



Evaluation de la performance du système d'information sanitaire de routine (PRISM) au Burkina Faso

avril 2020



Evaluation de la performance du système d'information sanitaire de routine (PRISM) au Burkina Faso

Mohamed Rahim Kebe
Assane Ouangaré
Romain-Rolland Tohour
Cyrille Kouassi
Mamadou Alimou Barry
Jeanne Chauffour
Issaka Sawadogo
Fulbert Ilboudo

avril 2020

MEASURE Evaluation
University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516 USA
Phone : +1-919-445-9359
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) aux fins de l'accord de coopération de MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation est mise en œuvre par le Carolina Population Center, l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill en partenariat avec ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, Palladium, et Tulane University. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis. TR-20-420 FR

ISBN: 978-1-64232-257-6



REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci à l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) pour son appui financier de cette activité au sein du projet MEASURE Evaluation.

Merci à tous ceux ayant contribué à l'évaluation PRISM (*Performance of Routine Information System Management*) en tant que participants, en particulier Monsieur Abdoulaye Nitiéma, Directeur Général de la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles (DGESS), Monsieur Boukary Ouedraogo, Directeur de la Direction des Systèmes Informatiques en Santé (DSIS) et Monsieur Constant Dahourou, Directeur du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHUYO). Nos remerciements vont également à Monsieur Didier Dipama, Directeur Régional de la Santé du Centre-Sud ainsi que Monsieur Salif Kaboré, son responsable du Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique (CISSE).

Le projet MEASURE Evaluation aimerait remercier les cadres et enquêteurs provenant de la DSIS et de la Direction des Statistiques Sectorielles (DSS) du Ministère de Santé du Burkina Faso. En particulier: Césaire Ky, Adama Kaboré, Roseline Oubda Kourago, Gosso Boro, Salfo Ouedraogo, Mamadou Traoré, Mahamoudou Sawadogo et Joël Sawadogo.

Merci à tous les médecins chef de districts, responsables des CISSE, responsables de centres médicaux avec antenne chirurgicale et infirmiers chef de poste au niveau des districts et formations sanitaires de Manga, Kombissiri, Pô et Saponé qui ont bien voulu consacrer leur temps à cette évaluation.

Enfin, nous remercions l'équipe de communication de MEASURE Evaluation à l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (UNC) pour le travail de mise en page et d'édition du présent rapport.

Photo de couverture: Rencontre avec des agents de santé communautaire dans le CSPS de Dougoumato (Romain-Rolland Tohouri)

Citation suggérée: Kebe, M.R., Ouangaré, A., Tohouri, R.R., Kouassi, C., Barry, M.A., Chauffour, J., Sawadogo, I., & Ilboudo, F. (2020). Evaluation de la performance de la gestion du système d'information sanitaire de routine du Burkina Faso. Chapel Hill, NC, USA : MEASURE Evaluation, l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill

TABLE DES MATIERES

Abréviations.....	8
Contexte et justification	10
Description du SNIS du Burkina Faso	10
Le circuit de l'information	12
Buts et objectifs.....	14
Résultats attendus.....	14
Méthodes	15
Cadre de l'évaluation.....	15
Conception de l'évaluation.....	16
Sites concernés.....	16
Echantillonnage	16
Outils de collecte de données.....	17
Indicateurs de performance à mesurer	18
Les sources de données et de vérification	19
Déroulement de l'enquête.....	20
Résultats.....	22
Aperçu général du système d'information de routine	22
Le flux de l'information sanitaire	22
Le circuit de l'information sanitaire	24
Les outils de collecte de données	25
Niveau formation sanitaire	26
Qualité des données	26
Utilisation des données pour la prise de décision.....	28
Gestion des données	30
Déterminants de la performance du SISR	32
Niveau district sanitaire	33
Qualité des données	33
Utilisation des données pour la prise de décision.....	36
Gestion des données	38
Déterminants de la performance du SISR	40
Niveau régional.....	46
Niveau central.....	46
Outils de collecte de données	46
Fonctionnalité des logiciels du SISR.....	47
Gouvernance et gestion	47
Discussion.....	49
Qualité des données.....	49

Utilisation de l'information.....	51
Gestion des données.....	54
Déterminants de la performance du SISR.....	55
Limites	57
Recommandations	58
Conclusion	59
Annexes	60

