

<sup>59</sup> MSPLS, Modules Santé plus: Module 7: Information sanitaire version 1-2007

### **IX.2.2 Centres de santé**

La personne responsable du système d'information sanitaire au niveau du Centre de santé est chargé de:

- Collecter les données épidémiologiques concernant les maladies ciblées par le système de surveillance épidémiologique dans son Aire de responsabilité.
- Communiquer régulièrement au District le nombre de cas de maladies et de cas de décès dans le cadre de la surveillance épidémiologique (notification quotidienne en cas d'épidémie, hebdomadaire pour les maladies à potentiel épidémique ou les rapports mensuels de routine)
- A la fin de chaque mois, le titulaire fait un rapport reflétant le fonctionnement du Centre de santé, les activités réalisées ainsi que des éléments de la situation sanitaire de son aire de responsabilité qui comprend :
  - ✓ Identification du centre de santé et caractéristiques de la population de l'aire de responsabilité
  - ✓ Activités curatives (consultations, hébergement, pathologies sous surveillance, SIDA/IST, analyses de laboratoire, cas référés à l'hôpital, cas reçus des autres formations sanitaires)
  - ✓ Activités concernant la santé de la mère et de l'enfant (CPN, accouchements, CoPN, PF, suivi de la croissance des nourrissons, cas référés à l'hôpital, vaccinations des enfants et des femmes en âge de procréer, administration de Vit A et du Fer)
  - ✓ Activités promotionnelles (éducation pour la santé, participation communautaire)
  - ✓ Gestion du personnel, des infrastructures, équipements et matériel, de la pharmacie (médicaments, vaccins et autres consommables) et des finances
  - ✓ Supervisions
  - ✓ Enregistrement des décès survenus au centre de santé ou à domicile
  - ✓ Autres (rumeurs....)

Au début de chaque année, le centre de santé doit faire un rapport annuel qui est la consolidation des rapports mensuels.

Le titulaire doit avoir à tout moment un tableau de bord qui lui permet de suivre les principaux indicateurs des activités menées au centre de santé.

L'équipe du centre de santé doit faire une analyse locale des données pour partager l'information avec toute l'équipe et prendre des décisions à son niveau pour améliorer les performances.

Le centre de santé doit disposer d'un système de classement et d'archivage pour disposer d'une base de données qu'on peut consulter à tout moment au besoin

## **IX.2.2 Hôpitaux**

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, les hôpitaux doivent faire des notifications journalières en cas d'épidémie, hebdomadaires pour les maladies à potentiel épidémique et les rapports mensuels de morbi-mortalité.

Au début de chaque mois, l'hôpital transmet un rapport mensuel qui comprend les éléments suivants :

1. Identification de l'hôpital et les caractéristiques de la population de l'aire d'action.
2. Effectifs détaillés des activités réalisées dans les différents services (chirurgie, gynéco obstétrique, médecine interne, pédiatrie, laboratoire, radiologie, échographie, endoscopie, ...)
3. Référence et contre référence
4. Morbidité et mortalité hospitalière
5. Approvisionnement en médicaments
6. Ressources financières (recettes, subsides, dépenses)

L'hôpital doit faire un rapport annuel qui est la consolidation des rapports mensuels.

Dans ces rapports, doivent figurer les différents taux qui reflètent le fonctionnement de l'hôpital.

Il s'agit notamment de :

1. Nombre de lits dressés : nombre de lits d'hébergements disponibles
2. Nombre potentiel de journées d'hospitalisation par année : nombre de lits dressés X 365
3. Nombre de journées d'hospitalisation par année : total du nombre de journées que tous les patients ont passées à l'hôpital
4. Nombre moyen de lits occupés par année : nombre de journées d'hospitalisation/365
5. Nombre d'admissions (ou de sorties) par année : nombre total de personnes admises par année pour hospitalisation (ou sorties de l'hospitalisation)
6. Taux d'occupation : Nombre moyen de lits occupés par année/nombre de lits dressés [ou nombre de journées d'hospitalisation par année/nombre moyen de lits occupés par année]
7. Séjour moyen : nombre de journées d'hospitalisation par année/nombre d'admissions par année
8. Taux de sorties : Nombre de sorties par année / nombre moyen de lits occupés par année

9. Intervalle de roulement : (nombre potentiel de journées d'hospitalisation par année - nombre de journées d'hospitalisation par année) / nombre d'admissions par année
10. Cycle de roulement moyen : Nombre potentiel de journées d'hospitalisation par année / nombre d'admissions par année [ou séjour moyen + intervalle de roulement]

Le Médecin Directeur de l'hôpital doit disposer d'un tableau de bord facile à consulter qui illustre le fonctionnement de l'hôpital par rapport aux objectifs fixés. L'hôpital doit avoir une base de données qui peut être disponible pour les utilisateurs intéressés.

### **IX.2.3 District sanitaire**

Au niveau du Bureau du district, c'est le Médecin Chef de District qui est responsable de l'information sanitaire. Il va répartir les tâches entre les différents membres de l'équipe cadre du district.

Le chargé du SIS va compiler les données saisies dans DHIS2 par les chargés du SIS au niveau des CDS, les consolider, les traiter et les mettre en forme. Il va les adresser au Médecin Chef de district qui en collaboration avec les membres de l'équipe cadre du district va les analyser, les interpréter, prendre des décisions y relatives à leur niveau, les transmettre au BPS, à la DSNIS et assurer la rétro information aux structures sanitaires du district.

### **IX.2.4 Activités du SIS du District**

1. Analyser les données recueillies (analyse des indicateurs + interprétation et discussion des résultats)
2. Evaluer les activités de surveillance épidémiologique et de réponses aux épidémies
3. Enregistrement des informations générales ayant une influence sur la santé de la population : hygiène et assainissement du milieu (latrines, compostière et distribution en eau potable), taux de scolarisation, mouvement des populations (émigrations, immigrations, déplacements intérieurs), informations sociodémographique....
4. Transcrire sur une carte sanitaire des informations : découpage sanitaire, activités sanitaires, épidémies, zones à risque d'insécurité alimentaire....
5. Elaborer un dossier pour chaque formation sanitaire regroupant l'ensemble des informations sanitaires et générales recueillies
6. Confectionner un rapport mensuel de l'état d'avancement du district, et un rapport annuel d'activités du district en ce qui concerne les données sanitaires.

7. Evaluer périodiquement le système d'information sanitaire (contrôle de la qualité de recueil des données, du traitement, de l'analyse et de la transmission)

Le bureau du district sanitaire doit disposer de :

1. un **tableau de bord** qui montre les éléments essentiels qui illustrent la situation sanitaire du district (population, structures sanitaires, indicateurs sanitaires,...)
2. une **base de données** qui est une collection plus détaillée des données du district. Cette base peut servir aux chercheurs, aux décideurs des politiques de santé, aux responsables des programmes de santé et aux autres utilisateurs intéressés.

### **IX.2.5 OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES**

Pour pouvoir effectuer convenablement une collecte de données, il importe de disposer des différents outils nécessaires qui sont bien conçus, adaptés aux besoins et en permanence disponibles. Il s'agit essentiellement de :

- ✓ Supports de collecte de données (formulaire, registres, canevas de rapports, ...)
- ✓ Equipement informatique pour la saisie et le traitement de données (ordinateurs et logiciels appropriés)
- ✓ Moyens de communication (téléphone fixe et/ou mobile, radiophonie, moyens de déplacement,)

Les structures de soins, les hôpitaux et centres de santé et la communauté, disposent de plusieurs outils servant de support pour la collecte de données.

En principe, dans la conception de ces outils de collecte, il faut veiller que chaque élément qui y figure va contribuer à la rédaction du rapport. Par exemple, tous les éléments recueillis dans le registre de consultation du centre de santé doivent contribuer dans la rédaction du rapport mensuel d'activités.

Au niveau communautaire, des centres de santé, les hôpitaux et du bureau du district, ils tiennent les registres, les fiches et autres outils différents selon le niveau.

### **IX.2.5.1 Communauté**

Au niveau de la communauté, ils tiennent les registres et les fiches suivants<sup>60</sup> :

- Registre de récupération des abandons et perdus de vue ;
- Registre de référence et contre référence ;
- Registre des cas traités ;
- Registre hygiène et assainissement ;
- Registre des séances de sensibilisation ;
- Registre des visites à domicile ;
- Registre événement survenu dans la communauté ;
- Registre de distribution à base communautaire ;
- Canevas de rapport mensuel du GASC.

