

RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DE LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO: UNE BREVE EVALUATION¹

¹Ce rapport est basé sur une mission conjointe de l’OMS siège et AFRO à Ougadougou les 30 et 31 mars 2009. L’équipe comprenait Fern Greenwell, Johan Lemarchand, Peter Ebongue Mbondji et Edoh William Soubey-Alley). La mission a permis de rencontrer les experts du Ministère de la Santé, de l’Institut national de la Statistique et de la Démographie, l’Institut de Recherche en Sciences de la Santé et l’Ambassade des Pays-Bas.

Renforcement du système de suivi et évaluation dans le cadre de la surveillance de la performance du système de santé au Burkina Faso : une brève évaluation

Population: 14,017,262 et Taux moyen d'accroissement annuel de 3.1% (Recensement de 2006)

Pourcentage de la population en zone urbaine: 22.7%

Nombre de zones administratives: 13 régions, 45 provinces, 63 districts sanitaires, 300 départements et environ 9000 villages

Contexte

La mise à l'échelle des interventions pour une meilleure santé est sans précédent tant pour les ressources potentielles que pour le nombre d'initiatives impliquées. Une si grande expérience exige un suivi harmonisé et un effort d'évaluation qui renforce le besoin de démontrer les résultats au niveau national et mondial afin de garantir les futurs financements et augmenter les bases factuelles pour l'intervention. Finalement, les efforts entrepris pour mettre à l'échelle les interventions seront jugés par le progrès du pays vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, le degré auquel les principales contraintes de santé dans les pays ont été abordées et l'adhésion à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

Un cadre commun de suivi de la performance et l'évaluation de la mise à l'échelle pour une meilleure santé a pour but d'assurer que la demande de responsabilité et de résultats par les donateurs et les initiatives communes, est traduite en efforts bien coordonnés de suivi de la performance et l'évaluation du progrès dans les pays. Il traduit les principes de la Déclaration de Paris en un cadre de responsabilité commune et de résultats. Il souligne l'importance de travailler de façon à contribuer au renforcement de la capacité organisationnelle et des systèmes d'information sanitaire, aussi bien que l'amélioration des bases factuelles pour la prise de décision et de la performance des pays. Le cadre mondial avec ses implications pour le suivi et l'évaluation (S&E) et les six principes figurent en Annexe A.

Le cadre mondial doit être opérationnel au niveau des pays. La plateforme de surveillance des systèmes de santé des pays (SSSP) aspire à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données dont on a besoin pour renseigner les revues du secteur de la santé et les processus de planification et pour le suivi de la performance des systèmes de santé. Il y a trois dimensions à ce processus pour renforcer la composante de suivi et évaluation du pacte national de la santé.

- Demande et utilisation d'information: améliorer l'utilisation de bases factuelles dans les processus décisionnels, en se focalisant sur les plans des pays
- Provision de données et statistiques: augmenter la disponibilité et la qualité des données au cours du processus décisionnel
- Renforcer les capacités institutionnelles: appuyer les capacités nationales pour l'évaluation et le suivi des systèmes de santé et leur performance.

Le cadre de responsabilité et de résultats a pour but d'identifier un ensemble minimal d'indicateurs avec des stratégies de mesure précises. Ces indicateurs seront la base pour l'élaboration de rapport régulier de résultats solides pour l'évaluation du progrès par rapport à des cibles et la performance dans les pays et entre les pays. Le cadre, les indicateurs et les stratégies de mesure devraient également couvrir des programmes spécifiques de maladies et le renforcement des systèmes de santé en général, de même que la base pour l'élaboration d'un rapport général. Cela devrait

être soutenu par des efforts globaux qui réduisent au minimum les exigences de l'élaboration de rapport par les pays.

1. Processus national de revue du secteur de la santé

L'examen du deuxième rapport sur la Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Burkina Faso (SRP-2) finalisé en 2004, montre la voie pour la première revue du secteur de la santé qui aura lieu en 2010. Plusieurs documents clefs concernant la santé ont été produits et des comités de revue ont été établis pour préparer la revue annuelle du secteur de santé. Les partenaires clés incluent l'OMS, l'UNICEF, l'Union Européenne, le Fond Mondial, la Banque Africaine de Développement, la BID et d'autres.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010 a été développé pour rendre opérationnelle la politique nationale de santé. Le développement du PNDS a été suivi par un plan triennal 2001-2003 de mise en œuvre opérationnelle couvrant 2003-2005. Le précédent PNDS de 2001 à 2010 a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours en septembre 2005. Des points forts ainsi que les défis et points à améliorer ont été relevés dans les huit objectifs intermédiaires mentionnés prévus dans le PNDS. En ce qui concerne les systèmes de suivi dans le cadre de la multisectorialité, il est recommandé de conduire une analyse régulière des disparités de performances entre structures similaires à partir des indicateurs de suivi du PNDS.

Le plan 2006-2010, comme celui couvrant la période des cinq premières années, aspire à réduire la mortalité et la morbidité et à améliorer les objectifs intermédiaires nécessaires à ces réductions. ce plan était développé en comités techniques regroupant les membres du Ministère de la Santé, les autorités régionales et de districts et les partenaires techniques et financiers. Le plan prend en compte la politique nationale de santé, le PNDS, le DSRP, les OMD, les rapports des comités de suivi sur la mise en œuvre du PNDS et l'évaluation à mi-parcours du PNDS.

Le plan 2006-2010 est basé sur des 'paquets d'interventions à gain rapide' où le focus est sur un ensemble de financement d'interventions et de suivi d'indicateurs apparentés qui pourraient avoir un impact sur le VIH/Sida, le paludisme, la santé de la mère et de l'enfant ainsi que la nutrition.

En 2003, deux entités techniques ont été créées pour surveiller la mise en œuvre du PNDS, le comité de suivi multisectoriel et le secrétariat technique. Le comité de suivi comprend six sous-comités thématiques qui ont été créés pour superviser régulièrement la mise en œuvre du PNDS y compris : 1. Les ressources humaines, 2. la décentralisation, 3. le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé, 4. le secteur privé, 5. l'approche sectorielle et le financement de la santé, et 6. les indicateurs. Par contre, une observation a été faite par un partenaire que les sous-comités ne fonctionnent pas correctement comme prévu pour la revue du PNDS mais ils devraient être rendu fonctionnels pour la revue annuelle du secteur de la santé.

Le Burkina Faso prévoit une revue du secteur de santé en 2010. Une note technique doit en préciser le contenu et le procédé. La sélection des indicateurs pour cette revue se fera à partir des 42 indicateurs retenus pour le suivi du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Cette revue de secteur de santé contribuera à l'orientation du nouveau PNDS qui couvrira la période 2011-2020. De plus, il était également prévu de créer un comité externe pour évaluer le PNDS 2001-2010 avant le développement du PNDS 2011-2020.

Des comptes rendus trimestriels sont produits avec la contribution des Direction régionales de la santé, les Centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR/CHU)

et les Districts sanitaires (DS). Sur la base des rapports de progrès, le secrétariat technique produit un rapport de synthèse, qui contribue à la prise de décisions et des actions pour renforcer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de leur plan d'actions annuel. Les indicateurs qui sont suivis dans ces rapports de progrès ont été révisés en 2003 et 2005 et passés de nouveau en revue pour le suivi du PNDS 2006-2010. Un atelier a été organisé en juillet 2008 pour mettre à jour cette liste d'indicateurs des rapports de progrès et faire un consensus sur lequel les indicateurs seront régulièrement suivis.

Le réseau de métrologie sanitaire (RMS) a conduit une évaluation en 2008 qui met en évidence les forces et les faiblesses du système d'information sanitaire (SIS), en particulier en ce qui concerne les ressources et les indicateurs, les produits de l'information incluant la qualité des données, la dissémination et l'utilisation de l'information et la synthèse d'information. Les conclusions de cette évaluation et les recommandations seront prises en compte pour développer avant fin 2009 le plan stratégique du renforcement SIS.

Les Pays Bas ont commandé une mission en mars 2009 par des experts de l'université d'Oslo pour présenter le logiciel de gestion des données sanitaires de routine au niveau des districts. Le but de cette mission est de renforcer le système actuel de gestion des rapports mensuels de données de routine agrégées (RASI¹) par un logiciel robuste qui utilise les techniques d'entrepôt de données pouvant être mises à jour à travers les pages web sur Internet. L'institut national de la statistique et de la démographie a également commencé en 2008 la phase une d'archivage des données en collaboration avec une équipe de l'ADP (Accelerated Data Programme) de l'OCDE dans le cadre de l'établissement d'un catalogue de micro-données d'enquêtes (Rapport commun INSD/OECD, janvier 2009)

Burkina Faso n'a pas encore signé le partenariat international pour la santé et les initiatives apparentées (IHP+). Bien qu'il y ait eu des discussions de haut niveau quant à la signature d'un pacte national, le Burkina Faso a pris la décision d'attendre. La signature du pacte national de santé aurait dû entraîner le développement et la finalisation d'un projet «Compact», la validation par une équipe au niveau national, l'organisation d'une table ronde de haut niveau ainsi que la signature et la mise en œuvre du pacte national de santé. La délégation du Burkina à la réunion de Lusaka sur IHP+ en mars 2008 a plutôt recommandé de faire plus de réflexion et d'observer d'autres pays signataires du pacte afin de déterminer la valeur ajoutée d'une telle signature.

Le financement de la revue annuelle du secteur de la santé est assuré par le budget de l'état. Le programme d'appuis au développement sanitaire (PADS) est la modalité commune de financement qui a été créée en 2002 pour assurer que les districts sanitaires reçoivent le financement nécessaire. Les partenaires contribuant à ce fond incluent les Pays-Bas, la Suède, la France, l'UNFPA, l'UNICEF et d'autres. L'OMS ne contribue pas encore, mais les discussions sont en cours. Le fait que l'OMS qui assure l'appui technique par exemple, doit passer par le Ministère des Finances, ralentit considérablement le processus et bloque la comptabilisation de cette contribution en assistance technique - les demandes d'assistance technique peuvent prendre 1-2 ans pour passer par le Ministère des Finances. La Banque mondiale n'acceptant pas un tel dispositif de financement commun n'est donc pas un contributeur. Les donateurs qui investissent dans l'infrastructure (par exemple, le Taiwan, la BAD, la Fondation Islamique) ne contribuent pas aussi au PADS. En général le PADS a significativement réduit les sources de financement et se consacre à la planification commune et à des

¹ RASI: Rapport d'activité sanitaire informatisé

mécanismes d'achat, mais malheureusement certains contributeurs continuent à affecter leurs fonds pour certaines activités ou à des secteurs géographiques. Le financement des plans de districts sanitaires est basé sur 'les paquets d'intervention à gain rapide' pour les OMD 1, 4, 5 et 6 et catégorisé dans des objectifs intermédiaires par secteur. Les plus de 200 lignes budgétaires d'activité des districts sont alors financées sur budget national et sur engagement des partenaires.

2. Suivi et Evaluation

La Direction des études et planification du Ministère de la santé a établi la liste finale des indicateurs intermédiaires et les indicateurs de suivi trimestriel du progrès des districts sanitaire. Il y a un total de 44 indicateurs du PNDS permettant de suivre à la trace le progrès intermédiaire et qui comprennent 19 indicateurs d'intrant/processus, 18 indicateurs de résultat et 7 indicateurs d'impact. Ces indicateurs sont suivis et font l'objet d'un rapport annuel, sauf 6 qui sont suivis semestriellement et 5 indicateurs d'impact qui sont suivis tous les cinq ans (Annexe B). Les indicateurs retenus par objectif intermédiaire sont divisés en dix domaines thématiques principaux:

1. Accroissement de la couverture sanitaire nationale (1-5) : 5 indicateurs intrants /processus
2. Amélioration de la qualité et l'utilisation des services (6-12) : 3 indicateurs de résultats et 4 indicateurs d'intrants /processus
3. Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles (13-24) : 11 indicateurs de résultat et un indicateur d'impact
4. Réduction de la transmission du VIH/Sida (25-26a/26b) : 3 indicateurs de résultat/impact
5. Développement des ressources humaines (27-28) : 2 indicateurs d'intrant/processus
6. Amélioration de la prise en charge du malade (29-31) : 3 indicateurs d'intrants / processus
7. Accroissement des financements en faveur de la santé (32-35) : 4 indicateurs d'intrants / processus
8. Renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (36-37) : 1 indicateur d'intrant / processus et un indicateur de résultat
9. 5 Indicateurs d'impact (38-42)

Indicateurs de progrès des districts. Le canevas et guide d'élaboration des rapports de progrès des districts sanitaires (janvier 2009) contient la liste des indicateurs retenus pour le suivi de la performance des districts sanitaires. Les 92 indicateurs retenus permettant de mesurer les progrès trimestriels des districts sont regroupés en 10 thèmes :

1. la coordination (1-4) ;
2. la participation communautaire (5-7);
3. l'appui aux équipes des formations sanitaires (8-15);
4. la supervision (16-21);
5. le système d'information sanitaire (22-30);
6. le contrôle (31-32);
7. la disponibilité des MEG (33-36);
8. les soins curatifs, préventifs et promotionnels (37-38);
9. le paquet complémentaire d'activités (69-84);
10. l'exécution du plan d'action (85-92).

Ce *guide d'élaboration des rapports de progrès des districts sanitaires* donne également en annexe une liste des 45 médicaments essentiels, aussi bien que les 20

médicaments génériques traceurs. Un exemple de la fiche de rapport trimestriel y est également joint.