GRAPHIQUES

Graphique 1. Le circuit de l'information.....	12
Graphique 2. Cadre du PRISM.....	15
Graphique 3. Flux de l'information sanitaire.....	22
Graphique 4. Circuit de l'information	24
Graphique 5. Complétude des documents sources au niveau des FS	26
Graphique 6. Complétude des données rapportées par indicateur au niveau des FS.....	27
Graphique 7. Disponibilité des rapports au niveau des FS (sur les trois mois)	27
Graphique 8. Exactitudes moyennes globales des données par indicateur au niveau des FS (sur les trois mois).....	28
Graphique 9. Exactitudes moyennes trimestrielles des données au niveau des FS avec seuils (5% et 10%)	28
Graphique 10. Scores de l'utilisation des données dans toutes les FS enquêtées et dans les FS ayant des PV de réunions	29
Graphique 11. Présence dans le plan annuel des FS d'activités ou d'objectifs liés à l'amélioration ou au traitement de différents éléments	30
Graphique 12. Scores de l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité des données au niveau des FS.....	31
Graphique 13. Scores de preuves de pratiques d'analyse des données au niveau des FS.....	31
Graphique 14. Scores de la supervision au niveau des FS.....	32
Graphique 15. Assignment des rôles du personnel au niveau des FS	33
Graphique 16. Complétude des rapports des FS au niveau des districts	34
Graphique 17. Complétude des données rapportées par indicateur au niveau district (sur les trois mois). 34	
Graphique 18. Promptitudes mensuelles et moyenne trimestrielle des rapports au niveau district.....	35
Graphique 19. Exactitudes globales des données par indicateur au niveau district (sur les trois mois)	35
Graphique 20. Exactitudes trimestrielles des données au niveau des districts avec seuils (5% et 10%).....	36
Graphique 21. Scores de l'utilisation des données dans tous les districts enquêtés et dans les districts ayant des PV de réunions	37
Graphique 22. Présence dans le plan annuel des districts d'activités ou d'objectifs liés à l'amélioration ou au traitement de différents éléments.....	38

Graphique 23. Scores de l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité des données au niveau district	39
Graphique 24. Scores de preuves de pratiques d'analyse des données au niveau district	39
Graphique 25. Aptitude du personnel du district à calculer les indicateurs par niveau.....	40
Graphique 26. Aptitude du personnel du district à exécuter les tâches du SISR	41
Graphique 27. Aptitude du personnel du district à générer des rapports récapitulatifs agrégés par niveau et période sur le logiciel du SISR	41
Graphique 28. Aptitude du personnel de district à générer des graphiques.....	42
Graphique 29. Opinions du personnel du district sur les aspects du SISR	42
Graphique 30. Niveau de confiance et de motivation du personnel du district dans l'exécution des tâches du SISR	43
Graphique 31. Connaissances du personnel du district sur la raison d'être du SISR	44
Graphique 32. Connaissances du personnel du district dans la vérification des données	44
Graphique 33. Compétence du personnel du district en calculs	45
Graphique 34. Compétence du personnel du district dans l'interprétation des données.....	45
Graphique 35. Compétence du personnel du district à l'utilisation des données.....	46
Graphique 36. Complétude des données rapportées par indicateur aux différents niveaux (sur les trois mois).....	49
Graphique 37. Exactitudes globales des données par indicateur aux différents niveaux (sur les trois mois)	50
Graphique 38. Exactitudes trimestrielles des données par indicateur aux différents niveaux (sur les trois mois) avec seuils (5% et 10%).....	50
Graphique 39. Utilisation des données pour produire et partager des rapports analytiques et de performance aux différents niveaux.....	51
Graphique 40. Scores de l'utilisation des données dans tous les FS et districts enquêtés et dans les FS et districts ayant des PV de réunions	52
Graphique 41. Présence dans le plan annuel des FS et districts d'activités ou d'objectifs liés à l'amélioration ou au traitement de différents éléments.....	53
Graphique 42. Dissémination des données du SISR en dehors du secteur de la santé.....	53
Graphique 43. Scores de l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité des données aux différents niveaux.....	54
Graphique 44. Scores de preuves de pratiques d'analyse des données aux différents niveaux	55
Graphique 45. Visualisation et rétro-information des données aux différents niveaux	55

TABLEAUX

Tableau 1. Outils de collecte selon le niveau.....	18
Tableau 2. Sources de données pour la vérification aux différents niveaux.....	20
Tableau A1. Répartition des outils par site d'enquête.....	60
Tableau A2. Répartition des équipes d'enquêteurs et des superviseurs	61
Tableau A3. Codes des enquêteurs	62
Tableau A4. Codification des sites de l'évaluation	63