### **IX.2.5.2 CENTRES de santé**

Dans les centres de santé, ils tiennent les registres et les fiches suivants :

- Registre d'accueil
- Registre standard des consultations curatives enfant
- Registre standard des consultations curatives adulte
- Registre standard de laboratoire
- Registre standard de planification familiale
- Registre standard de consultation prénatale
- Registre standard des accouchements
- Registre standard de consultation post natale
- Registre standard de vaccination des femmes non enceintes
- Registre standard de vaccination des enfants
- Registre de surveillance infantile
- Registre d'éducation pour la santé
- Registre standard de supervision et visites
- Registre des décès
- Registre SSN
- Registre jeunes et adolescents
- Registre de dépistage volontaire

---

<sup>60</sup> Outils standards du système d'information sanitaire communautaire validé

### **IX.2.5.3 Hôpitaux**

- Dans les hôpitaux, ils tiennent les registres et les fiches suivants :
- Registre d'accueil en consultation externe<sup>61</sup>
- Registre standard de consultations externes de l'hôpital
- Registre d'accueil en hospitalisation
- Registre standard entrée dans un service
- Registre des sorties du service
- Registre des actes
- Registre standard des examens
- Registre standard des accouchements
- Registre des actes
- Registre standard d'imagerie médicale
- Registre gynéco obstétrique
- Registre des accouchements
- Registre des transfusions
- Registre des banques de sang
- Registre des urgences
- Registres SST
- Registre CPN
- Registre PF
- Canevas de rapport dans les hôpitaux

Sur le plan informatique, ils se sont dotés d'ordinateurs (qui fonctionnent en réseau dans certains hôpitaux), de communication Internet et de logiciels appropriés à leur gestion.

En plus des logiciels de routine de traitement de textes (MS Word) et des tableurs (MS Excel) certains hôpitaux disposent de logiciels appropriés à leurs activités comme :

- Logiciel de facturation des hospitalisés et des ambulants
- Logiciel de paie et de gestion des ressources humaines
- Logiciel de gestion de stocks et de produits pharmaceutiques
- Logiciel de comptabilité

Pour se conformer aux dispositions des textes législatifs et réglementaires qui régissent les hôpitaux à gestion autonome, d'autres outils sont utilisés pour la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et des médicaments.

---

<sup>61</sup> Outils standards de collecte du système d'information sanitaire validé

a) **Pour la gestion des ressources humaines**

- Registre des présences
- Planification des congés
- Billets de sortie
- Documents officiels des congés

b) **Pour la gestion des médicaments**

- Acquisition
  - Demandes d'approvisionnement par la pharmacie
  - Dossiers d'appel d'offres
  - Bons de commande, lettres de commande
  - Bons de livraison
  - Bons de réception
  - Bon d'entrée en magasin
  
- Stockage
  - Fiches de stock
  - Feuille de consommation journalière
  - Procès-verbaux d'inventaire
  
- Distribution
  - Registres de réquisition, carnets de réquisition
  - Bons de sortie
  - Fiches d'hospitalisation
  
- Périmés
  - Liste des médicaments périmés et PV de destruction

c) **Pour la gestion des biens meubles et immeubles**

- Fiche de gestion (dénomination, code d'identification, date d'entrée, valeur d'acquisition, amortissement, valeur nette comptable)
- Fiche de demande de réparation ou d'entretien
- Registre de réparation et/ou d'entretien
- Bon de sortie
- Bon d'entrée
- Carnet de bord pour les véhicules

#### d) **Pour la gestion financière**

##### - **Recettes**

- Protocole des prestations
- Facturier
- Bons de soins, feuilles de maladies, feuilles d'hospitalisations, bons de commande, bon de fournitures pharmaceutiques
- Reçus de caisse
- Bordereau de versement à la caisse, bordereau de versement à la banque
- Bons d'entrée, bons de sortie (caisse)
- Livre de caisse
- Livre de banque
- Fiches de gestion des clients
- Registre de suivi des paiements des factures des clients

##### **Dépenses**

- Fiche d'engagement budgétaire
- Carnet de demandes de fonds
- Bons de commande, lettres de commande
- Bordereau de règlement par cheque
- Reçu de cheque
- Registre d'enregistrement des chèques

#### **IX.2.5.4 DISTRICTS sanitaires**

Au niveau des Bureaux des districts sanitaires, on tient les registres et fiche suivants :

- Registre de tenue de réunions dans l'hôpital
- Registre standard des recettes
- Registre standard des dépenses
- Fiche de gestion de stock
- Registre de supervisions
- Registre de gestion des épidémies

### **IX.3 QUELQUES APPLICATIONS DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE L'INFORMATIQUE SANITAIRE 2019-2023<sup>62</sup>**

Le PNDS III 2019-2023, aligné au PNS 2018-2027, constitue la référence et la justification principale pour le PNDIS. La vocation du PNDIS est de faciliter et de promouvoir l'implémentation des différentes stratégies et actions définies dans le PNDS, en se focalisant sur les aspects de la gestion de l'information sanitaire numérique. Quelques références explicites à l'introduction des TIC dans le système de santé burundais ont été intégrés dans le PNDS III :

Aujourd'hui, un nombre important d'applications informatiques a été déployé dans le système de santé burundais. La majorité des développements et implémentations récents ont trouvé leur origine dans le PNDIS 1 couvrant la période 2015-2019.

Pour d'autres, comme le DHIS2, OpenRBF, OpenClinic et le site web du MSPLS.

#### **Entrepôt des données**

Le système open source DHIS2 est actuellement implémenté pour la collecte de données agrégées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays (du niveau central jusqu'au centre de santé). L'encodage de données dans les canevas offerts par l'interface web du DHIS2 se fait en direct dans toutes les structures sanitaires qui disposent d'un ordinateur avec connexion internet, sans passage intermédiaire par des encodeurs au niveau du district. Au moment de la rédaction du PNDIS 2, ceci est la réalité pour la totalité des hôpitaux et pour la majorité des centres de santé. Seulement un nombre limité de structures qui ne disposent pas de source d'énergie ou de connexion internet doivent encore faire appel au district sanitaire pour la saisie de leurs rapports mensuels.

Les hôpitaux informatisés disposent d'outils leur permettant d'extraire automatiquement les données agrégées destinées au DHIS2 à partir des dossiers patients informatisés, ce qui représente un gain de temps énorme ainsi qu'une amélioration importante en ce qui concerne la cohérence avec les informations sources de soins

#### **Gestion du Financement basé sur les résultats**

Le Burundi a été un des pionniers pour implémenter l'application open source OpenRBF, qui gère les données relatives aux programmes de financement basé sur les résultats. Pour mieux répondre aux besoins locaux du pays, cette nouvelle application (introduite il y a 5 ans) a été graduellement modifiée par des équipes locales au niveau de la CTN. D'un point de vue appropriation, ceci peut être considéré un important succès.

Mais des nouveaux besoins ont émergé au cours des dernières années : (i) la nécessité d'interfaçage de OpenRBF avec le DHIS2, (ii) l'intégration de modules de contrôle qualité dans les structures de soins et (iii) des outils de collecte de données au niveau communautaire

---

<sup>62</sup> Plan National de développement de l'Informatique Sanitaire 2019-2023, MSPLS Burundi

## **Informatisation des hôpitaux**

L'outil open source de gestion d'information hospitalière OpenClinic GA. Permet de gérer la quasi-totalité des flux d'informations hospitaliers et a été implémenté en profondeur (déploiement d'un grand nombre de modules) dans 16 hôpitaux publics et 5 structures privés. Le système tourne sur des serveurs locaux installés dans chaque hôpital, afin de permettre une disponibilité, des performances et des temps de réponse conformes aux attentes des utilisateurs cliniques. L'appropriation de l'outil dans les hôpitaux a été très bonne. La plupart des hôpitaux informatisés ont engagé un ou plusieurs informaticiens qui gèrent le système en grande partie de façon autonome. Les pannes techniques sont peu fréquentes et peuvent d'habitude être résolus à court terme.

L'informatisation des hôpitaux a en premier lieu eu un impact important sur les recettes financières des structures de soins. Une meilleure gestion des mécanismes d'assurance maladie, une facturation plus complète grâce à des processus transparents et traçables et un suivi en temps réel des opérations de caisses sont des facteurs contribuant à cet effet.

On constate également une gestion plus efficace du circuit du patient après l'informatisation. Les dossiers des malades ne se perdent plus et les informations administratives ne doivent être collectées qu'au moment du premier enregistrement du malade. L'échange de données entre services cliniques et para cliniques (labo, imagerie, pharmacie) se fait en temps réel sans intervention manuelle additionnelle.