3. Sources de données

Le Ministère de la santé vient de mettre en place une Direction Générale de l'Information Sanitaire et Statistique (DGISS). Cette nouvelle direction est en charge d'élaborer actuellement un plan stratégique de renforcement de l'information sanitaire. Le but est de mettre en place un nouveau système d'information sanitaire (SIS) basé sur une seule base de données intégrée. Ce nouveau système doit garantir la collecte de données pour la revue du secteur de santé de manière pérenne. Le plan stratégique doit être finalisé dans les prochaines semaines.

Au cours de la décennie passée, les données sur les indicateurs sont collectées dans la population par l'INSD à travers des recensements et enquêtes nationaux. Les indicateurs calculés à partir des données de routine font l'objet d'un rapport par la DEP du Ministère de la Santé. Une évaluation récente des différentes sources de données a été effectuée à travers un financement du RMS et a fait l'objet d'un rapport.

Recensement de la population.

L'INSD a conduit un recensement général de population en 1996 et de nouveau en 2006. Les résultats préliminaires du recensement de 2006 sont disponibles.

Système d'information et de gestion de routine.

La DGISS a reçu le mandat de collecter les données sanitaires et de mettre en place un nouveau système d'information. L'information sanitaire de routine est actuellement collectée à travers le RASI (Rapport d'Activité Sanitaire Informatisé) installé et fonctionnel dans tous les districts sanitaires depuis 2006 et le SIGIS (Système d'Information de Gestion des Indicateurs de Santé). Les deux systèmes sont élaborés avec une base de données MS Access. La base du RASI contient 1300 formations sanitaires sans les hôpitaux de 1er et 2ème échelon ni les centres privés. Le SIGIS est un système plus récent qui contient 1617 formations sanitaires incluant les hôpitaux CHR et CHU.

La base de données du HealthMapper relative au Burkina Faso contient beaucoup d'informations géographiques avec notamment la localisation des centres de santé, des points d'eau, des écoles et des villages. Une carte sanitaire du Burkina Faso a été élaborée en 2007 à partir de la base du HealthMapper qui comprend 1724 formations sanitaires avec des coordonnées GPS. Enfin, dans le cadre de l'apurement des fichiers villages issus du recensement de 2006, l'Institut national de la statistique et de la démographie doit pouvoir fournir prochainement la liste des villages avec leur population et leur localisation.

La DGISS a souligné sa volonté de mettre en place une seule base de données intégrée et la nécessité de réduire le nombre d'outils de collecte de données. Le système de routine capture les données sur une base mensuelle et trimestrielle. Pour le moment, la saisie des données s'effectue grâce à des formulaires Access dans chaque district sanitaire. Ensuite le district envoie par email les données au niveau central. La base de données nationale est gérée par la DGISS.

Pour les formations sanitaires, il existe de nombreuses bases de données qui sont souvent incomplètes et qui ne sont pas liées entre elles. A travers le SIGIS et le RASI,

un code unique est attribué dans la base de données pour chaque formation sanitaire. La liste des centres de santé est différente dans l'évaluation du fond mondial et dans la base du HealthMapper. Il est recommandé d'établir une liste unique de formations sanitaires contenant ce code unique et les coordonnées géographiques. Cette liste pourra être utilisée pour les prochaines enquêtes et pourra être actualisée. L'utilisation d'un code unique facilitera l'intégration des différentes bases de données. En ce qui concerne les données géographiques, une grande partie peut être récupérée pour une utilisation future.

Enquêtes dans la population.

Le plan d'exécution des enquêtes au cours de la prochaine décennie n'est pas disponible toutefois il est à remarquer que le Burkina a respecté jusqu'à présent depuis 1990 le calendrier des enquêtes dans la population :

- Quatre enquêtes démographiques et de santé (EDS) ont été exécutées en 1992/93, 1998/99, 2003 et l'EDS de 2009 sera faite pendant l'été et comprendra des tests VIH et de parasitémie.
- Une enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) a été faite en 1996
- Une enquête budget consommation EBCVM en 2003
- L'enquête mondiale sur la santé en 2003
- Questionnaire des Indicateurs de Bien Etre (QUIBB) 2007 ;
- Deux enquêtes VIH dans la population le plus à risque en 2005 et 2006 chez les travailleuses du sexe. La détection des cas a été conduite dans l'armée, chez les mineurs et les chauffeurs routiers en 2003 ;
- D'autres enquêtes socio-économiques ont été faites : Enquête économique dans les ménages en 2001 par la Banque mondiale ; Enquête sur le chômage à Ouagadougou entre 2001-2003 par BIT ; les enquêtes agricoles annuelles de 1994 à 2008

Enregistrement des données d'état civil

L'enregistrement des données d'état civil est géré par l'Administration Territoriale. Ce volet est le plus faible maillon du système d'information sanitaire selon l'auto-évaluation RMS de décembre 2008.

Sites sentinelles démographiques

Il existe quatre sites sentinelles démographiques au Burkina Faso, trois de ces sites font partie du réseau IN-DEPTH : 1) Nouna est le premier site établi ; 2) Sapone à 20 km de Ouagadougou, et 3) Kaya à 50 km de Ouagadougou en cours d'enregistrement par l'IRSS auprès de IN-DEPTH et 4) le site urbain de ISSP à Ouagadougou.

Surveillance de la maladie

- Surveillance de maladie à caractère épidémiologique aigu, comme la méningite, la fièvre jaune etc.: Ce volet fait partie des attributions de la Direction générale de la Santé qui comprend un certain nombre de sous direction dont celle de la lutte contre la maladie. Le rôle de la direction de la lutte contre la maladie est de concevoir, planifier, coordonner et évaluer la mise en œuvre des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, d'organiser et coordonner la surveillance des maladies endémiques et des maladies à potentiel épidémique. Cette surveillance constitue un domaine prioritaire du mécanisme de suivi et évaluation du secteur de la santé. Il est recommandé que le lien entre la DGISS et la DLM soit

renforcé pour un suivi régulier des districts les plus touchés par les maladies à potentiel épidémique telles que la méningite, etc,...

- Sites sentinelles de planification familiale et de consultation prénatale: 3 sites sont établis en 1997. Actuellement il y a 13 sites dont 6 urbains et 7 ruraux. Le 2ème protocole de génération est utilisé. Environ 6500-7000 femmes enceintes par an sont évaluées pour le VIH et les maladies sexuellement transmissibles.
- Tuberculose: Le système de surveillance fonctionne bien selon une évaluation détaillée du Fond Mondial en 2008

Enquêtes dans les établissements sanitaires

Une évaluation complète de 13 districts sanitaires sélectionnés au hasard dans les 13 régions a été menée en 2008 dans le cas de l'évaluation à cinq ans du Fond Mondial. Cette base de données comprend 709 formations sanitaires y compris les pharmacies et les dépôts de médicaments. Les coordonnées GPS ont été validées et corrigées pour 476 établissements de santé. Un exemple d'exploitation de la base de données des 13 districts se trouve en Annexe C.

Données administratives

Financement : les premiers comptes nationaux de la santé (CNS) en utilisant la méthodologie recommandée par l'OMS, ont été conduits en 2005 et ont permis de documenter les dépenses de santé en 2003 et 2004. Le second CNS a été conduit en 2007, et tient compte des dépenses de 2005 avec des sous-comptes pour le paludisme et le VIH/SIDA. Le CNS le plus récent, de 2008, avec des sous-comptes pour le VIH/SIDA, la TB et le paludisme, couvre les dépenses de 2003 à 2006. Le rapport des CNS de 2008 propose de mettre en place des outils qui faciliteront la collecte des données financières en 'temps réel'.

Ressources humaines: La base de données des établissements sanitaires disponible au niveau de la DGIS contient des données sur les ressources humaines. Elle doit être cependant mise à jour avec les nouvelles données disponibles pour les 13 districts qui ont fait l'objet d'une évaluation récente. Un plan de mise à jour systématique doit être mis au point avec une priorité accordée aux autres districts.

4. Mécanismes de contrôle de la qualité des données

Vérification de la qualité des données sanitaires de routine

- La vérification de la promptitude et de la complétude des rapports : La DEP reçoit les rapports mensuels des établissements sanitaires saisis par les districts et met à jour la base de données RASI. Ce système automatique permet de vérifier si tous les rapports sont reçus des districts et/ou s'il n'y a pas de rapports incomplets mais, on ne peut pas savoir si la complétude et l'opportunité sont évaluées sur une base régulière et si un suivi est fait pour les données manquantes et pour les rapports incomplets.
- Evaluations de l'exactitude des rapports (supervision) : La supervision sur le terrain semble être trop coûteuse pour la DGISS pour évaluer l'exactitude des rapports envoyés par un district et par un établissement sanitaire donné. Toutefois, la DEP entreprend des supervisions sur le terrain et est responsable pour le suivi des indicateurs au niveau des districts. Ces informations constituent une source importante de vérification des données de routine collectées mensuellement.

- La réconciliation des données d'enquêtes et des établissements : Ceci n'a pas été évalué pendant la mission des consultants en Mars/Avril 2009. Mais, une vérification rapide des codes des établissements attribués dans RASI et des points géo-référencés à partir de données obtenues pendant l'enquête de l'impact à 5ans du Fond mondial et la cartographie de l'offre des services de 2005 a été fait et une différence a été observée.
- Mécanismes d'évaluation indépendante : L'existence d'un tel mécanisme n'a pas été rapportée pendant la mission.

5. Accès aux données, analyse et dissémination

La DEP a utilisé à maintes reprises les données de routine pour suivre les indicateurs au niveau national et des districts. Les annuaires de statistiques sanitaires sont publiés régulièrement. Les domaines spécifiques pour lesquels les données sont publiées comprennent la santé maternelle, la nutrition, les soins curatifs, les maladies sexuellement transmissibles, les soins hospitaliers, la chirurgie, les laboratoires, l'éducation pour la santé, les maladies à intérêt spécifique, le paludisme et la santé des travailleurs. Une série d'indicateurs sur les hospitalisations est également présentée dans l'annuaire. La DEP avait publié également pour 2006 et 2007 un tableau de bord qui présente les tendances de certains indicateurs clés sous forme de tableaux détaillés, graphiques et cartes.

La DEP produit également des rapports de progrès réguliers basés sur six mois de visites de supervision dans les districts. Ces rapports sont utilisés pour faire la synthèse des résultats. Une autre publication utile produit en 2007 est la liste des indicateurs essentiels du système national d'information sanitaire: Manuel de référence. Ce manuel inclut la définition des indicateurs, la source des données et les méthodes de calcul.

En termes de gestion des données de routine, la Direction Générale de l'Information sanitaire et la Statistique (DGISS) utilise le RASI et le SIGIST pour le stockage et l'analyse. D'autres bases de données telles que la base de données de gestion des équipements sanitaires utilisent HealthMapper et l'enquête dans les établissements sanitaires pour mettre à jour la base de données mais la périodicité et la méthode exacte n'est pas précisées. Les micro-données de la dernière enquête dans les établissements ont été archivées par IRSS et seront disponibles bientôt sur Internet après l'atelier de dissémination prévu en fin juin 2009.

La base de données DEVINFO ne fonctionne pas correctement pour faciliter la gestion des indicateurs des OMD.

5. Capacités institutionnelles

DGISS: La DEP a été stratégiquement réorganisée et une nouvelle direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS) a été créée. Cette nouvelle direction a été élevée à un haut statut dans le Ministère et aura entre autres fonctions la collecte des données de routine assurée autrefois par la DEP (Voir le nouvel Organigramme du Ministère de la Santé). Plusieurs sous-départements sont en création sous la nouvelle direction. La DGISS passe actuellement en revue ses outils de gestion y compris les bases de données en accès telles que RASI et SIGIST. Après cette revue, une décision doit être prise pour déterminer des futures utilisations des bases de données actuelles en ACCESS. La DGISS collabore étroitement avec l'institut national de la statistique et de la démographie (INSD) dans la mise en œuvre des enquêtes dans les ménages et des recensements.

DEP: Entre autres fonctions, la Direction des études et de la planification est chargée de centraliser l'ensemble des données relatives à tous les projets et programmes en cours de réalisation ou à réaliser, de suivre et contrôler la bonne exécution des projets du Ministère inscrits ou non dans les plans et programmes de développement, d'assurer l'organisation de la documentation du Ministère et de coordonner la recherche en santé. La DEP est chargée également du suivi et de la mise en œuvre des plans des districts à travers la synthèse des résultats et la revue de la performance du secteur de la santé. Une évaluation à mi-parcours du PNDS a été faite en 2005 par un groupe d'experts nationaux et internationaux.

Institutions de recherche: L'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) de Ouagadougou, a été créé en 1997 comme un des quatre centres nationaux de recherche scientifique et de technologie. Il emploie une équipe de 15-20 chercheurs interdisciplinaires, y compris des épidémiologistes, des démographes, des pharmaciens, des biostatisticiens, des nutritionnistes, des économistes de la santé et des sociologues. IRSS conduit la recherche opérationnelle sur le HIV/SIDA, le paludisme, la nutrition et la tuberculose. Les exemples d'activités récentes de recherche incluent : Impact du programme d'accélération de l'accès aux ARV dans le fonctionnement des formations sanitaires (Banque mondiale); L'évaluation des 5 ans du Fond Mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le paludisme au Burkina Faso (Macro International); Facteurs explicatifs des disparités spatiales de prévalence du VIH/sida au Burkina Faso; Pratiques de prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso (TDR/WHO); Système de Surveillance Démographique et Epidémiologique de Kaya (KaDESS); Les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins au Bénin, Burkina Faso et Niger (« Alliance for Health Policy and systems research» de l'OMS); Stigmatisation et fréquentation des structures de PEC des PVVIH par les hommes au Burkina Faso.