ABREVIATIONS

ASBC	agent de santé à base communautaire
BEIS	bulletin d'épidémiologie et d'information sanitaire
CHR	centre hospitalier régional
CHU	centre hospitalier universitaire
CHUYO	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CM	centre médical
CMA	centre médical avec antenne chirurgicale
CPN	consultation prénatale
CPN1	première consultation prénatale
CSPS	centre de santé et de promotion sociale
DGESS	Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles
DHIS2	District Health Information Software – version 2
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	district sanitaire
DSIS	Direction des Systèmes Informatiques en Santé
DSS	Direction des Statistiques Sectorielles
DTC3	troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (ou Penta3)
ENDOS	Entrepôt National de Données Sanitaires
FS	formation sanitaire
ICP	infirmier chef de poste
MAT	Management Assessment Tool
MCD	médecin chef de district
MFL	master facility list
MS	Ministère de la Santé
MPGIS	manuel de procédures de gestion de l'information sanitaire
OBAT	Organizational and Behavioral Assessment Tool
OBCE	organisme à base communautaire d'exécution
ODK	Open Data Kit
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG-RenCap	organisation non gouvernementale de renforcement de capacités
PAT	PRISM Analysis Tool

PRISM	Performance of Routine Health Information System Management
PV	procès-verbal
RMA	rapport mensuel d'activités
SIM	service d'informatique médicale
SIS	système d'information sanitaire
SISR	système d'information sanitaire de routine
SNIS	système national d'information sanitaire
SPIH	service de planification et d'information hospitalier
TB	tuberculose
TIC	technologies de l'information et de la communication
TLOH	télégramme lettre officielle hebdomadaire
USAID	United States Agency for International Development

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Burkina Faso, de nombreux efforts de modernisation du système national d'information sanitaire (SNIS) ont été mis en œuvre pour répondre à la nécessité de disposer d'une information sanitaire de qualité. Ces initiatives font du Burkina Faso l'un des premiers pays d'Afrique de l'Ouest à disposer à l'échelle nationale depuis 2013, d'un système de gestion électronique des données sanitaires de routine basé sur le logiciel DHIS2 (*District Health Information Software, version 2*) —localement appelé Entrepôt National de Données Sanitaires (ENDOS)— intégrant la plupart des programmes de santé. Des documents d'orientation sur des normes et procédures de gestion de l'information sanitaire ont également été élaborés et vulgarisés permettant ainsi de répondre aux exigences de qualité requises pour la collecte, l'analyse et la diffusion de l'information en vue de rendre plus performant le système de santé.

Malgré ces efforts, le manque de données de base pour surveiller les performances du système d'information sanitaire de routine (SISR) reste encore non résolu. En outre, de nombreux programmes et projets de santé verticaux existent avec leurs propres systèmes d'information, au détriment d'un système de gestion intégré national. Ces différents systèmes reposent généralement sur le même personnel en charge de collecter et transmettre les données. Ceci constitue un facteur d'altération de la qualité des données et une faible utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui entrave la performance globale du système d'information de routine.

Dans le cadre de l'initiative mondiale de la santé unique, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) appuie le gouvernement du Burkina Faso à travers le projet MEASURE Evaluation pour le renforcement du système d'information sanitaire (SIS), en soutenant les efforts en cours pour surveiller et évaluer la qualité et l'utilisation des données. Le renforcement du SISR est un des volets importants de cet appui et implique la mise en place d'outils modernes qui permettraient la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion des données sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est dans cette optique que le Ministère de la Santé (MS) à travers la Direction des Statistiques Sectorielles (DSS) avec le soutien technique et financier de l'USAID à travers le projet MEASURE Evaluation, a conduit une évaluation du SISR en utilisant la méthode et les outils PRISM (*Performance of Routine Information System Management*) développés par MEASURE Evaluation, afin d'évaluer les progrès et l'efficacité des interventions de renforcement du SISR. Cette évaluation, étant la première du genre au Burkina Faso, contribuera à établir une base de référence permettant de mesurer dans le futur l'évolution de la performance du système.

Description du SNIS du Burkina Faso

Le système national d'information sanitaire est un ensemble de structures, d'institutions, de procédures, de méthodes, de matériels et de personnes organisé dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous la forme appropriée.