## **Informatisation des centres de santé**

Début janvier 2018, le MSPLS a lancé un projet de recherche-action visant l'exploration de la faisabilité de l'informatisation des registres papier dans les centres de santé au Burundi. L'informatisation de ces registres devrait offrir au personnel des centres de santé une solution informatique qui permet :

- L'enregistrement électronique des données qui se trouvent dans les registres papier existants.
- La compilation périodique (mensuelle) des données électroniques produisant automatiquement les données à rapporter dans le DHIS2. Le transfert des données au DHIS2 devrait se faire par voie électronique sans nécessiter un encodage manuel supplémentaire.
- La compilation à la demande des données par patient, constituant un dossier médical individuel sommaire.

Un autre projet visant l'informatisation complète de 3 CDS sur base d'une version réduite (adaptée au CDS) du logiciel utilisé dans les hôpitaux (OpenClinic HealthCenter Edition) est encore en cours. Ce projet a comme objectifs

l'informatisation de tous les flux d'informations au sein des CDS (administration, finances, pharmacie, labo, dossier patient, registres, rapportage DHIS2) et la mise en œuvre d'une solution de référence/contre-référence avec l'hôpital de district.

La disponibilité d'informations cliniques partagées dans un dossier patient unique, contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du malade (pas de duplication d'examens, approche holistique du patient).

### **Gestion des inventaires et de la maintenance**

Une application centrale pour la gestion informatisée des inventaires et de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux (Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur ou GMAO) a été développée et installée sur le datacenter de la santé. Cette application est gérée par la DISE et est utilisée par les techniciens de maintenance dans les provinces où le système est fonctionnel (actuellement Muramvya et Kirundo).

La GMAO contient les modules suivants : (i) gestion des inventaires, (ii) gestion des plans de maintenance, (iii) gestion des opérations de maintenance, (iv) la gestion des normes sanitaires et (v) un module de rapportage. Le logiciel utilise une nomenclature standardisée au niveau national pour la gestion des inventaires.

### **Aide à la décision clinique dans les Centres de Santé**

Un premier projet d'informatisation des Stratégies Plainte-Traitement (SPT) numériques portait sur l'informatisation de l'outil SPT papier, introduit en 2012 au Burundi. Les SPT contiennent les arbres décisionnels pour des plaintes de santé couramment présentées au niveau des centres de santé. A l'aide de décisions principalement dichotomiques (oui/non, présent/absent), le professionnel de santé est guidé vers une conduite à tenir standardisée (baptisée sortie SPT) pour la prise en charge du patient. La sortie SPT était censée remplacer la notion du diagnostic clinique précis, qui reste souvent difficile à poser au niveau des CDS.

L'informatisation des SPT a permis de (i) découvrir et corriger un nombre d'incohérences dans la logique des arbres décisionnels existants et (ii) d'ajouter des questions ou plaintes complémentaires permettant la prise en charge d'un nombre de maladies importantes non-couvertes. L'automatisation des questions posées sur base des réponses déjà fournies, a rendu l'outil SPT plus adapté à la réalité du travail de routine dans les CDS.

L'application SPT existe en 3 versions différentes: (i) une version web centrale disponible à travers un navigateur internet, (ii) une version web intranet disponible sur un micro-serveur qui doit être installé dans le CDS et (iii) une version Android disponible sur smartphone et tablette.

Ce pilote a démontré (i) l'utilité des SPT informatisées, (ii) la faisabilité de leur intégration dans le travail de routine et (iii) une appropriation rapide par un

personnel disposant de compétences TIC très limitées. D'un autre côté, d'assez nombreuses pannes techniques ont été constatées, empêchant parfois les agents des CDS d'utiliser le système.

Les gestionnaires du projet ont formulé un nombre de préalables techniques conditionnant la réplification future de l'expérience des SPT numériques:

- La mise en place d'une source d'énergie fiable pouvant alimenter le micro-serveur sans interruption, est primordiale. Un générateur solaire est proposé comme approche privilégiée.
- Les cartes mère des micro-serveurs étant trop sensibles à des faibles fluctuations de courant électrique doivent être remplacées par une technologie plus résistante aux sous-voltages. Une solution peu coûteuse a également été avancée.
- La pleine utilité de l'application SPT ne pourra être réalisée qu'en l'intégrant avec une solution de gestion de dossier patient informatisé.
- Les sorties SPT devront trouver une place équivalente à celle du diagnostic dans les outils de rapportage de routine.

## **X: COORDINATION, GESTION, GOUVERNANCE ET LEADERSHIP**

### **X .1. Coordination et gestion**

Les activités de santé s'inscrivent dans l'ensemble des activités humaines tendant au bien être de la communauté et ses membres. Aucune de ces activités ne peut être conçue de façon isolée sans tenir compte des autres.

Il existe une interrelation et une interdépendance entre les différents secteurs dans les activités humaines.

Il est important de tenir compte du rôle que les autres secteurs peuvent jouer dans le développement global de la communauté. Il existe des interventions apparentées à la Santé qui ne peuvent être exécutées par le personnel de santé qu'en collaboration avec les autres secteurs.<sup>63</sup>

On parle de la santé dans toutes les politiques ou collaboration intersectorielle (éducation, agriculture, environnement, transport, communication, sécurité publique, habitat, commerce, justice, etc.. )

Le BDS coordonne l'organisation des soins à différents niveaux de soins de manière à assurer leur continuité entre les différents niveaux. Ces niveaux doivent se compléter au lieu d'offrir les paquets de soins et services qui se chevauchent. Les paquets d'activités sont organisés pour garantir un réseau de référence et contre-référence performant et cohérent entre ces différents niveaux.

Pour garantir une coordination optimale des activités et un bon fonctionnement du district sanitaire, les organes et mécanismes de coordination sont mis en place. Il s'agit, notamment (i) du Conseil de Gestion du District Sanitaire (ConGesDi) et (ii) du Comité de Pilotage du District Sanitaire (CoPiDi).

Il s'agit principalement du Comité de pilotage du district sanitaire COPIDI et du Conseil de Gestion du District Sanitaire ConGesDi.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Bourkina Faso, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire : Module de Formation 10 ; Formation en gestion des membres non Médecins des Equipes Cadres de District, Développement du partenariat ; Module harmonisé, deuxième édition, Août 2007.

<sup>64</sup> Ordonnance Ministériel N°630/381/la 13/03/2005 portant organisation et fonctionnement des services de santé au Burundi ; article 19.

La Coordination du Développement des Districts Sanitaires dans le cadre de la décentralisation effective, sera assurée par la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le sida à travers la Direction de L'Offre et la Demande des Soins (DODS) ayant le Développement des Districts Sanitaires dans ses Missions spécifiques au niveau central, et les Bureaux des provinces Sanitaires au niveau Intermédiaires.

### **X .1.1 . Conseil de Gestion du District Sanitaire (ConGesDi) <sup>65</sup>**

Le Conseil de Gestion du District Sanitaire (ConGesDi), il se réunit au moins une fois les deux mois et a comme missions de :

- évaluer la progression des activités ainsi que les résultats obtenus ;
- analyser les problèmes et suggérer des solutions y référant.
- décider de la planification du mois à venir,
- approuver ou désapprouver la gestion journalière de l'équipe cadre du district sanitaire (gestion technique, administrative, financière, etc.),
- approuver ou désapprouver le rapport mensuel du district sanitaire à envoyer au BPS.

Le ConGesDi est présidé par le médecin chef de district et est composé par : (i) toutes les ressources techniques du BDS (titulaires des CDS + ECD), (ii)un représentant du Conseil de Gestion de l'Hôpital (ConGesHôp) (le médecin directeur de préférence), (iii)un représentant du BPS, (iv)un représentant de l'administration locale (éventuellement un par commune), (v)un représentant des CoSa, (vi)éventuellement des conseillers techniques qui interviennent dans le district (les bailleurs ou les partenaires du MSPLS).

Sur la base de la planification mensuelle, le ConGesDi analyse la progression des activités et évalue les résultats obtenus. Il analyse les problèmes et donne des orientations concernant les pistes de solutions réalistes et basées sur des évidences pour lever les obstacles identifiés. Il valide la planification du mois à venir, et approuve la gestion journalière de l'ECD (gestion technique, administrative, financière, etc.), ainsi que le rapport mensuel du district sanitaire avant sa transmission au BPS.