Le GREFSaD, à Bobo-Dioulasso, est une autre institution de recherche avec environ douze personnes employées à plein temps, formées en collecte et analyse des données y compris l'expérience gagnée dans la collecte des données dans les ménages en utilisant les PDA dans le cadre de l'évaluation du Fonds Mondial. Quelques exemples de recherche de GREFSaD incluent une évaluation de l'initiative de mortalité maternelle (IMMPACT), la fréquence, la prévention et le traitement de fistulaire obstétrique, étude de la validation de l'instrument d'autopsie verbal sur PDA, la fréquence de VIH parmi les enfants nés de mères séropositives recevant une prophylaxie PMTCT, ainsi que d'autres sujets de recherche. Les sources de financement comprennent des sources nationales (par exemple, Ministère de la Santé et SP/CNLS) et des sources internationales (par exemple Université Aberdeen, École d'Hygiène et Médecine Tropicale de Londres, Fondation Bill & Melinda Gates, Wellcome Trust, Macro International, DFID, USAID et Financement de la Coopération Française).

6. Conclusions et recommandations

Bien qu'il n'existe pas un mécanisme spécial de coordination du suivi et évaluation du système national de santé, le Ministère de la Santé du Burkina Faso a mis au point un suivi régulier du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 et a conduit une évaluation à mi-parcours dans un souci permanent de vérifier les buts qu'ils se sont fixés dans la mise en œuvre du PNDS. Le système de suivi et évaluation est le résultat de beaucoup d'années d'expérience dans la collecte de données de gestion routinière et la mise en place progressive d'une base de données permettant de suivre et de faire la synthèse des données collectées dans les établissements sanitaires en produisant les statistiques sanitaires annuelles avec des tableaux de bord.

Ces résultats sont publiés régulièrement sur une base trimestrielle et annuelle et sont également disponibles sur Internet pour faciliter la prise de décision: <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/index.jsp> .

Les défis qui se posent au Ministère de la Santé en matière de suivi et évaluation sont dans deux axes principaux. D'abord, un mécanisme systématique et indépendant de vérification de la qualité de données doit être établi. Deuxièmement, les bases de données doivent être mises à jour régulièrement pour faciliter l'analyse des tendances et la synthèse des résultats. Particulièrement la base de données des établissements sanitaires doit être mise à jour pour s'assurer que les établissements sanitaires des secteurs public et privé sont pris en compte dans la base et sont fonctionnels selon les normes nationales. De plus, la mise à l'échelle des interventions clés dans les districts sanitaires doit faire l'objet d'un suivi annuel régulier en complément des rapports annuels de progrès qui se font actuellement.

La présente évaluation de la surveillance du système national de santé du Burkina Faso a permis de dégager quelques recommandations que l'OMS et les partenaires au développement du secteur de santé pourront appuyer dans sa mise en œuvre :

1. Finaliser le plan stratégique du renforcement du système national d'information sanitaire : Le plan stratégique du SNIS est actuellement en cours d'élaboration. Il est recommandé d'inclure dans ce plan, un plan des enquêtes de ménages à conduire tous les deux à trois ans tout en incorporant à chaque enquête un volet utilisation des services de santé et en se focalisant sur les indicateurs d'impact. Il est également recommandé de mettre l'accent sur le développement d'une base de données ou entrepôt de données accessible sur Intranet et Internet (Ministère de la Santé, OMS et autres partenaires intéressés).
2. Etablir un système systématique d'enregistrement des naissances et des décès avec attribution des causes de décès : Le système actuel bien que faible pourrait être renforcé en utilisant l'expérience acquise dans le cadre des sites de surveillances démographiques du réseau INDEPTH et selon le plan national de renforcement des statistiques avec la collaboration de l'INSD et autres partenaires comme UNICEF (Ministère de la Santé et autres Ministères concernés, UNICEF, UNFPA, OMS)
3. Créer un organe de coordination du mécanisme de suivi et évaluation annuel du secteur de la santé au sein de la DEP et/ou de la DGISS chargé de publier le tableau de bord de la performance du système de santé. Il est recommandé que ces deux directions - DGISS et DEP - collaborent étroitement pour renforcer et élargir les acquis actuels en matière de suivi et évaluation du PNDS et publier tous les ans le tableau de bord de la performance du système de santé (Ministère de la Santé, OMS, Banque Mondiale et autres partenaires intéressés)
4. Etablir un mécanisme de revue annuelle du secteur de santé avec un suivi et évaluation régulier des établissements sanitaires: Un tel mécanisme devrait conduire à un recensement annuel des établissements sanitaires dans un certain nombre de districts sélectionnés, permettant ainsi de mettre à jour la base de données des établissements sanitaires sur une base régulière prévue. Par exemple, pour compléter le recensement des établissements sanitaires des 13 districts évalués en 2008 dans le cadre de l'évaluation à cinq ans du Fonds Mondial, un nouveau recensement des établissements sanitaires pourrait être conduit dans un autre échantillon de 13 autres districts sélectionnés pour compléter et mettre à jour la base de données des établissements sanitaires; l'année prochaine, un autre échantillon de 13 autres districts pourraient être sélectionnés et ainsi de suite jusqu'à la mise à jour complète de la base de données des établissements sanitaires (OMS, Ministère de la Santé, IRSS).

5. Incorporer des procédures de validation dans l'évaluation des établissements sanitaires pour vérifier les données existantes au niveau central par rapport aux nouvelles données collectées dans les districts. Quelques variables clefs et périodes pourraient être sélectionnées pour faire la validation au moment du recensement des établissements sanitaires (Ministère de la Santé, IRSS).
6. Les données des établissements sanitaires devraient être intégrées dans le système de suivi et évaluation du Ministère de la Santé et disponibles pour de nouvelles analyses et la cartographie de l'offre des services. Deux institutions de recherche ont été formées à l'archivage des données sur le web. La DGISS pourrait établir un lien avec ces institutions pour qu'un appui soit donné afin de faciliter l'archivage et l'accès aux données du Ministère (Ministère de la Santé)
7. Renforcer la capacité pour la collecte systématique des données dans les établissements sanitaires. La capacité existante acquise par le personnel de IRSS pourrait être renforcée dans d'autres institutions associées comme la DGISS pour que la collecte de données soit systématique et intégrée dans le système actuel de suivi et évaluation à travers une enquête annuelle dans les établissements sanitaires dans les districts sélectionnés. Plus particulièrement, la capacité en gestion et analyse des données devrait être renforcée, y compris la conception de questionnaires, la collecte de données, la vérification de la qualité de données, leur analyse et leur synthèse. Il est recommandé également de constituer un réseau d'experts qui seront disponibles pour apporter un appui à un autre pays si nécessaire.

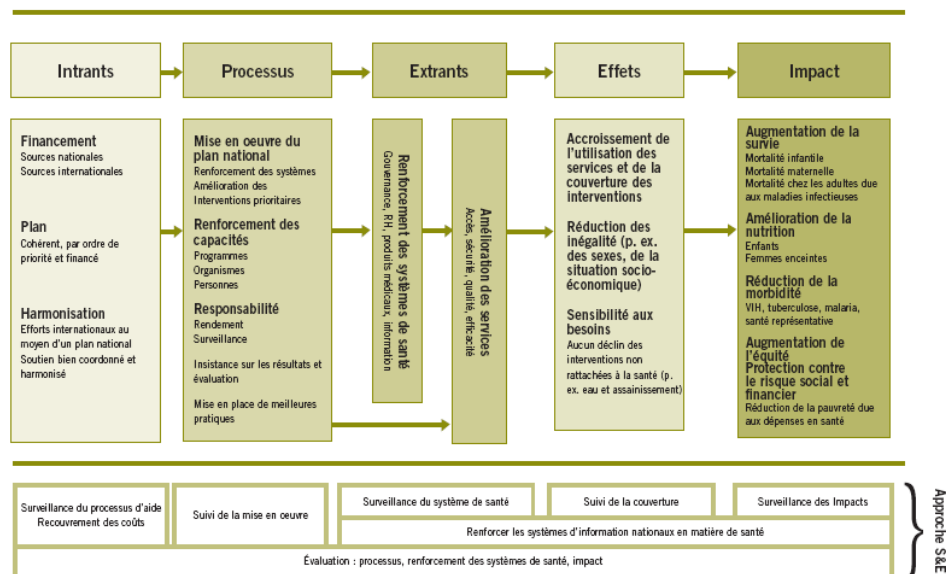
Annexe A IHP+ Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes : Cadre de référence pour la surveillance du rendement et l'évaluation

La section supérieure du cadre de référence montre l'ordre utilisé pour le suivi et l'évaluation des intrants et processus aux extrants, effets et impact. En bas du schéma, on montre les actions proposées pour le suivi amélioré de la performance et l'évaluation. Le cadre de l'évaluation de la mise à l'échelle, dans l'esprit de la Déclaration de Paris, peut être traduit dans les six principes suivants:

1. **Action collective:** Le premier centre d'intérêt devrait être axé sur la contribution des efforts collectifs pour la mise à l'échelle de la réponse du secteur de santé dans les pays.
2. **Alignement avec les processus nationaux:** le suivi du rendement et l'évaluation devrait être bâtis sur des processus nationaux que les pays ont établi pour évaluer et faire la revue des progrès dans la mise en œuvre des plans nationaux de santé.
3. **Juste milieu entre la participation du pays et l'indépendance:** Le processus d'évaluation devrait être guidé par les besoins des pays mais, conduit de telle sorte que leur indépendance soit maintenue.
4. **Harmonisation d'approches d'évaluation et de rendement:** Les évaluations de la mise à l'échelle devraient utilisées de communs protocoles, indicateurs de résultats standardisés et outils de mesure avec les adaptations appropriées et sous la direction des pays, réduisant au minimum les évaluations séparées et les efforts des initiatives individuelles, des financements et des programmes.
5. **Renforcement des capacités et des systèmes d'information sanitaire:** l'engagement systématique des institutions du pays dans le suivi et l'évaluation du rendement est nécessaire pour renforcer les systèmes d'information sanitaire et pour promouvoir la capacité locale pour l'analyse et la demande d'information et de bases factuelles.

Financement adéquat: En règle générale, entre 5 % et 10 % des fonds destinés à la mise à l'échelle doivent être mis de côté pour le suivi et l'évaluation du rendement, la recherche opérationnelle et le renforcement des systèmes d'information sanitaire.

Cadre commun de référence pour la surveillance du rendement et l'évaluation de l'amélioration de la santé



Annexe B 1 : Liste des 42 indicateurs intermédiaires du PNDS 2001-2010

I. LA LISTE DES INDICATEURS RETENUS DANS LE CADRE DU SUIVI DU PNDS

Indicateur / Programme	Type d'indicateur	Niveau de collecte	Source de vérification	Périodicité
I Accroissement de la couverture sanitaire nationale				
1 Rayon moyen d'action des formations sanitaires (CSPS)	Ressource/Processus	Districts	SNIS	Annuelle
2 Pourcentage des formations sanitaires fonctionnelles selon les normes minimales requises	Ressource/Processus	National	Enquêtes	Tous les 2 ans
3 Pourcentage des formations sanitaires remplissant les normes minimales en équipements requis	Ressource/Processus	National	Enquêtes	Tous les 2 ans
4 Pourcentage de districts opérationnels	Ressource/Processus	Régions	Supervision	annuelle
5 Pourcentage des formations sanitaires privées transmettant régulièrement des rapports statistiques à la DEP (SNIS)	Ressource/Processus	Régions	Rapport	Annuelle
II Amélioration de la qualité et l'utilisation des services				
6 Nombre de médicaments traditionnels enregistrés à la nomenclature nationale	Résultat	National	Rapport	Annuelle
7 Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an dans les structures de soins de 1er niveau (CMA et CSPS)	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
8 Pourcentage de dépôts MEG n'ayant pas connu de rupture des 10 molécules essentielles	Ressource/Processus	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
9 Pourcentage de DRD n'ayant pas connu de rupture des 45 molécules essentielles	Ressource/Processus	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
10 Taux d'hospitalisation	Résultat	Districts/Hôpitaux	SNIS	Annuelle
11 Pourcentage d'hôpitaux transmettant régulièrement des rapports statistiques aux DRS et à la DEP	Ressource/Processus	Hôpitaux	SNIS	Annuelle
12 Pourcentage de formations sanitaires disposant d'un système fonctionnel de traitement des déchets biomédicaux	Ressource/Processus	Districts/Hôpitaux	Enquêtes	Tous les 2 ans
III Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles				
13 Taux de couverture en CPN2	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
14 Proportion de césariennes réalisées	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
15 Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les formations sanitaires	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
16 Taux de couverture en PENTA 1	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
17 Taux de couverture en PENTA 3	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
18 Taux de couverture en Vaccin antirougeoleux (VAR)	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
19 Taux de prévalence contraceptive couple années protection	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
20 Taux de couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois	Résultat	Districts	Rapport	Annuelle
21 Taux de guérison des cas de tuberculose	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
22 Taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 05 ans	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle

23 Taux de létalité des complications obstétricales vues dans les formations sanitaires dans les structures de santé (CSPS, CM, CMA, CHR et CHN)	Résultat	Districts/Hôpitaux	Enquêtes	Annuelle
24 Incidence du tétanos néonatal (OMD, intervention à gain rapide)	Impact		SNIS	Annuelle
IV Réduction de la transmission du VIH/Sida				
25 Pourcentage de personnes atteintes de Sida justifiables du traitement qui sont sous traitement antirétroviral (ARV)	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
21 Pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet pour réduire la transmission mère enfant	Résultat	Districts	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
26 Prévalence de la syphilis	Résultat/impact	National	Sero surveillance	Annuelle
V Développement des ressources humaines				
27 Pourcentage de structures sanitaires publiques (CSPS, CMA et CHR) remplissant les normes minimales en personnel de santé	Ressource/Processus	Districts/Hôpitaux	SNIS/ Rapp. Progrès	Annuelle
28 Ratio différentes catégories de personnel par rapport à la population	Ressource/Processus	National	SNIS	Annuelle
VI Amélioration l'accessibilité financière des populations aux services de santé				
29 Coût moyen des prestations et des ordonnances à chaque niveau du système de soins	Ressource/Processus	Districts/Hôpitaux	Enquêtes	Tous les 2 ans
30 Coût moyen de la prise en charge du paludisme	Ressource/Processus	Districts/Hôpitaux	Enquêtes	Tous les 2 ans
31 Nombre de districts disposant de mécanismes de partage de risques maladie fonctionnels	Ressource/Processus	Direction Régionale de la Santé	Enquêtes	Tous les 2 ans
VII Accroissement des financements en faveur de la santé				
32 Taux de mobilisation des ressources	Ressource/Processus	Districts	Bilan financier	Annuelle
33 Taux d'absorption des ressources mobilisées	Ressource/Processus	Districts	Bilan financier	Annuelle
34 Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé	Ressource/Processus	National	Bilan financier	Annuelle
35 Taux d'exécution du budget de l'Etat	Ressource/Processus	National	Bilan financier	Annuelle
VIII Renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la santé				
36 Nombre de réunions du Comité Suivi du PNDS tenues	Résultat		Rapport	Annuelle
37 Proportion de directions centrales disposant de plans de renforcement mis effectivement en oeuvre	Ressource/Processus	National	Rapport	Annuelle
IX Indicateurs d'impact				
38 Ratio de mortalité maternelle	Impact	National	Enquête Démographique et de Santé	Tous les 5 ans
39 Taux de mortalité Infantile	Impact	National	Enquête Démographique et de Santé	Tous les 5 ans
40 Taux de mortalité infanto juvénile	Impact	National	Enquête Démographique et de Santé	Tous les 5 ans
41 Taux de prévalence du VIH/SIDA	Impact	National	Enquête	Annuelle
42 Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (OMD, intervention à gain rapide)	Impact	National	Enquête Démographique et de Santé	Tous les 5 ans

Annexe B2 : Les indicateurs du tableau de bord 2007

SITUATION SANITAIRE

Indicateurs de morbidité et de mortalité

Motifs de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires

Causes de décès

Mortalité maternelle dans les formations sanitaires

Maladies à potentiel épidémique

Méningite

Choléra

Fièvre jaune

Rougeole

Maladies d'intérêt spécial

IST

VIH/SIDA

Tuberculose Paludisme

Lutte contre le ver de guinée

Lutte contre la lèpre

Indicateurs de surveillance nutritionnelle

Indicateurs de prestation de services

Couverture vaccinale de source administrative

Prévalence contraceptive

Couverture en soins prénatals

Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié

Stratégie de subvention des accouchements et des SONU

Prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME)

Couverture géographique de la PTME en 2007

Données du dépistage et de suivi du couple mère - enfant

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

RESSOURCES

Infrastructures de santé

Situation des infrastructures de soins

Ressources humaines en 2007

Personnel de santé dans les formations sanitaires

Ratios du personnel de santé par rapport à la population

Pourcentage de formations sanitaires répondant aux normes en personnel

Ressources financières

Financement de l'Etat

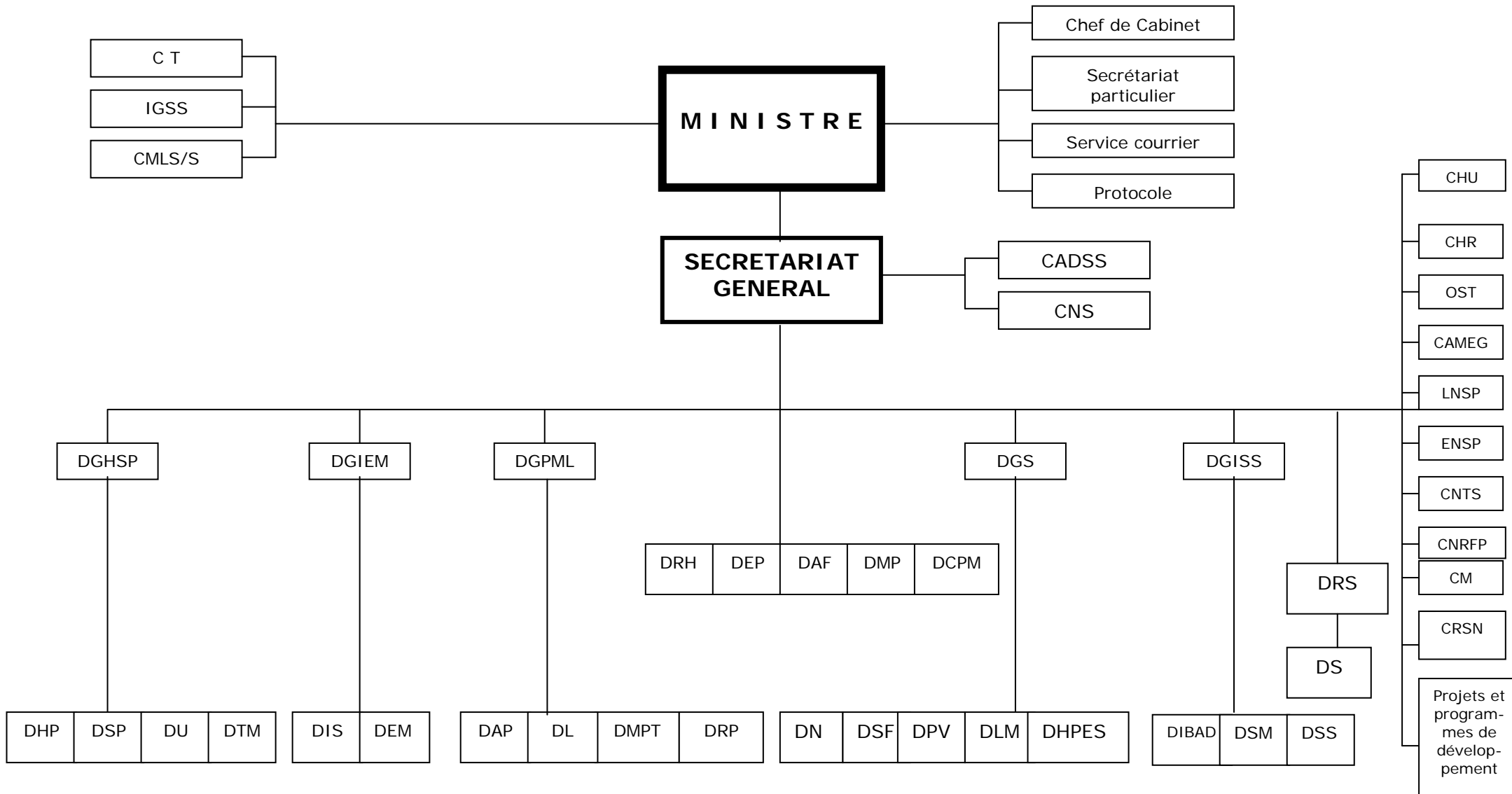
Contribution des partenaires

Dépenses des ménages

Financement à travers l'assurance maladie

Annexe B3: Organigramme du Ministère de la Santé, Mars 2009

ANNEXE B3 : Burkina Faso - Diagramme de l'Organigramme du Ministère de la santé



ANNEXE B3: Abréviations

CADSS:	Cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire
CAMEG:	Centrale d'achat de médicaments essentiels génériques et de consommables médicaux
CEDIM :	Centre de documentation de d'information sur le médicament
CHR :	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CM :	Centre Muraz
CMLS/S:	Comité ministériel de lutte contre le SIDA du secteur santé
CNAOB:	Centre National d'appareillage orthopédique du Burkina
CNLAT :	Centre national de lutte antituberculeux
CNLC :	Centre national de lutte contre la cécité
CNRFP:	Centre national de recherche et de formation sur le paludisme
CNS :	Conseil national de santé
CNTS :	Centre national de transfusion sanguine
CRSN :	Centre de recherche en santé de Nouna
CT :	Conseiller technique
DAF :	Direction de l'administration et des finances
DAP :	Direction des approvisionnements pharmaceutiques
DCPM :	Direction de la communication et de la presse ministérielle
DEM :	Direction des équipements et de la maintenance
DEP :	Direction des études et de la planification
DGHSP:	Direction générale de la tutelle des hôpitaux publics et du sous secteur sanitaire privé
DGIEM :	Direction générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance
DGISS :	Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires
DGPML:	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DGS :	Direction générale de la santé
DHP :	Direction de la tutelle des hôpitaux publics
DHPES:	Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé

DIBAD	:	Direction de l'informatique et des bases de données
DIS	:	Direction des infrastructures sanitaires
DL	:	Direction des laboratoires
DLM	:	Direction de la lutte contre la maladie
DMP	:	Direction des marchés publics
DMPT	:	Direction de la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles
DN	:	Direction de la nutrition
DPV	:	Direction de la prévention par les vaccinations
DRH	:	Direction des ressources humaines
DRP	:	Direction de la réglementation pharmaceutique
DRS	:	Direction régionale de la santé
DS	:	District sanitaire
DSF	:	Direction de la santé de la famille
DSS	:	Direction des statistiques générales de la santé
DSM	:	Direction des statistiques de la maladie
DSP	:	Direction du sous-secteur sanitaire privé
DTM	:	Direction de la promotion de la télémédecine
DU	:	Direction des urgences
ENSP	:	Ecole nationale de santé publique
ITSS	:	Inspection technique des services de santé
LNSP	:	Laboratoire national de santé publique
MCD	:	Médecin-chef de district
OST	:	Office de santé des travailleurs
PNLL	:	Programme national de lutte contre la lèpre
SP	:	Secrétariat particulier

Annexe C: Résultats de quelques indicateurs intermédiaires

Cette annexe donne les résultats de six indicateurs officiels du PNDS mesurés en utilisant l'outil de recensement des établissements sanitaires dans les districts sélectionnés lors de l'évaluation de l'impact à cinq ans du Fond Mondial en 2008.

Indicateur intermédiaire No.2 (MS/DEP 2009). Pourcentage d'établissements sanitaires fonctionnant selon les normes minimales requises.

L'enquête d'évaluation dans 13 districts et recensement des établissements sanitaires de 2008 a permis de collecter des données sur l'infrastructure y compris l'électricité, sources d'eau potable, communication, transport en cas d'urgence, lits d'observation pendant les nuits, etc,.. Si les indicateurs relatifs aux normes nationales ne sont pas couverts par le questionnaire, une mise à jour s'avérera nécessaire. Les graphiques suivantes donnent la répartition de l'offre de différents services et/ou l'existence d'équipements dans les treize districts évalués en 2008.

Figure 1 Annexe C: Pourcentage des établissements sanitaires disposant de logistiques de base