Les **objectifs** du SNIS sont de:

- Fournir à l'Etat un outil d'aide à la prise de décision (définition des politiques de santé entre autres)
- Fournir à tous les acteurs et utilisateurs du système de santé ainsi qu'aux secteurs connexes de la santé l'information utile
- Soutenir le processus de planification, de gestion et d'évaluation des programmes et des services de la santé

- Soutenir la recherche
- Soutenir l'échange international d'information sanitaire

Le système d'information doit permettre de/d' :

- Détecter rapidement et apporter une réponse aux problèmes de santé et aux épidémies
- Contrôler les tendances dans le domaine de la santé publique
- Apporter une réponse aux priorités en matière de soins de santé
- Evaluer l'efficacité des interventions et la couverture des services
- S'assurer que les ressources sont correctement orientées par zone et vers les bénéficiaires prioritaires
- Evaluer la qualité des programmes de santé

On dénombre **dix principes généraux** du SNIS, à savoir:

1. La collecte, l'analyse et la diffusion de l'information sanitaire font partie du système de santé
2. Il n'existe pas de modèle universel pour l'organisation ou le fonctionnement d'un SNIS
3. La structure et l'organisation d'un SNIS sont conçues de façon adaptée par rapport à celles du système de santé
4. Le SNIS a pour vocation de pourvoir aux besoins d'information minimum des responsables des programmes et des services de santé
5. La nature de l'information à collecter et son utilisation doivent être clairement définies
6. Une information approximative venue à temps est préférable à une information précise arrivée trop tard
7. Une rétro-information en direction des producteurs de l'information est indispensable pour renseigner sur l'utilisation des données collectées
8. Un mécanisme d'évaluation et d'adaptation continue est nécessaire afin d'établir périodiquement les besoins en information et éviter la collecte, le traitement et l'analyse d'information ayant cessé de servir à un but
9. L'information doit être fournie dans les meilleurs délais, elle doit être actualisée et fiable
10. Le système doit être souple, capable de s'adapter à toutes les circonstances, ainsi qu'aux besoins nouveaux en fonction de l'évolution de la médecine et des progrès acquis en santé publique

Le système national d'information sanitaire est bâti autour de **six sous-systèmes ou composantes** qui sont:

1. Le sous-système de rapports de routine des services de santé
2. Le sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique
3. Le sous-système d'information pour la gestion des programmes
4. Le sous-système d'information pour l'administration et la gestion des ressources
5. Le sous-système des enquêtes et des études périodiques
6. Le sous-système d'information à assise communautaire