Placé sous la présidence du Médecin Chef de district (MCD), le ConGesDi se réunit selon une périodicité mensuelle. Le ConGesDi comprend toutes les ressources techniques du BDS (titulaires des CDS et ECD), un représentant du Conseil de Gestion de l'Hôpital (ConGesHôp) (le Médecin Directeur, dans la mesure du possible), un représentant du BPS, un représentant de l'administration locale (éventuellement un par commune), un représentant des COSA, éventuellement, des

---

<sup>65</sup> Tome 2, Normes Samitaires 2019-2023VF du 21 -08-2019 page 24

conseillers techniques qui interviennent dans le district (des bailleurs, des partenaires du MSPLS

### **X .1.1 Le Comité de pilotage du district sanitaire(COPIDI)<sup>66</sup>**

Tous les membres des différents comités doivent comprendre les principes de base de la gestion dans le secteur de la santé, et doivent contribuer au développement d'une politique de santé adéquate en ligne avec la PNS et le PNDS.

Le **Comité de Pilotage du District Sanitaire (CoPiDi)** implique notamment les partenaires techniques et financiers, le secteur privé du niveau local avec la pleine participation des communautés. Il se réunit une fois par semestre, et a comme missions :

- s'assurer que le BDS organise des SSP de qualité, d'une façon efficace, efficiente et équitable, en respect des sensibilités culturelles, de la PNS et du PNDS.
- approuver ou désapprouver la gestion du ConGesDi et la planification semestrielle,
- donne des conseils au ConGesDi et au ConGesHôp, et prend les décisions qui relèvent de son autorité.

**Le CoPiDi** se réunit deux fois par an pour analyser la qualité des prestations du BDS et s'assurer que celui-ci met en œuvre des SSP de qualité, d'une façon efficace, efficiente et équitable, conformément aux orientations stratégiques du PNDS III 2019-2023. Le CoPiDi analyse et approuve la gestion du ConGesDi ainsi que la planification semestrielle et annuelle du BDS ; donne des orientations au ConGesDi et au ConGesHôp, et prend les décisions qui relèvent de son autorité.

Le CoPiDi est présidé par le Médecin Directeur du BPS et comprend, d'une part, le Médecin Directeur et le Gestionnaire de l'hôpital ainsi que deux chefs de service qui se relaient alternativement; et d'autre part, le Médecin Chef de district et deux professionnels du BDS, un représentant de chaque intervenant dans le district, un représentant du Gouverneur de province, deux représentants des administrations communales, deux représentants des professionnels de santé des CDS publics, un représentant des professionnels de santé des structures confessionnelles, un représentant du secteur médical privé, deux représentants des COSA, ainsi que deux représentants de la société civile.

Des dispositions sont prises pour renforcer les capacités des membres de ces Comités en matière de gestion des services de santé d'une part, et de gestion basée sur les résultats d'autre part. Une formation de rafraîchissement est planifiée et conduite selon une périodicité annuelle.

---

<sup>66</sup> Tome 2, Normes Samitaires 2019-2023VF du 21 -08-2019 page 24

## **X .2. Gouvernance et Leadership**

Sur le plan stratégique, le Bureau de District Sanitaire (BDS) coordonne les activités de planification des niveaux qui sont sous la responsabilité du district sanitaire. Avec l'appui du BPS, il aide dans l'élaboration des plans d'actions des acteurs communautaires, ceux des centres de santé et de l'hôpital de district.

En aval, les différents plans d'action des structures sanitaires doivent s'inscrire dans le plan de développement sanitaire du district (PDSD). Les lignes directrices de ce PSDS doivent guider les choix stratégiques des FoSa (Hôpital et CDS publics, privés, confessionnels).

En amont, le Plan de Développement Sanitaire du District (PDSD) doit à son tour s'inscrire dans les orientations stratégiques du plan national de développement sanitaire (PNDS). Sur le plan administratif, l'Equipe Cadre du District (ECD) sanitaire fait la coordination administrative entre les différents niveaux et intervenants (entre le niveau central, provincial et municipal aussi bien qu'entre les secteurs public, privé et confessionnel, les bailleurs de fonds et les partenaires techniques et financiers du MSPLS) en ce qui concerne les activités de santé menées dans le district.

Sur le plan intersectoriel, l'équipe cadre du district sanitaire prend des contacts avec les autres secteurs (éducation, service d'hygiène municipale, associations professionnelles, etc.) pour soulever et discuter des problèmes spécifiques en relation avec la santé. L'équipe du district sanitaire est le point focal pour les autres secteurs pour dialoguer sur tous les aspects en relation avec la santé.

Au début de chaque exercice, le BDS élabore son "**Projet d'établissement**" précisant la manière dont il compte contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par le PNDS III 2019-2023. A partir de ce Projet d'établissement, un cadre de résultats et de performances est établi, et un Contrat de performances signé entre son administration et les membres de son personnel d'une part ; entre le BDS et sa hiérarchie, et entre le BDS et les Institutions-partenaires avec lesquelles le BDS compte collaborer pendant l'exercice. A partir du Cadre de résultats et de performances, une série de chaînes" indiquant les rôles et responsabilités de chaque acteur du BDS est établie [chaîne de résultats, chaîne de responsabilités, chaîne de redevabilité et chaîne d'évidences].<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Tome2, Normes Sanitaires 2019-2023 VF. Du 21 08-2019 page 23

**ANNEXE 1: GRILLE D’EVALUATION DE LA FONCTIONNALITE DES DISTRICTS  
SANITAIRES DU BURUNDI  
ANALYSE RAPIDE PAR LES ECD**

**SEMESTRE .....**

<b>PROVINCE DE</b>	<b>DISTRICT SANITAIRE DE</b>
--------------------	------------------------------

**1 Le bureau de district sanitaire**

**1.1 Equipe cadre de district complète (représentants de l’HD inclus) avec le profil requis**

Cocher X dans les colonnes 2 et 4 si le critère est rempli

1 Poste de responsabilité	2	3 Profil (qualification)	4
Médecin chef de district		Avec formation en santé publique	
		Avec compétences en chirurgie obstétricale	
		Avec compétences en chirurgie générale	
Superviseur 1		Infirmier A0	
		Avec formation en santé publique	
Superviseur 2		Infirmier A0	
		Avec formation en santé publique	
Superviseur 3		Infirmier A0	
		Avec formation en santé publique	
Gestionnaire du BDS		Niveau licence	
Gestionnaire de la pharmacie de district		Technicien supérieur en pharmacie	
Chargé du SIS		Avec formation en santé publique	
		Avec compétences en informatique	
Coordonnateur de promotion de santé		TPS niveau A2	
Technicien de maintenance		Technicien niveau A2	
Médecin directeur de l’hôpital		Médecin généraliste avec compétences chirurgicales	

		Avec compétences en gestion financière	
Chef nursing de l'hôpital		Infirmier licencié ou niveau A2	
Technicien supérieur en GO de l'hôpital		Infirmier A0 ou sage-femme	
<b>Equipe d'appui</b>			
Secrétaire			
Chauffeur 1			
Chauffeur 2			
Travailleur 1			
Travailleur 2			
Veilleur 1			
Veilleur 2			
Autre			

**Commentaires si nécessaire :**

.....  
.....