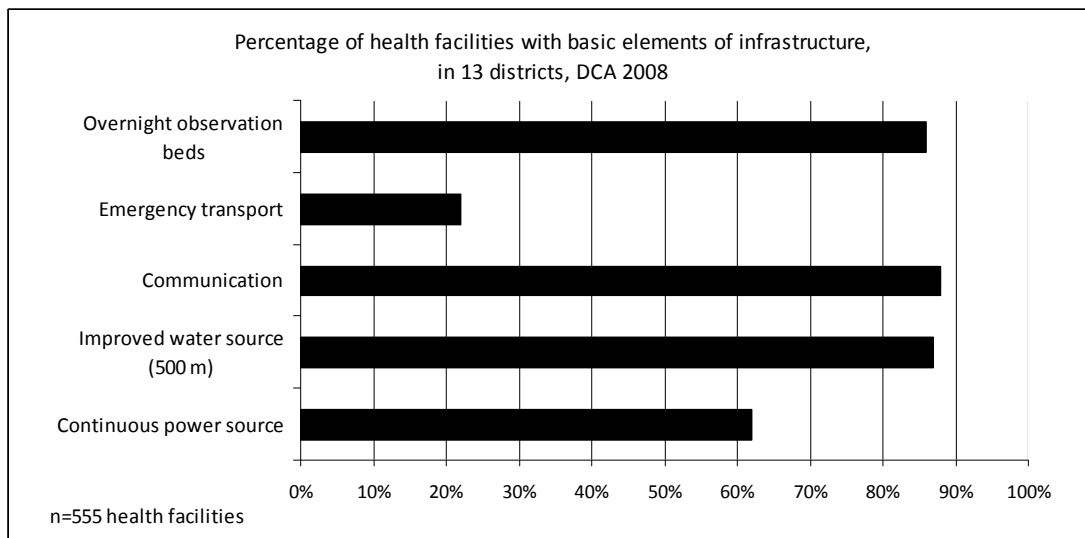
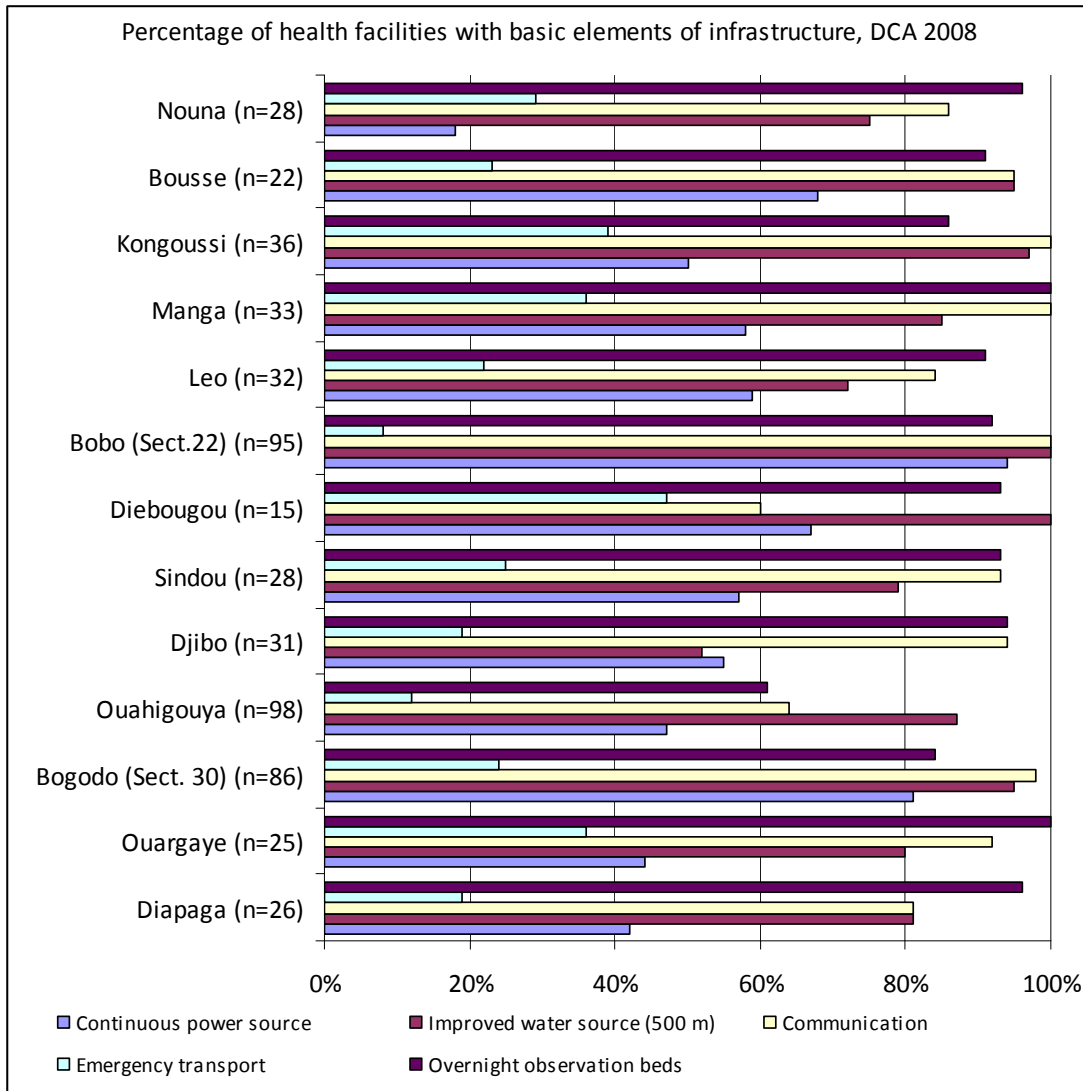


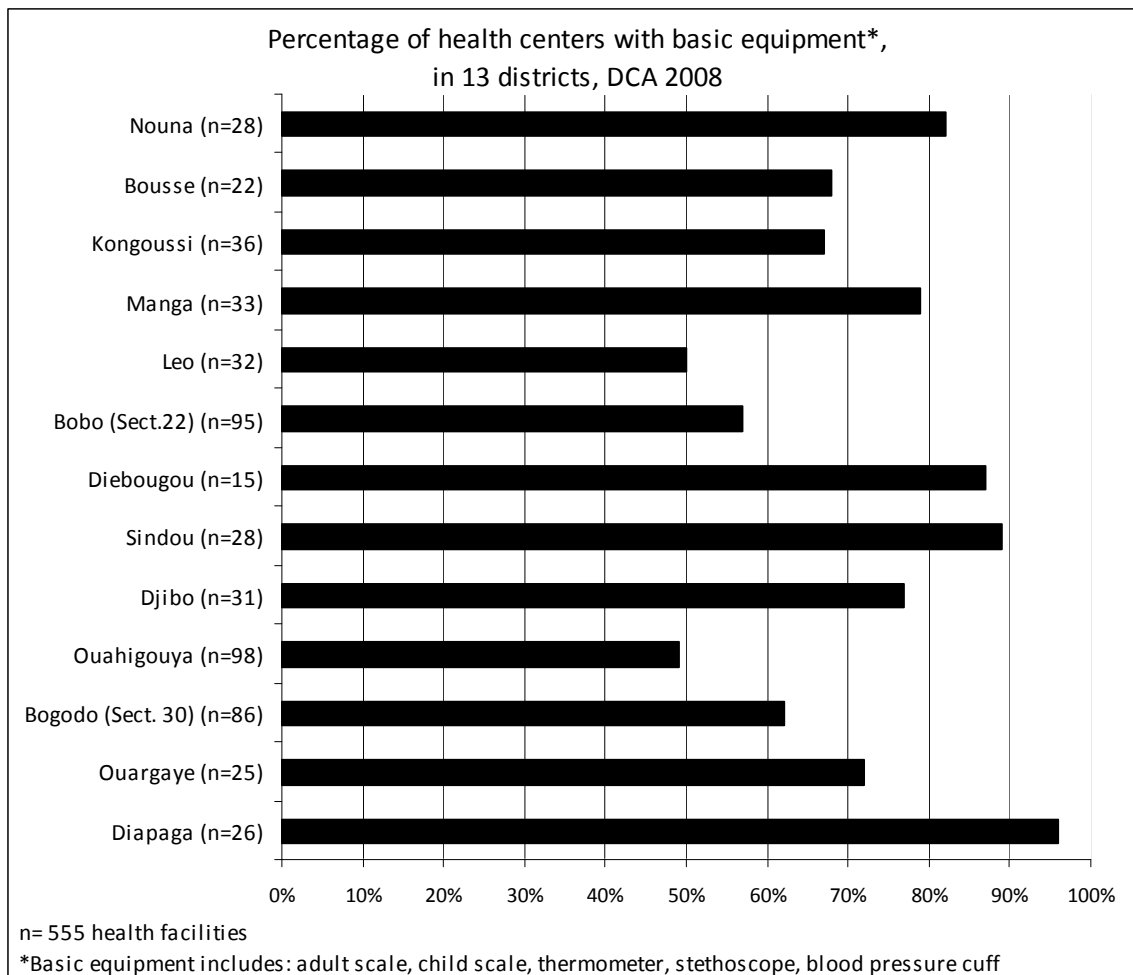
Figure 2 Annexe C : Pourcentage des établissements sanitaires disposant de logistiques de base dans les treize districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.



Indicateur intermédiaire No.3 (MS/DEP 2009). Pourcentage d'établissements sanitaires possédant un minimum d'équipements requis

L'enquête d'évaluation dans 13 districts et recensement des établissements sanitaires de 2008 a permis de collecter des données sur les équipements usuels tels que le pèse bébé et adulte, thermomètre, stéthoscope et tensiomètre, etc.. L'information collectée concerne également l'existence d'équipement de haut standard tels que machines d'anesthésie, d'oxygène, infusion, radio et internet, etc,.. Si les indicateurs relatifs aux normes nationales ne sont pas couverts par le questionnaire, une mise à jour s'avérera nécessaire au cours d'une prochaine évaluation. Les graphiques suivantes donnent la répartition de l'offre de différents services et/ ou l'existence d'équipements dans les treize districts.

Figure 3 Annexe C : Pourcentage des établissements sanitaires disposant d'équipements de base (*pèse bébé et balance, thermomètre, stéthoscope et tensiomètre*) dans les treize districts évalués au Burkina Faso en 2008.



Indicateur intermédiaire 9 (MS/DEP 2009). Pourcentage de districts disposant de dépôts pharmaceutiques dont les 45 médicaments traceurs sont en stock pendant la visite.

L'enquête d'évaluation dans 13 districts et recensement des établissements sanitaires de 2008 a permis de collecter des données sur les 45 médicaments traceurs et leur disponibilité. Le questionnaire peut être révisé pour inclure d'autres médicaments traceurs.

Figure 4 Annexe C : Disponibilité en médicaments essentiels génériques dans les établissements sanitaires de 13 districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.

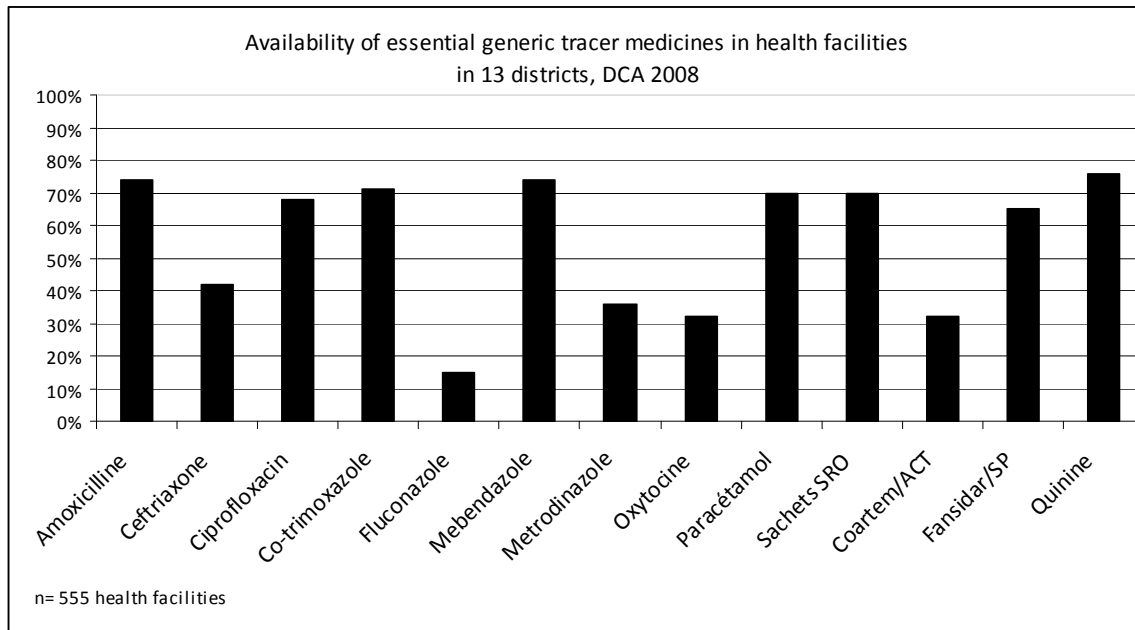


Figure 5 Annexe C : Disponibilité en antibiotiques (Amoxicilline, Ciprofloxacine, Cotrimoxazole) dans les établissements sanitaires de 13 districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.

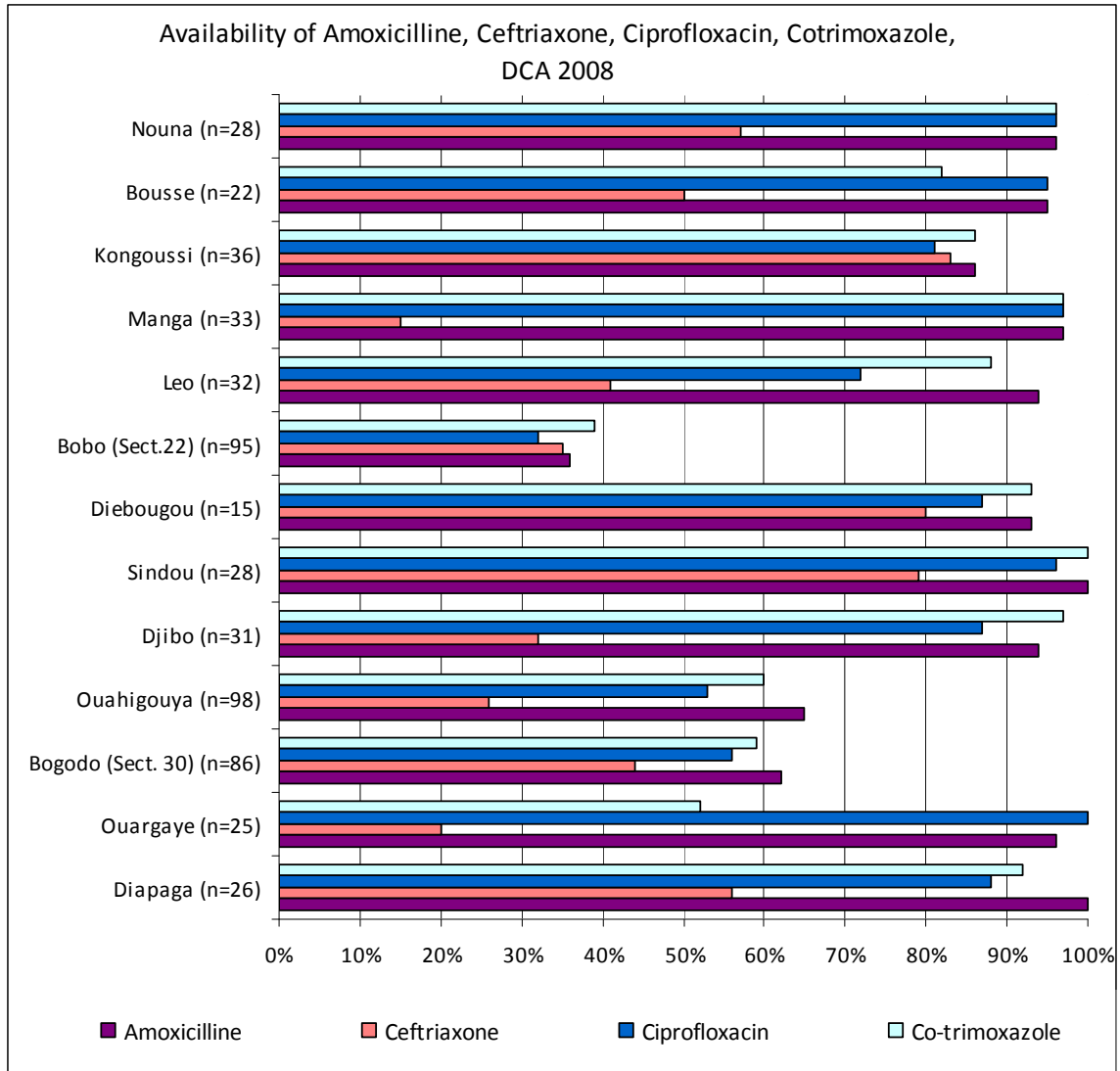


Figure 6 Annexe C : Disponibilité en antiparasitaires (Fluconazole, Mebendazole, Metrodinazole) dans les établissements sanitaires de 13 districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.