**1.2 Conseil de gestion du DS mis en place** OUI  NON

**1.3 Comité de pilotage du DS mis en place** OUI  NON

**1.4 Composition de l'ECD incluant l'HD**

Le MDH assiste presque à toutes les réunions de l'ECD OUI  NON

Le Chef nursing assiste presque à toutes les réunions de l'ECD OUI  NON

**1.5 Réunions de l'ECD** – Réalisation d'au moins 80%des réunions prévues au semestre précédent OUI  NON

**1.6 Analyse des supervisions** – L'ECD a consacré au moins une réunion à analyser tous les rapports de supervision des CDS durant le semestre précédent OUI  NON

**1.7 Planification** – Suivi trimestriel du PAA par l'ECD OUI  NON

**1.8 Supervision** – Réalisation d'au moins 80%des supervisions des CDS prévues au semestre précédent OUI  NON

### 1.9 Pharmacie de district

- A-t-elle produit *toutes* les fiches mensuelles de durant le semestre précédent ?  
OUI  NON

- Y a-t-il eu rupture de stock de *plus de 15 jours* de certains *médicaments traceurs* durant le semestre précédent ?  
OUI  NON

### 1.10 SNIS

L'ECD a produit *tous* les rapports trimestriels à temps (pour le 30 du mois suivant) au cours du semestre précédent  
OUI  NON

### 1.11 Formation

L'ECD a organisé elle-même au moins *deux* formations du personnel des CDS durant le semestre précédent  
OUI  NON

### 1.12 Référence et contre référence – Le district (ou l'HD)

- dispose au moins d'une ambulance en ordre de marche  
OUI  NON

- organise un système d'écoute 24h/24  
OUI  NON

- organise un recueil et une analyse des données des références  
OUI  NON

### 1.13 Gestion financière

- L'ECD examine tous les trimestres son *exécution budgétaire* (BDS et Pharmacie de district) avec le canevas officiel (exécution du budget en recettes et en dépenses, équilibre des comptes, créances, dettes)  
OUI  NON

- Le gestionnaire produit tous les trimestres le *rapport financier compilé des CDS*  
OUI  NON

### 1.14 Activités communautaires – Au cours du semestre précédent :

L'ECD a suivi ou supervisé elle-même les activités des ASC  
OUI  NON

L'ECD a suivi les activités des ASC et des acteurs communautaires via les restitutions organisées par les programmes ou les partenaires œuvrant en ce domaine  
OUI  NON

### 1.15 Coordination – Au cours du trimestre précédent, l'ECD

- a organisé une réunion de coordination avec les différents intervenants dans le District  
OUI  NON

- a participé à la réunion de coordination organisée par le BPS ?  
OUI  NON

- a organisé la concertation avec les communes (pour la planification, les PCDC, l'assainissement, des problèmes divers...) OUI  NON

- a fait les rapports et les a transmis à qui de droit ? OUI  NON

**Commentaires si nécessaire :**

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

**2 L'hôpital de district**

**2.1 Lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants**

L'hôpital de district (ou l'ensemble des hôpitaux dans le district) offre 5 lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants.

Hôpitaux	Nombre de lits fonctionnels (« montés ») tous services confondus, y compris nutrition
HD	
Hôpital de	
Hôpital de	
Total des lits fonctionnels (T)	
Population du DS (Dénombrement 2014) (P)	
<b>Calculez</b> : Nb de lits pour 10.000 habitants = $T \times 10.000 / P$	

**Ce qui suit concerne l'hôpital de district. S'il y a d'autres hôpitaux dans le district, utilisez les questionnaires supplémentaires en fin de document.**

**2.2 Nombre et profil des médecins**

L'hôpital de district compte au moins 5 médecins OUI  NON

Nombre total de médecins (MDH et DACS compris)	
Nombre de médecins sachant faire des césariennes	
Nombre de médecins sachant faire de la chirurgie générale	

**2.3 Activités chirurgicales**

Au cours du trimestre précédent :

L'hôpital de district a fait des césariennes OUI  NON

L'hôpital de district a fait de la chirurgie générale OUI  NON

**2.4 Services fonctionnels (marquer d'une croix)**

<b>SERVICES</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Service commun Hommes- Femmes</b>
Chirurgie			
Médecine			
Gynécologie-obstétrique			
Pédiatrie			
Nutrition			
Bloc opératoire n° 1			
Bloc opératoire n° 2			
Laboratoire			
Radiologie			
Echographie			
Morgue			

**Commentaires si nécessaire :**

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

**2.5 Disponibilité du sang**

- L'HD dispose de personnel formé pour la collecte de sang OUI  NON
- L'HD organise-t-il sa propre collecte de sang (avec CNTS/CRTS) ? OUI  NON
- Y a-t-il eu rupture de stock de poches de sang au cours du Trimestre précédent ? OUI  NON

**2.6 Service des urgences**

Un service des urgences (hors maternité) existe en vue de rendre les soins disponibles 24h/24 et 7j/7 OUI  NON

Ce service est dirigé en permanence par un médecin OUI  NON

**2.7 Conseil de gestion de l'HD mis en place** OUI  NON

**2.8 Réunions du Conseil de gestion**

- Réalisation d'au moins 80% des réunions au cours du trimestre précédent (réunions hebdomadaires ou mensuelles) OUI  NON

**2.9 Comité d'administration de l'HD mis en place** OUI  NON

**2.10 Réunions de staff quotidiennes**

- Réalisation d'au moins 80% au cours du trimestre précédent OUI  NON

**2.11 Planification**

- Suivi trimestriel du PAA par le Conseil de gestion OUI  NON

**2.12 Pharmacie de l'hôpital de district**

- A-t-elle produit *toutes* les fiches mensuelles de synthèse durant le trimestre précédent OUI  NON

- Y a-t-il eu rupture de stock de *plus de 15 jours* de certains médicaments *traceurs* durant le trimestre précédent ? OUI  NON

- L'HD a-t-il adressé *tous les mois* sa commande à la pharmacie de district lors du trimestre précédent ? OUI  NON

**2.13 SNIS** - L'HD a produit les rapports mensuels à temps (pour le 5 du mois suivant) au cours du trimestre précédent OUI  NON

**2.14 Formation** - L'HD a organisé lui-même au moins deux formations ou recyclages du personnel des services durant le semestre précédent (hors réunions de staff) OUI  NON

**2.15 Référence et contre référence** – L’HD (ou le district)

- dispose au moins d’une ambulance en ordre de marche/fonctionnel OUI  NON
- organise un système d’écoute 24h/24 OUI  NON
- organise un recueil et une analyse des données des références et contre référence OUI  NON

**2.16 Gestion financière**

Le Conseil de gestion examine tous les trimestres son *exécution budgétaire* (HD et Pharmacie de l’HD) avec le canevas officiel (exécution du budget en recettes et en dépenses, équilibre des comptes, créances, dettes) OUI  NON

**2.17 Coordination** – L’HD a participé avec l’ECD à la rédaction en commun du rapport trimestriel du BDS pour la DGSSLS OUI  NON

Commentaires si nécessaire :

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

**Les centres de santé**

**3.1 Nombre d’infirmiers A2**

**Chaque CDS compte au moins 2 infirmiers A2** OUI  NON

Nombre d’infirmiers A2 / CDS

Nombre de CDS ayant au moins 2 infirmiers A2 (case ❖)

Nb A2	Nb CDS	A2/CDS
❖	Nb CDS	%

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

### 3.2 PMA – Services de base

<i>Services de base du PMA</i>	<i>Nb de CDS offrant ces services (1)</i>	<i>Nb total de CDS (2)</i>	<i>% (3) = (1) / (2)</i>
Soins curatifs			
Accouchements			
Hébergement			
Laboratoire			
Pharmacie			
Consultation prénatale			
PEV			
Suivi de la croissance du jeune enfant			

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

### 3.3 PMA – Services supplémentaires

<i>Services supplémentaires du PMA</i>	<i>Nb de CDS offrant ces services (1)</i>	<i>Nb total de CDS (2)</i>	<i>% (3) = (1) / (2)</i>
PCIME			
PTME*			
ARV			
CT (tuberculose)			
CDT (tuberculose)			
SSN (nutrition)			
STA (nutrition)			
Planification familiale			

**Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %**

\* Pour la PTME, il faut voir si certaines unités du CDS ont reçu la formation et disposent de tout ce qu'il faut pour faire la PTME (même si aucun cas n'est dépisté pour le moment)

**Commentaires si nécessaire** (par exemple sur les CDS proches d'un HD ou intégrés à l'HD) :

.....  
 .....

### 3.4 Stratégies plainte-traitement

- L'ECD a-t-elle été formée aux SPT OUI  NON
- Les prestataires des CDS ont-ils été formés aux SPT OUI  NON
- L'ECD a inscrit la supervision des SPT au moins une fois dans ses plans de supervision au cours du semestre précédent OUI  NON
- L'ECD estime qu'elle maîtrise le suivi des SPT dans les CDS OUI  NON
- L'ECD estime que plus de 50% des CDS utilisent correctement les SPT OUI  NON

### 3.5 Comité de santé

Nombre de CoSa fonctionnels / Nb de CDS

Nb COSA fonctionnels	Nb CDS	%

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

### 3.6 Participation des femmes aux Comités de santé

Nombre de CoSa comportant des femmes / Nb de CDS

Nb COSA avec femmes	Nb CDS	%

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

### 3.7 Gestion des médicaments

Tous les CDS font une commande mensuelle à la pharmacie de DS OUI  NON

Nombre de CDS faisant une commande mensuelle / Nb de CDS

CDS avec commande mensuelle	Nb CDS	%

Nombre de CDS utilisant le registre des consommations journalières pour la dispensation des médicaments aux malades

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

### 3.8 Gestion financière

Tous les CDS remplissent leur bilan financier dans le canevas du SNIS (point 5.4)

OUI  NON

<b>CDS avec bilan financier</b>	<b>Nb CDS</b>	<b>%</b>

Nombre de CDS faisant leur bilan financier / Nb de CDS

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

On considère simplement *l'existence* d'un bilan financier, pas sa qualité.

Commentaires si nécessaire :

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

#### 4 Les activités communautaires

##### 4.1 Chaque CDS compte un TPS

OUI  NON

Nb TPS	Nb CDS	%

Nombre de TPS / Nombre de CDS

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

##### 4.2 Tous les CDS ont des Groupements des ASC

OUI  NON

Nb ASC	Nb CDS	%

Nombre d'ASC / Nombre de CDS

Pas de chiffres derrière la virgule dans le calcul du %

##### 4.3 Tous les ASC (ou la plupart d'entre eux)

- participent à l'administration des traitements préventifs (mébendazole, vitamine A, iode, fer...) pendant les campagnes OUI  NON

- font la prise en charge à domicile des patients tuberculeux (DOTS) OUI  NON

- font le traitement du paludisme, de la diarrhée, et la pneumonie (iCCM) à base communautaire OUI  NON

- font le dépistage des enfants malnutris dans les collines OUI  NON

- font le rapportage des données (décès, naissances, accouchements à domicile, rumeurs...) OUI  NON

- font la sensibilisation au sida et IST OUI  NON

- font la sensibilisation au PF et distribution de préservatifs OUI  NON

- font la sensibilisation à l'accouchement en milieu surveillé OUI  NON

##### Commentaires si nécessaire :

.....

.....

.....

.....

.....

## 5 Questions générales

**5.1 Donnez 4 « forces » et 4 « faiblesses » de votre district.** Ciblez bien les forces et les faiblesses principales.

Forces	Faiblesse

**5.2 QUESTION POUR LE MCD – Est-ce que vous faites quelque chose pour renforcer votre leadership dans le district ? Donnez un ou quelques exemples.**

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

**5.3 QUESTION POUR LE MCD – Maîtrisez-vous suffisamment l’organisation de votre temps ?** Dans l’échelle ci-dessous, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

A gauche (1), vous ne maîtrisez pas du tout l’organisation de votre temps de travail, votre planification personnelle dépend entièrement de personnes ou d’institutions extérieures (BPS, niveau central, partenaires, programmes, autorités...) ; vous êtes complètement perturbé par les interférences et le manque de bonne programmation de votre hiérarchie ou de vos partenaires.

A droite (10), vous maîtrisez tout à fait l’organisation de votre temps de travail, votre planification personnelle dépend entièrement de vous et non de personnes ou d’institutions extérieures ; vous n’êtes pas du tout perturbé par les interférences et le manque de bonne programmation de votre hiérarchie ou de vos partenaires.

Comment situez-vous votre cas sur cette échelle de 1 à 10 ? Cochez la case appropriée.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Feuilles supplémentaires s’il y a d’autres hôpitaux dans votre district →→→

2B **L'hôpital de .....**

**[2.1 Lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants – Déjà traité avec l'hôpital de district]**

**2.2 Nombre et profil des médecins**

L'hôpital de district compte au moins 5 médecins OUI  NON

Nombre total de médecins (MDH et DACS compris)

Nombre de médecins sachant faire des césariennes

Nombre de médecins sachant faire de la chirurgie générale


**2.3 Activités chirurgicales**

Au cours du semestre précédent :

L'hôpital de district a fait des césariennes OUI  NON

L'hôpital de district a fait de la chirurgie générale OUI  NON

**2.4 Services fonctionnels (marquer d'une croix)**

SERVICES	Hommes	Femmes	Service commun Hommes- Femmes
<b>Chirurgie</b>			
Médecine			
Gynécologie-obstétrique			
Pédiatrie			
Nutrition			
Bloc opératoire n° 1			
Bloc opératoire n° 2			
Laboratoire			
Radiologie			
Echographie			
Morgue			

**Commentaires si nécessaire :**

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

## 2.5 Disponibilité du sang

- L'HD organise-t-il sa propre collecte de sang (avec CNTS/CRTS) ? OUI  NON
- Y a-t-il eu rupture de stock de poches de sang au cours du semestre précédent ?  
OUI  NON

## 2.6 Service de garde

Un service de garde existe en vue de rendre les soins disponibles

24h/24 et 7j/7 OUI  NON

Ce service de garde est dirigé permanence par un médecin OUI  NON

**2.7 Conseil de gestion de l'HD mis en place<sup>68</sup>** OUI  NON

**2.8 Réunions du Conseil de gestion**– Réalisation d'au

moins 80% des réunions au cours du semestre précédent (réunions hebdomadaires ou bimensuelles) OUI  NON

**2.9 Comité d'administration de l'HD mis en place** OUI  NON

**2.10 Réunions de staff quotidiennes**– Réalisation d'au moins 80% au cours du semestre précédent OUI  NON

**2.11 Planification** – Suivi trimestriel du PAA par le Conseil de gestion  
OUI  NON

## 2.12 Pharmacie de l'hôpital de district

- A-t-elle produit *toutes* les fiches mensuelles de synthèse durant le semestre précédent ? OUI  NON

- Y a-t-il eu rupture de stock de *plus de 15 jours* de certains *médicaments traceurs* durant le semestre précédent ? OUI  NON

---

<sup>68</sup> Il est présidé par le MDH ou le DAF et comprend tous les chefs de services, un représentant du BDS, un représentant du BPS (pour les hôpitaux avec un statut autonome), et des conseillers techniques qui interviennent dans l'hôpital (des bailleurs, des partenaires, du MSPLS).

- L'HD a-t-il adressé *tous les mois* sa commande à la pharmacie

de district lors du semestre précédent ?

OUI  NON

**2.13 SNIS** – L'HD a produit les rapports trimestriels à temps (pour le 15 du mois suivant) au cours du semestre précédent

OUI  NON

**2.14 Formation** – L'HD a organisé lui-même au moins deux formations ou recyclages du personnel des services durant le semestre précédent (hors réunions de staff)

OUI  NON

**2.15 Référence et contre référence** – L'HD (ou le district)

- dispose au moins d'une ambulance en ordre de marche

OUI  NON

- organise un système d'écoute 24h/24

OUI  NON

- organise un recueil et une analyse des données des références

OUI  NON

### **2.16 Gestion financière** –

Le Conseil de gestion examine tous les trimestres son exécution budgétaire (HD et Pharmacie de l'HD) avec le canevas officiel (exécution du budget en recettes et en dépenses, équilibre des comptes, créances, dettes)

OUI  NON

**2.17 Coordination** – L'HD a participé avec l'ECD à la rédaction

en commun du rapport trimestriel du BDS pour la DGSS

OUI  NON

**Commentaires si nécessaire :**

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

**2C L'hôpital de .....**

**[2.1 Lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants – Déjà traité avec l'hôpital de district]**

**2.2 Nombre et profil des médecins**

L'hôpital de district compte au moins 5 médecins OUI  NON

Nombre total de médecins (MDH et DACS compris)

Nombre de médecins sachant faire des césariennes

Nombre de médecins sachant faire de la chirurgie générale

**2.3 Activités chirurgicales**

Au cours du semestre précédent :

L'hôpital de district a fait des césariennes OUI  NON

L'hôpital de district a fait de la chirurgie générale OUI  NON

**2.4 Services fonctionnels (marquer d'une croix)**

SERVICES	Hommes	Femmes	Service commun Hommes-Femmes
Chirurgie			
Médecine			
Gynécologie-obstétrique			
Pédiatrie			
Nutrition			
Bloc opératoire n° 1			
Bloc opératoire n° 2			
Laboratoire			
Radiologie			
Echographie			
Morgue			

Commentaires si nécessaire :

.....

.....

.....

.....