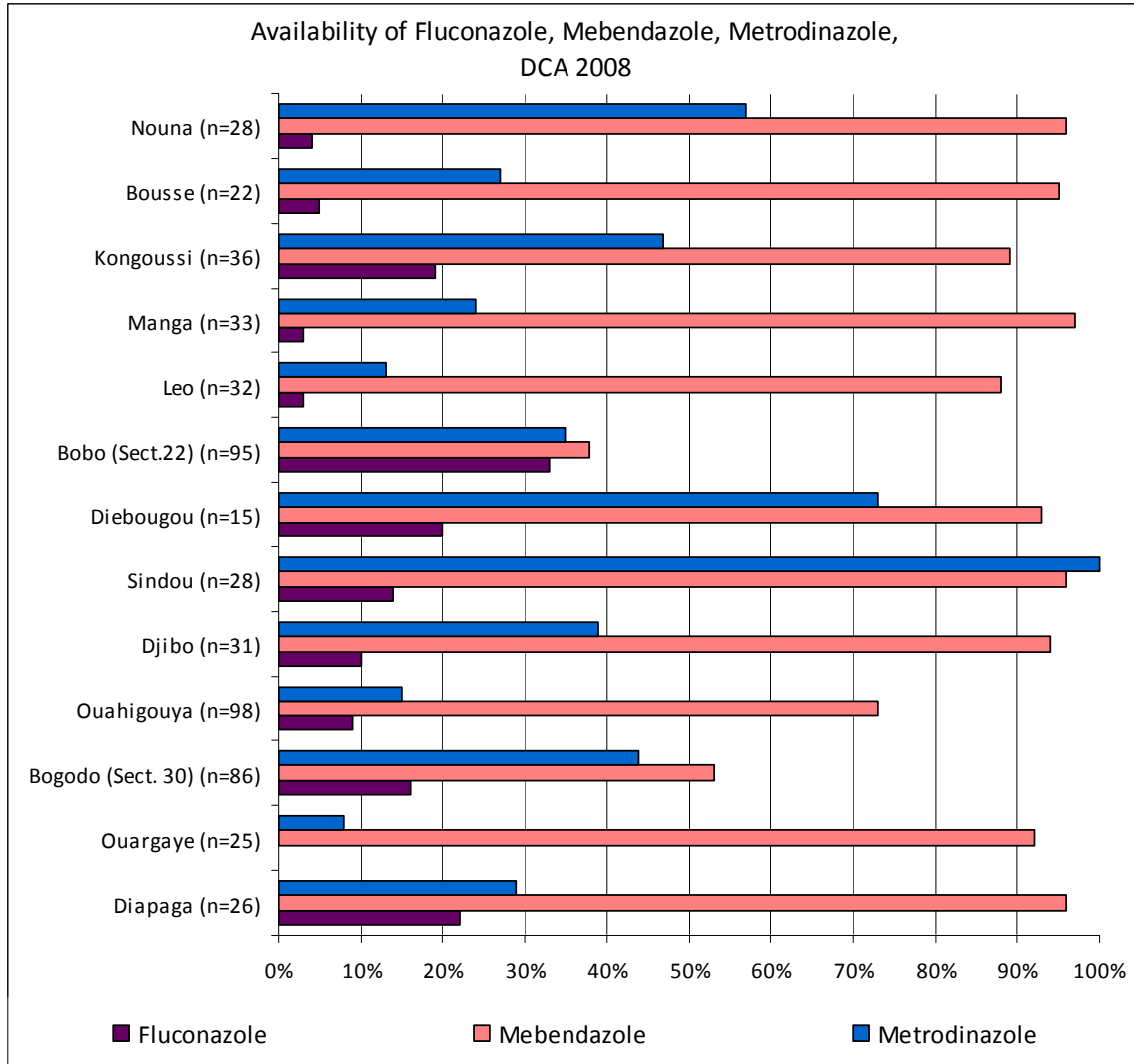


Figure 7 Annexe C : Disponibilité en médicaments (Oxytocine, Paracétamol, sachets SRO) dans les établissements sanitaires de 13 districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.

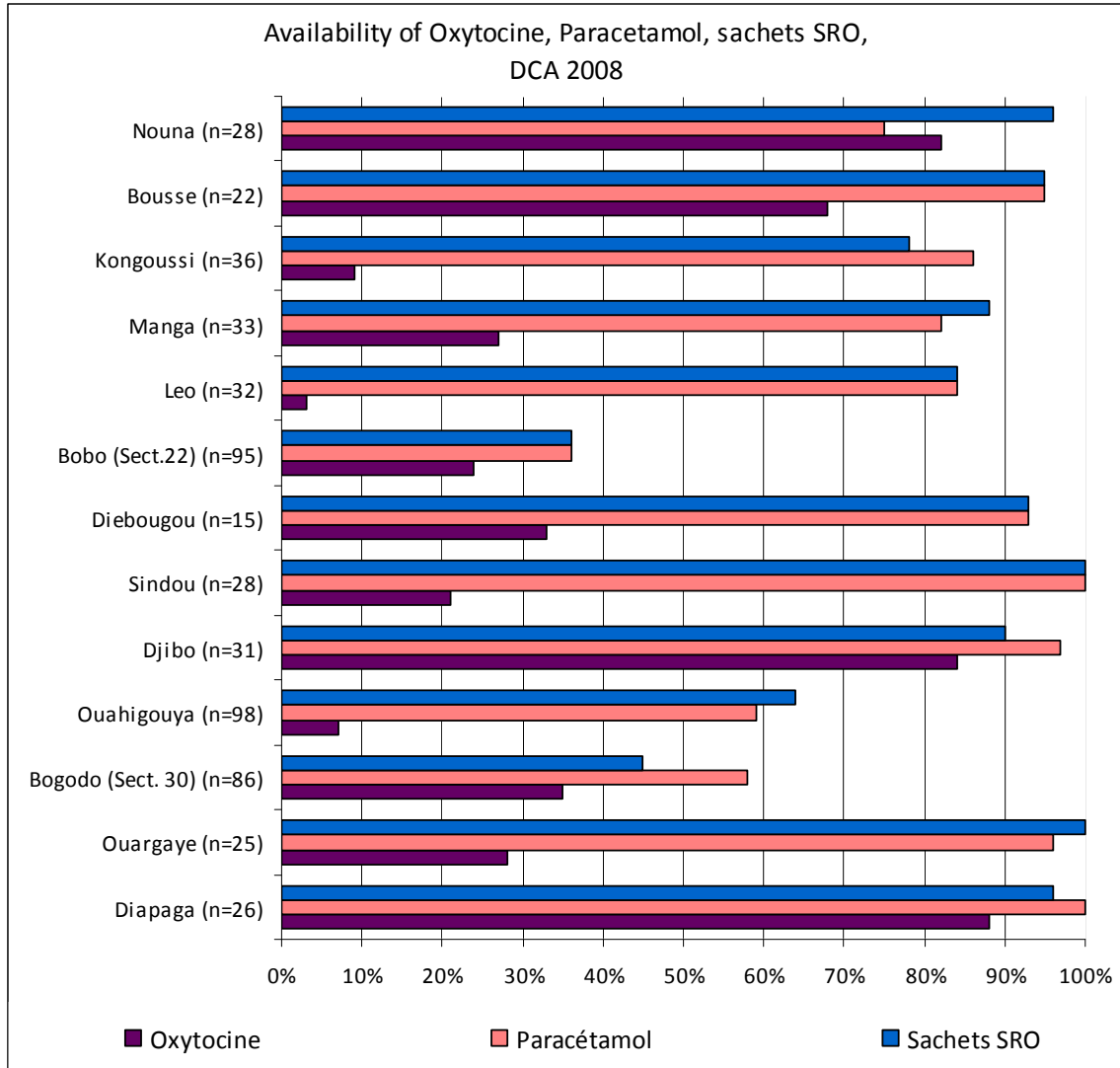
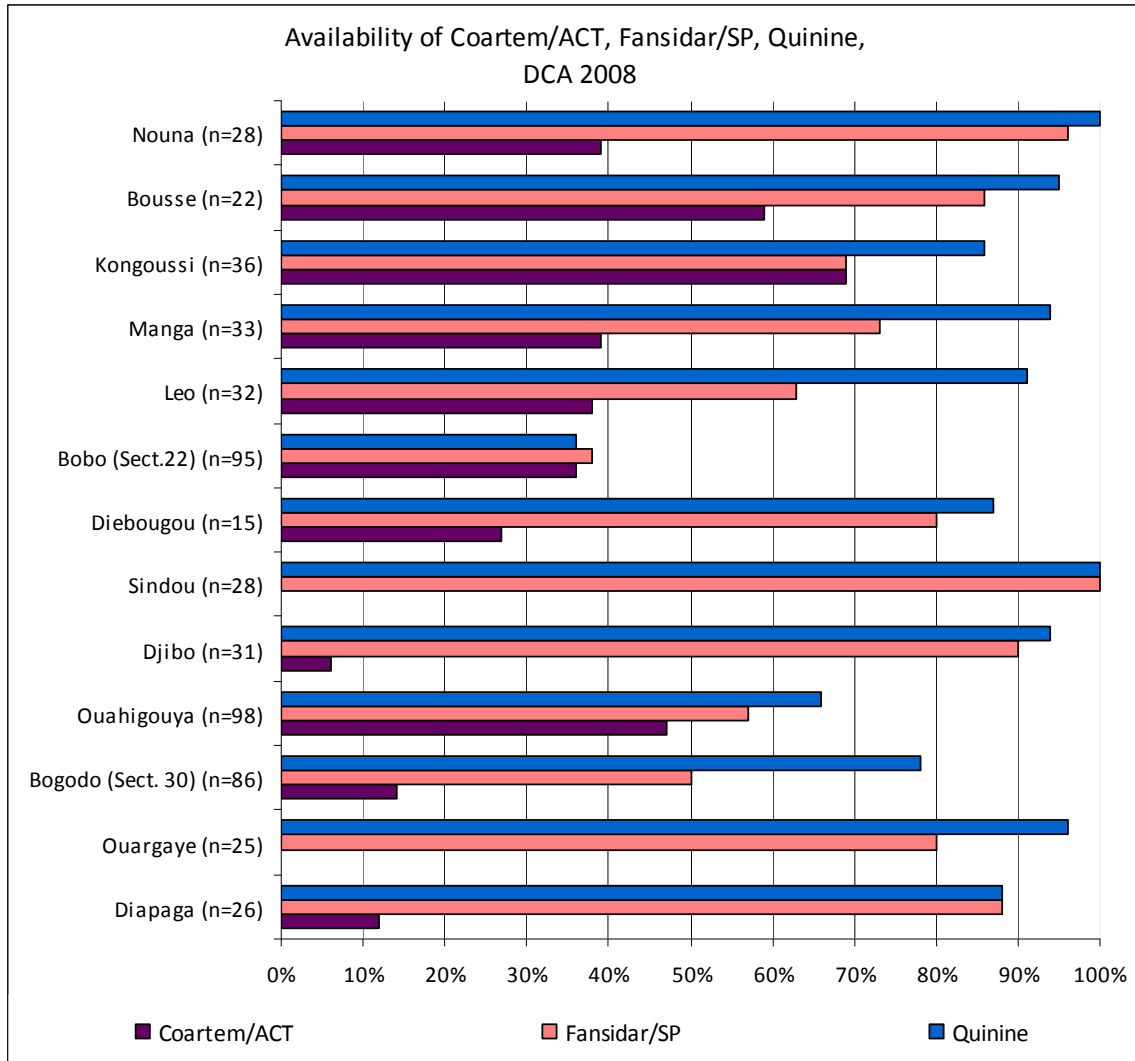


Figure 8 Annexe C : Disponibilité en médicaments contre le paludisme (Coartem/ACT, Fansidar/SP, Quinine) dans les établissements sanitaires de 13 districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.



Indicateur intermédiaire 12 (MS/DEP 2009). Pourcentage d'établissements sanitaires disposant de système fonctionnels de traitement des déchets biomédicaux pendant la visite.