## 2.5 Disponibilité du sang

- L'HD organise-t-il sa propre collecte de sang (avec CNTS/CRTS) ?  
OUI  NON
- Y a-t-il eu rupture de stock de poches de sang au cours du semestre précédent ?  
OUI  NON

## 2.6 Service de garde

Un service de garde existe en vue de rendre les soins disponibles 24h/24 et 7j/7  
OUI  NON

Ce service de garde est dirigé permanence par un médecin OUI  NON

## 2.7 Conseil de gestion de l'HD mis en place<sup>69</sup> OUI NON

**2.8 Réunions du Conseil de gestion** – Réalisation d'au moins 80% des réunions au cours du semestre précédent (réunions hebdomadaires ou bimensuelles)  
OUI  NON

**2.9 Comité d'administration de l'HD mis en place** OUI  NON

**2.10 Réunions de staff quotidiennes** – Réalisation d'au moins 80% au cours du semestre précédent  
OUI  NON

**2.11 Planification** – Suivi trimestriel du PAA par le Conseil de gestion OUI  NON

## 2.12 Pharmacie de l'hôpital de district

- A-t-elle produit *toutes* les fiches mensuelles de synthèse durant le semestre précédent ?  
OUI  NON
- Y a-t-il eu rupture de stock de *plus de 15 jours* de certains *médicaments traceurs* durant le semestre précédent ?  
OUI  NON
- L'HD a-t-il adressé *tous les mois* sa commande à la pharmacie de district lors du semestre précédent ?  
OUI  NON

**2.13 SNIS** – L'HD a produit les rapports trimestriels à temps (pour le 15 du mois suivant) au cours du semestre précédent  
OUI  NON

**2.14 Formation** – L'HD a organisé lui-même au moins deux formations ou recyclages du personnel des services durant le semestre précédent (hors réunions de staff)  
OUI  NON

---

<sup>69</sup> Il est présidé par le MDH ou le DAF et comprend tous les chefs de services, un représentant du BDS, un représentant du BPS (pour les hôpitaux avec un statut autonome), et des conseillers techniques qui interviennent dans l'hôpital (des bailleurs, des partenaires, du MSPLS).

**2.15 Référence et contre référence** – L’HD (ou le district)

- dispose au moins d’une ambulance en bon état et fonctionnel OUI NON

- organise un système d’écoute 24h/24 OUINON

- organise un recueil et une analyse des données des références

Et contre référence OUINON

**2.16 Gestion financière** –

Le Conseil de gestion examine tous les trimestres son exécution budgétaire (HD et Pharmacie de l’HD) avec le canevas officiel(exécution du budget en recettes et en dépenses, équilibre des comptes, créances, dettes) OUINON

**2.17 Coordination** – L’HD a participé avec l’ECD à la rédaction en commun du rapport trimestriel du BDS pour la DGSS OUINON

**Commentaires si nécessaire :**

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

**ANNEXE2**

**CANEVAS DU CADRE LOGIQUE DU PLAN D’ACTION DU BUREAU DU DISTRICT SANITAIRE**

3.1 PREMIERE PARTIE: Activités de renforcement de l'offre de soins										
N°	Activités par résultat	Chronogramme				Responsable du suivi de l'activité	Coût de l'activité	Catégorie des dépenses (menu déroulant)	Sources de financement du budget des tiers intervenants	
		T1	T2	T3	T4					
<b>Axe stratégique I: Amélioration de l’offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l’enfant, de l’adolescent(e)et jeune, de la personne âgée ainsi que de santé nutritionnelle de qualité.</b>										
<b>Résultat 1.1 L’offre de services de planification familiale est améliorée</b>										
<b>Activités</b>										
1										
2										
3										
4										
<b>Sous-total</b>							0			
<b>Résultat 1.2 La qualité des services de santé maternelle, néonatale est améliorée</b>										
<b>Activités</b>										
1										
2										
3										
4										
<b>Sous-total</b>							0			

**Résultat 1.3 La qualité des soins de santé des adolescents et jeunes est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résultat 1.4 L'offre des services de prévention et de prise en charge médicale des VSBG est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résultat 1.5 La gestion intégrée des maladies du nourrisson et du jeune enfant est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

<b>Résultat 1.6 L'offre des soins et services de santé de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune est amélioré</b>									
<b>Activités</b>									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		
<b>Résultat 1.7 La qualité des soins de santé des personnes âgées est améliorée (contact/an/personne)</b>									
<b>Activités</b>									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		
<b>Résultat 1.8 L'offre et la capacité opérationnelle des services de nutrition sont améliorées</b>									
<b>Activités</b>									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Axe stratégique II: Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.**

**Résultat 2.1 :La couverture et la qualité des services de prévention et de prise en charge du VIH, des Hépatites et des coïnfections sont améliorées**

Activités									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résultat 2.2: La qualité et l'efficacité des services de prévention et de lutte contre le paludisme sont améliorées**

Activités									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résultat 2.3 : La qualité des services de prévention et de prise en charge de la Tuberculose sont améliorées**

Activités									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résultat 2.4: La prévention, diagnostic et la prise en charge des maladies non transmissibles est intégrée dans le paquet des services des FOSA**

**Activités**

2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résultat2.5: Le traitement de masse des MTN est renforcé**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résultat2.6: La surveillance des maladies pour améliorer la réponse est renforcée**

1.									
2.									
3.									
4.									
<b>Sous-total</b>							0		

**Résulta 2.7: La capacité des services de laboratoire est améliorée**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>									

<b>SOUS-TOTAL DE L'AXE STRATEGIQUE 2</b>						0		
<b>Axe stratégique 3 - Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé</b>								
<b>Résultat 3.1 L'adéquation qualitative et quantitative entre la formation (initiale et continue) des RHS et les besoins du système sanitaire est assurée</b>								
<b>Activités</b>								
1								
2								
3								
4								
sous-total						0		
<b>Résultat3.2: La gestion des ressources humaines est améliorée</b>								
<b>Activités</b>								
1								
2								
3								
4								
sous-total								
<b>SOUS-TOTAL DE L'AXE STRATEGIQUE 3</b>								

**Axe stratégique IV: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé : médicaments, les vaccins et autres produits de santé**

**Résultat 4.1: Le cadre institutionnel, juridique et réglementaire du secteur pharmaceutique est renforcé**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
Sous-total									

**Résultat4.2: La disponibilité des produits pharmaceutiques et produits de santé (médicaments, les vaccins, et autres produits de santé) est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
Sous-total									

**Résultat 4.3: La qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé (médicaments, les vaccins et autres produits de santé) est garantie**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
Sous-total									

**Résultat4:4 La disponibilité et l'accessibilité des produits sanguins sont renforcés**

Activités									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous-total</b>									
<b>Sous-Total de l'axe stratégique 4</b>									

**Axe stratégique V: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires**

**Résultat5 :1 La planification des constructions et réhabilitation des FOSA qui respectent les normes sanitaires est améliorée**

Activités									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique V: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires**

**Résultat5 :2 La planification de l'acquisition des équipement médicaux et non médicaux des FOSA (qui respectent les normes sanitaires est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique V: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires**

**Résultat5 :3 La maintenance des équipements biomédicaux et non médicaux des FOSA est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**SOUS-TOTAL DE L'AXE STRATEGIQUE 5**

**Axe stratégique VI: Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé**

**Résultat 6:1 La qualité des données du SNIS est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique VI: Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé**

**Résultat 6:2 La recherche en santé est renforcée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									
<b>SOUS-TOTAL DE L'AXE STRATEGIQUE 6</b>									

**Axe stratégique VII: Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé**

**Résultat 7.1: Le budget alloué à la santé est augmenté**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									
<b>SOUS-TOTAL DE L'AXE STRATEGIQUE 7</b>									

**Axe stratégique VIII: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé**

**Résultat 8.1 Le cadre institutionnel et normatif du MSPLS est renforcé**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique VIII: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé**

**Résultat 8.2 La coordination de la planification et le suivi-évaluation à tous les niveaux du système de santé sont renforcés**

<b>Activités</b>									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique VIII: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé**

**Résultat8.3: La communication stratégique pour la promotion de la santé est renforcée**

<b>Activités</b>									
1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique IX: Renforcement des interventions au niveau communautaire**

**Résultat 9.1 La couverture du paquet de services offerts au niveau communautaire est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique IX: Renforcement des interventions au niveau communautaire**

**Résultat 9.2 Les capacités des ASC et GASC sont renforcés**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique X: Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé**

**Résultats 10.1 : La sécurité alimentaire et la nutrition est améliorée**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique X: Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé**

**Résultats 10.2 : L'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement est amélioré**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									

**Axe stratégique X: Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé**

**Résultats 10.3 : Les mécanismes de lutte contre les substances psychoactives(Alcool,tabac,stupéfiants sont renforcés**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									
<b>Sous- total axe stratégique 10</b>									

**Axe stratégique XI: Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles**

**Résultat 11.1:La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									
<b>Sous- total Axe stratégique 11</b>									

**Axe stratégique XII: Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique**

**Résultat 12:1 Comportement des familles en matière de fécondé a changé**

**Activités**

1									
2									
3									
4									
<b>Sous- total</b>									
<b>Sous- total Axe stratégique 12</b>									

**ANNEXE 3 : LISTE DES PARTICIPANTS DANS LE PROCESSUS D'ELABORATION ET FINALISATION DU GUIDE PERATIONNEL DE GESTION DU DISTRICT SANITAIRE AU BURUNDI**

**3.1. Participants dans l'atelier d'adaptation et finalisation du Guide Opérationnel de gestion du District Sanitaire à Gitega du 6 au 8 Mars 2019**

<b>N°</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Institution</b>	<b>Fonction</b>
1	Dr BARANKENYEREYE Véronique	DODS	Chef de service
2.	Dr NDIHOKUBWAYO Gilbert	DGSLs	Conseiller
3.	Dr NDAYONGEJE Pascal	SP/MSPLS	BCAI
4.	Dr NDIHOKUBWAYO Georgette	SP	Conseillère
5.	Dr NTAKARUTIMANA Boniface Evode	BDS Muramvya	MCD
6.	Dr NDINDURWAHA Thaddée	CTN-FBP/DGSLs	Conseillère
7.	Brigitte SIEBERG	Enabel/PASS-UE	ATI
8.	NSHIMIRIMANA Pacifique	BPS Muramvya	GSIS/Superviseur
9.	CISHAHAYO Angélique	DPSHA/MSPLS	Conseillère
10.	Ir NTWARI Fabrice	DISE	Conseillère
11.	SINDAYIHEBURA Violette	DRH	Chef de service
12.	NAHIMANA Jean Claude	DGR	DGR/CPM
12.	NIBIGIRA Eurase	DBA	Chef de service Approvisionnement
13.	NDIHOKUBWAYO Consolate	IFOSA	Conseillère
15.	NKURUNZIZA Alice	DPML	Conseillère
16.	Dr NTIJINAMA Audace	DPSE	Chef de méthodologie
17.	Dr NDAYIKEZA Christine	DGP	Conseillère
18.	NIYONZIMA Antoinette	DODS	Conseillère
19.	NTUNZWENIMANA Adamantine	DODS	Conseillère

### 3.2. Participants dans l'atelier de validation du Guide Opérationnel de gestion du District Sanitaire à Tiger's Conference à Kinanira /Bujumbura

N°	NOM ET PRRENOM	INSTITUTION REPRESENTE	FONCTION
1	NIYONKURU Noé	BDS Giteranyi	GESIS
2	MANIRAKIZA Caritas	BDS Cibitoke	Gestionnaire
3	CIZA Janvier	BDS Mabayi	GESIS
4	BIHARIRA Chrstophe	DODS	Conseiller
5	Dr DRAVE Mamadou	OMS	Consultant
6	Dr HAMADOU Nouhou	OMS	HSS Adviser
7	NGENDAKUMANA Boniface	DISE	Conseiller
8	KANYAMUNEZA Nadine	DRH	Conseiller Pédagogique
9	NDINDURUVUGO Didier	MDC	Conseiller
10	INAMAHORO Jeanne	DODS	Conseillère
11	GAHIMBARE Josélyne	DODS	Secrétaire
12	NDAYIZAMBA Elvis	DBA	Conseiller
13	NZOKIRA PROSPER	DBA	Conseiller
14	NINYITANGIRE Raphael	BDS MUYINGA	Superviseur
15	Dr NDAYONGEJE Pascal	SP/ BCAI	DBCAI
16	Dr KAMANA Jeanine	PNILMCT	Conseillère
17	Dr NDEREYE Juma	PNSR	Directeur
18	Dr LUKUSU Laïssa	PNILP	Conseillère
19	NTIRAKIRWA Perpetue	BPS Mwaro	Superviseur
20	Dr NDAYIKEZA Christine	DGP	Conseillère
21	NTAVYOHANYUMA Domine	DBA	Gestionnaire
22	HAKIZIMANA Mélance	DODS	Conseiller
23	NSABIYABANDI Léopord	BPS Cibitoke	Gestionnaire
24	HABONIMANA Léonce	BDS Mpanda	Gestionnaire
25	KURUBONE Pasteur	BDS Bubanza	Superviseur
26	NDABIRINDE Générose	BDS Ngozi	Superviseur
27	NSABIYEZE Nadine	BPS Ngozi	Superviseur
28	NAHIMANA Cyprien	BDS Buye	Superviseur

29	GIHARABUGA Jeanne	DODS	Superviseur
30	RUKERANDANGA Rénovat	BDS Kiremba	Superviseur
31	IRAMBONA Jeanine	MNINTER	Conseiller
32	Dr MUGISHO Etienne	CTB/PAISS	Coordinateur
33	HAVYARIMANA Daphrose	PNLS/IST	SE
34	BACANAMWO Béatrice	DPML	Gestionnaire
35	NIZIGAMA Déo	DPSHA	Communicateur
36	NZAMBIMANA Joseph	IHPB	CTP/RSS
37	NTNDIKIYE Léonard	MININTER	Dir .APM
38	DUNDAGUZA Albert	DPSHA	Communicateur
39	Dr KAMARIZA Rose	UNFPA	
40	KAMENYERO Dieudonné	BPS Bubanza	Vérificateur/BPS
41	NAHIMANA Gamaliel	BPS Muyinga	Superviseur
42	UWIZEYIMANA Violette	BDS Gashoho	Superviseur
43	NDAYISHIMIYE Josélyne	MTN	Gestionnaire
44	NTUNZWENIMANA Adamentine	DODS	Conseillère
45	Dr BARANKENYREYE Véronique	DODS	Chef de service

### 3.3. Participants dans l'atelier d'actualisation du Guide Opérationnel de gestion du District Sanitaire à Tanganyika Logde à Rumonge

N°	NOM ET PRRENOM	INSTITUTION REPRESENTE
	Dr MINANI Isaac	DGSSLS
	Dr MARONKO Boniface	DODS
	Dr BARANKENYEREYE Véronique	DODS
	Dr NKENGURUTSE Liliane	DODS
	NTUNZWENIMANA Adamantine	DODS
	BUNEKU Diomède	DODS
	NIYONZIMA Antoinette	DODS
	GIHARABUGA Jeanne	DODS
	Dr CIZA Alphonse	OMS
	Dr MUGISHO Etienne	PAISS/CTB
	Dr GAHUNGU Georges	UNFPA
	Dr MANIRAGABA Yves	IHPB
	BISORE Serge	MEASURE EVALUATION
	Dr HASSAN Asmini	DSNIS/MSPLS
	Dr AYINKAMIYE Jeanine	PNILMCTN
	Dr BAYISINGIZE Martin	PNILP
	Dr BIHORUBUSA Séverin	DPSHA
	Dr KAKUNZE Fabrice	PNSR
	Dr KAMWENUBUSA Godefroid	MSPLS/Cabinet
	Dr MANIRAMBONA Adeline	PNILT
	Dr MINANI Etienne	SP
	Dr MUHIMPUNDU Elvis	PNIMTNC
	Dr NAHAYO Anaclet	MDP Muramvya
	Dr NDAYIKEZA Christine	DGP
	Dr NDAYISABA Apollinaire	PEV
	Dr NDAYONGEJE Pascal	SP/BCAI
	Dr NDIKUMASABO J.Claude	MDP Rumonge

	Dr NDINDURWAHA Thaddée	CT-FBP
	Dr NDUWAYO Gilbert	DGSSLS
	Dr NITUNGA Nicolas	BPS Mwaro
	Dr NIYIBIZI Roland Willy	BPS Gitega
	Dr NKESHIMANA Désiré	IGSPLS
	Dr NKUNZIMANA Félicité	PNLS/IST
	Dr NKURUNZIZA Emile	BDS Rumonge
	Dr SINARINZI Pierre	BDS Cankuzo
	Dr TUMWIBAZE Alice	PRONIANUT
	Dr NDUWAYO Gilbert	DGSSLS
	IRATABARA Alphonsine	MIN DEV COMM
	KARIKUMUTIMA Jean	DPSE
	MUZANEZA Bénigne	DRH
	NAHIMANA Josephine	DBA
	NDAYIZAMBA Elvis	DBA
	NDUWIMANA Jean-Marie	Province Rumonge
	NGENDAKUMANA Boniface	DISE
	NKURUNZIZA Alice	DPML
	NTAKIRATSA Carito	DGR
	NTANDIKIYE Léonard	MININTER
	NZOKIRA Prospère	DBA