L'enquête d'évaluation dans 13 districts et recensement des établissements sanitaires de 2008 a permis de collecter des données sur les mécanismes de traitement des déchets biomédicaux dans les établissements sanitaires. Le questionnaire permet de collecter aussi des informations sur les mécanismes de stérilisation).

Figure 9 Annexe C : Traitement des déchets médicaux, objets tranchants et déchets infectés dans les établissements sanitaires de 13 districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.

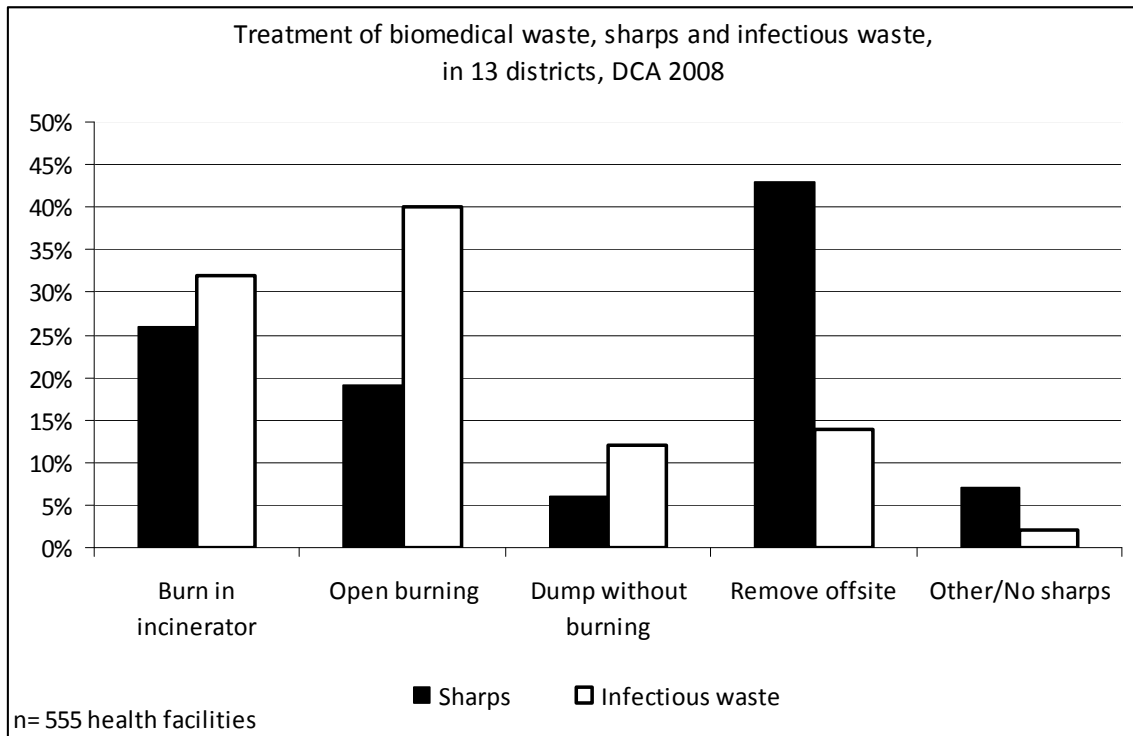
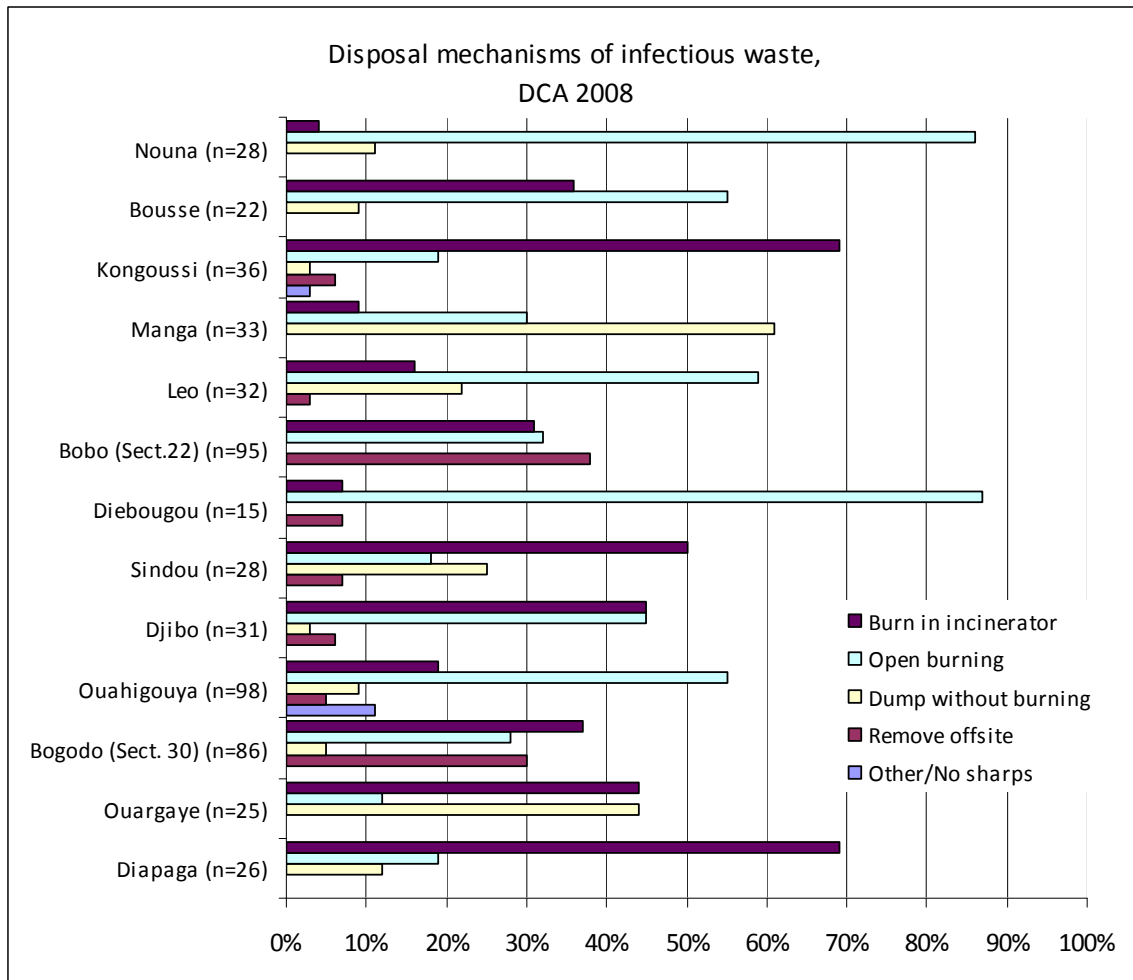


Figure 10 Annexe C : Mécanismes de traitement des ordures infectées dans les établissements sanitaires de 13 districts sanitaires évalués au Burkina Faso en 2008.



Indicateur intermédiaire 27 (MS/DEP 2009). Pourcentage d'établissements sanitaires publics remplissant les normes minimales requises en personnel de santé.

L'enquête d'évaluation dans 13 districts et recensement des établissements sanitaires de 2008 collecte des données sur le type de personnel de santé (à temps plein et à temps partiels), leur présence pendant l'interview ainsi que les formations spécifiques reçues pendant les deux dernières années. L'information peut être ajustée pour montrer le minimum requis en personnel de santé au niveau national et le pourcentage d'établissements sanitaires qui remplissent cette norme.

Figure 11 Annexe C : Nombre moyen de professionnels de santé à plein temps par établissement sanitaire des 13 districts évalués au Burkina Faso en 2008.

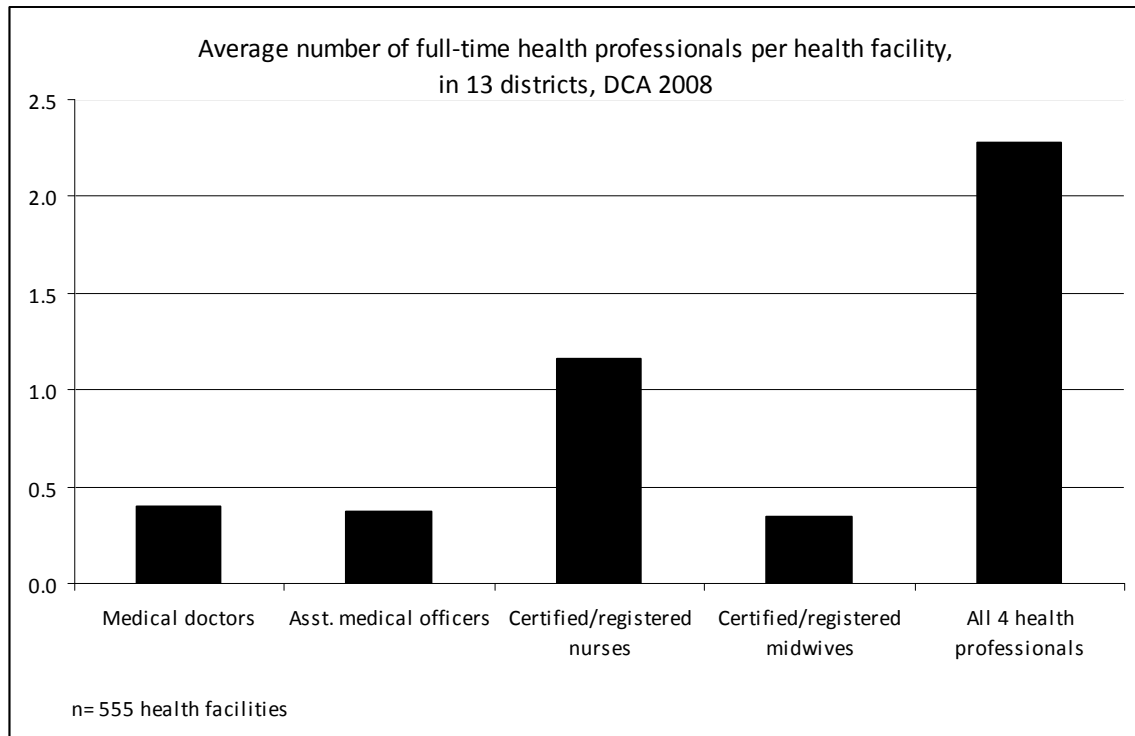
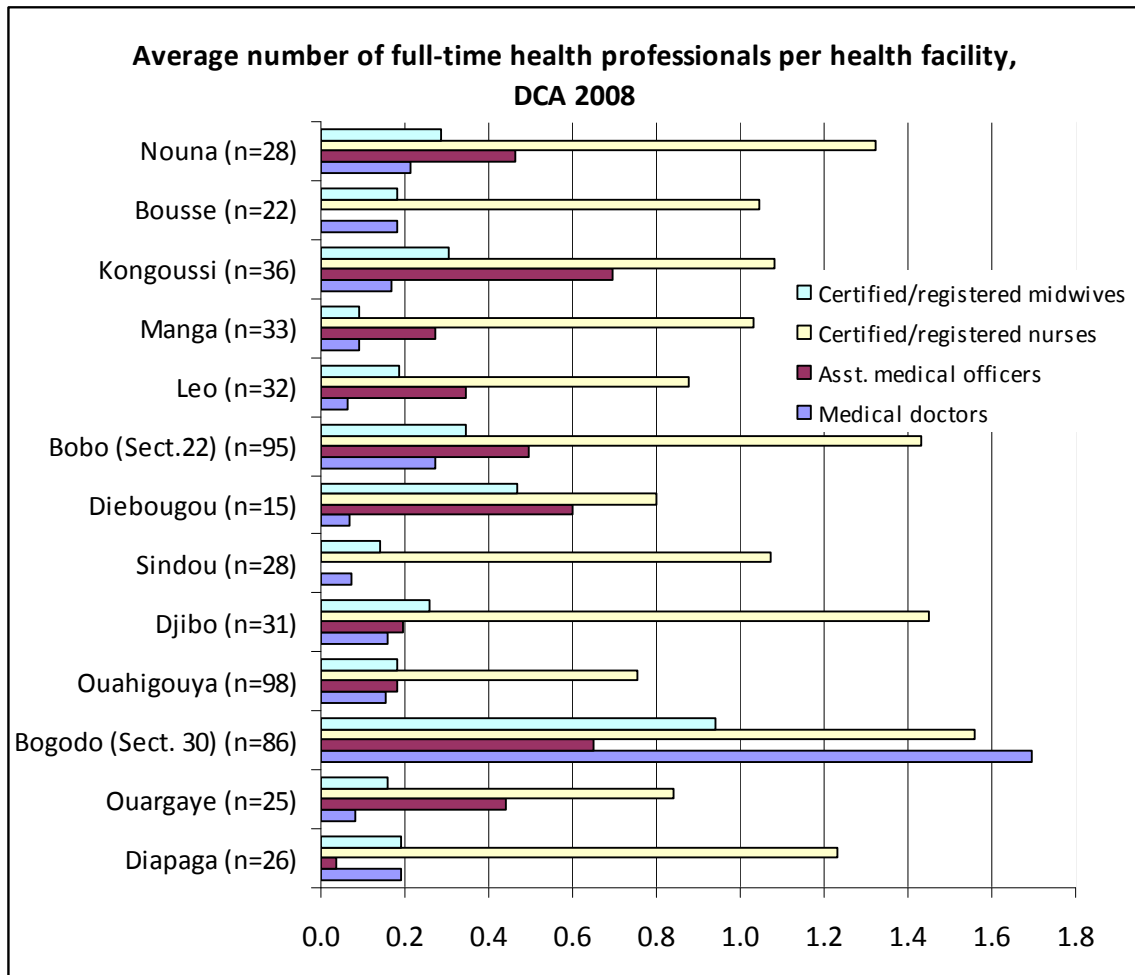
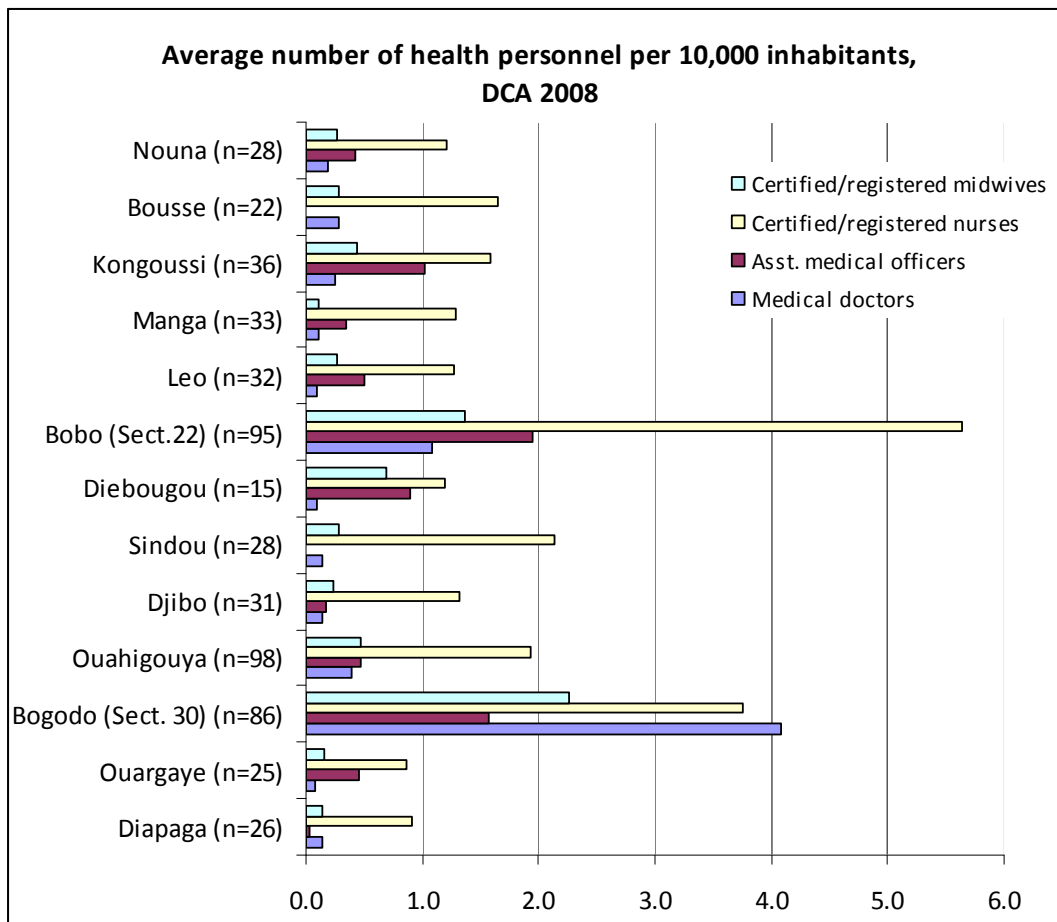
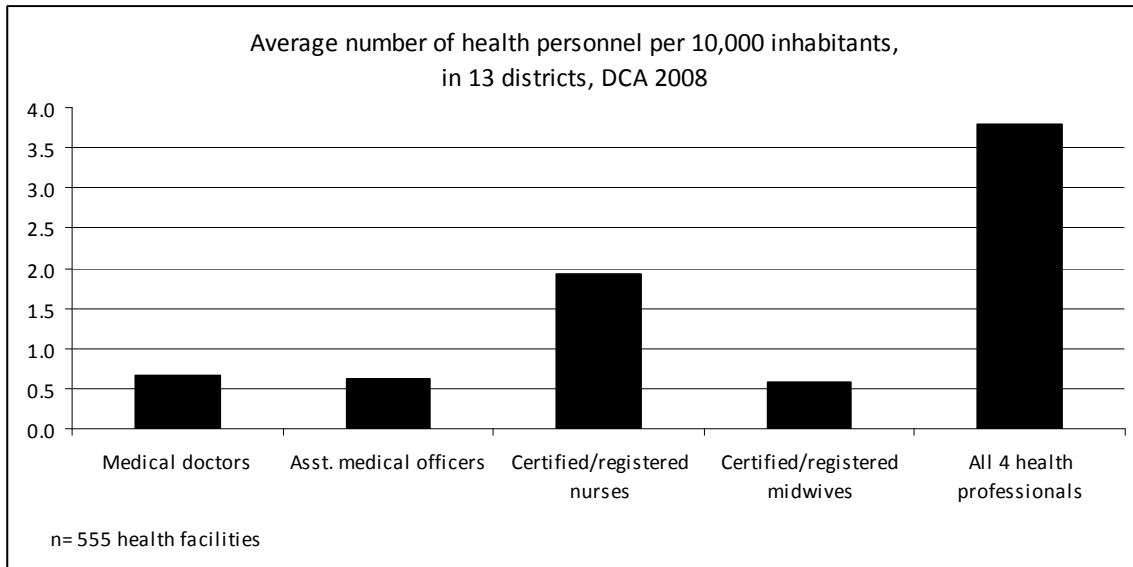


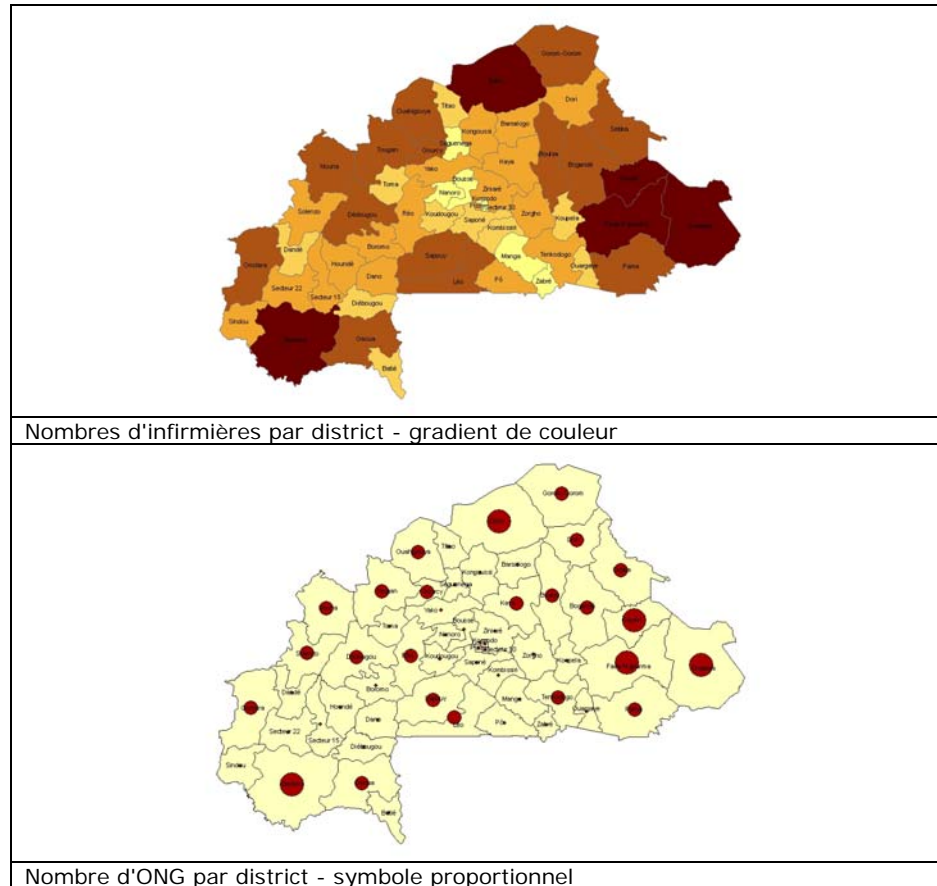
Figure 12 Annexe C : Nombre moyen de professionnels de santé à plein temps par établissement sanitaire et pour quelques catégories dans les 13 districts évalués au Burkina Faso en 2008.



Indicateur intermédiaire 28 (MS/DEP 2009). Nombre moyen de personnel de santé pour différentes catégories de personnel pour 10,000 habitants dans les établissements sanitaire des 13 districts évalués au Burkina Faso en 2008.



Note: Population basée sur le recensement de 2006 avec une projection de croissance moyenne de 3.2% entre 2000-2005.



La diffusion et l'utilisation des données

L'évaluation du système d'information sanitaire a été réalisée au Burkina Faso en décembre 2008. Cette évaluation a jugé la diffusion des données du système d'information sanitaire satisfaisante dans l'ensemble. Les graphiques sont largement utilisés pour présenter les informations aux régions, aux districts sanitaires et aux formations sanitaires. Par contre, l'évaluation a relevé l'insuffisance d'utilisation des cartes pour présenter les informations aux niveaux régions, districts sanitaires et formations sanitaires. Cette insuffisance provient du manque de ressource humaine qualifiée dans ce domaine. L'utilisation des cartes pour la diffusion de l'information peut être améliorée par la formation du personnel, l'installation d'un logiciel de cartographie et la mise en place d'un serveur cartographique.

Le transfert de compétences

Le Ministère de la santé tout comme le bureau de l'OMS au Burkina Faso a exprimé le besoin d'un transfert de compétences dans le domaine des systèmes d'informations géographiques, de l'utilisation des GPS et des PDA. Le point focal du programme « Making Pregnancy Safer » a exprimé le souhait d'organiser un atelier de formation pour les pays de la région: Burkina Faso, Mali, Niger, Côte d'Ivoire et Togo. Les participants de cet atelier de formation peuvent être des membres du personnel du Ministère de la santé ainsi que des organismes de recherche ainsi que du bureau de l'OMS. Pour assurer la pérennité de ce transfert de compétences, la solution la plus envisageable est la désignation d'un point focal pour ces activités au niveau du bureau OMS inter-pays.

Annexe D Documentation et référence

Ministère de l'économie et du développement, 2004, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Burkina Faso. [Copie pdf](#)

Ministère de l'Economie et des Finances/Bureau central du recensement. *Recensement général de la Population et de l'Habitation 2006: Résultats définitifs*. July 2008. [Copie pdf](#)

Ministère de l'Economie et des Finances/INSD et OECD. 2009. Programme statistique accéléré, Burkina Faso. Rapport de la première phase de la première étape: Archivage des données d'enquêtes et de recensements. [Copie Word](#)

Ministère de la Santé/DEP. Annuaire Statistique Santé 2007. Juin 2008. Direction des Etudes et de la Planification. Ouagadougou. [Copie pdf](#)

Ministère de la Santé/DEP/Secrétariat technique. Canevas et guide d'élaboration des rapports de progrès des districts sanitaires. Jan. 2009. [Copie pdf](#)

Ministère de la Santé/DEP. *Indicateurs essentiels de système national d'information sanitaire: Manuel de référence*. August 2007. [Copie Word](#)

Ministère de la Santé/DEP. Tableau de Bord de la Santé 2007. Direction des Etudes et de la Planification. Ouagadougou. [Copie pdf](#)

Ministère de la Santé/Plan National de développement sanitaire 2001-2010. *Rapport final: Evaluation à mi-parcours du PNDS au Burkina Faso*. Sept. 2005. [Copie pdf](#)

Ministère de la Santé/Plan National de développement sanitaire 2001-2010. *Tranche 2006-2010*. March 2007. 2005. ([Copie imprimée du document](#))

Rapport de Mission de la Délégation du Burkina Faso et des Partenaires à la Réunion Internationale de l'Equipe Inter-Pays du secteur de la Santé à Lusaka (Zambie), MOH, March 2008 ([Copie imprimée du document](#))

Ministère de la Santé/DEP. Rapport d'Activité Sanitaire Informatisé (RASI) Manuel de l'Utilisateur. [Copie pdf](#)

Ministère de la Santé. 2008. Comptes Nationaux de la Santé 2006: Sous comptes VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme de 2003 à 2006. [Copie pdf](#)

Réseau de métrologie sanitaire évaluation du système d'information sanitaire, Rapport du Burkina Faso. Décembre 2008. [RMS Rapport final de l'évaluation, Burkina Faso, Dec. 2008] [Copie Word](#)

Personnes rencontrées et organisations visitées

Bureau OMS du Burkina Faso :

Dr D. Cabral, Représentante de l'OMS au Burkina Faso
Dr B. Touré, Coordonnateur des équipes inter-pays, Zone Ouest
Dr Kielem, MPN
Dr Seipati Mothebesoane-Ano, MPS/IST WA
Mr Peter Mbondji, TO/IER/IST WA

Ministère de la Santé:

Mr B. Ouedraogo, Directeur Général de l'Information Sanitaire et Statistique,
boureima02001@yahoo.fr
Mr J. Sawadogo, DGISS, Janvsawad@yahoo.fr
Dr S. Sanou, Directeur Général de la Santé
Dr Nitiéma, Expert de Santé Publique, Direction des Etudes et de la Planification
Dr N. Meda, Coordonnateur de l'Evaluation du Fond Mondial

Institut National de la Statistique et de la Démographie :

Mr Hamissou Kano, Directeur de la démographie
Mr Zakaliyat Bonkougou, INSD, zakaliyat@yahoo.fr

Ambassade des Pays-Bas :

Jan van der Horst