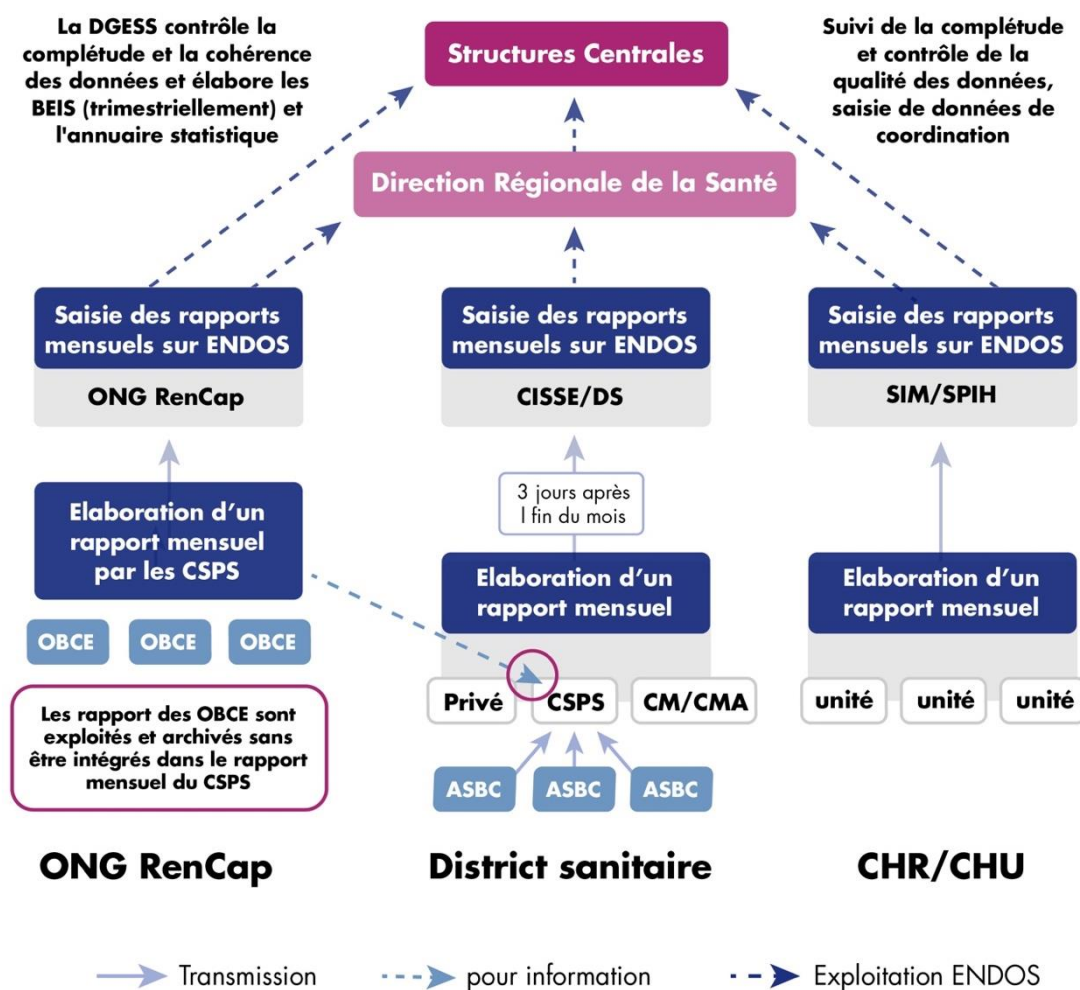
Le circuit de l'information

Le circuit de transmission des données de la surveillance épidémiologique se décline ainsi:

- Les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), centres médicaux (CM) et centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) doivent transmettre leur télégramme lettre officielle hebdomadaire (TLOH) de la semaine Y au district sanitaire (DS) de rattachement au plus tard le lundi de la semaine Y+1 à 10 heures
- Les centres hospitaliers régionaux (CHR) ou centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent transmettre leurs TLOH de la semaine Y à la Direction Régionale de la Santé (DRS) de rattachement au plus tard le lundi de la semaine Y+1 à 17 heures
- Les DRS doivent transmettre leur TLOH de la semaine Y à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) au plus tard le mardi de la semaine Y+1 à 10 heures
- La DLM doit élaborer et diffuser chaque mercredi de la semaine Y+1 une synthèse de la situation épidémiologique de la semaine Y à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Le circuit de transmission des données sanitaires de routine, tel que décrit ci-dessus et illustré dans le Graphique 1, vise à rendre disponible des informations fiables et pertinentes nécessaires à la planification, la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires et sociales aux différents niveaux du système de santé.

Graphique 1. Le circuit de l'information



La **transmission des rapports** consiste à envoyer le bilan de ses activités à l'échelon supérieur selon le canevas correspondant. Une copie du rapport doit être archivée selon les procédures décrites dans le manuel de procédures de gestion de l'information sanitaire (MPGIS). Toutefois, il faut aussi veiller à conserver l'ensemble des supports de collecte (registres, fiches, dossiers, etc.) qui ont servi à l'élaboration dudit rapport; ils incluent:

- Le rapport mensuel d'activités (RMA) du mois X doit contenir la synthèse des activités écoulées du 26 du mois X-1 au 25 du mois X. Il est transmis au DS au plus tard le 5 du mois suivant (mois X+1).
- Le RMA des agents de santé à base communautaire (ASBC) du mois X est la synthèse des activités de l'ensemble des ASBC de l'aire sanitaire. Il doit être transmis en même temps que le RMA, au plus tard le 5 du mois X+1.
- Le rapport mensuel des activités de l'organisme à base communautaire d'exécution (OBCE) du mois X contient la synthèse des activités du mois X (du 21 du mois X-1 au 20 du mois X) et est transmis à la formation sanitaire (FS) de rattachement au plus tard le 26 du mois X pour validation puis à l'organisation non gouvernementale de renforcement de capacités (ONG-RenCap).
- Le RMA du mois X des unités de soins et services est la synthèse des activités écoulées dans chaque unité du 26 du mois X-1 au 25 du mois X. Il doit être transmis au Service d'Informatique Médicale (SIM) en charge de l'information sanitaire par le Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique (CISSE) ou le Service de Planification et d'Information Hospitalier (SPIH), au plus tard le 5 du mois X+1.

BUTS ET OBJECTIFS

Le **but** de cette évaluation est de contribuer à l'amélioration des performances du SIS du Burkina Faso.

L'**objectif général** est d'évaluer le niveau de performance du SISR du Burkina Faso (qualité des données et utilisation de l'information pour la prise de décision) et formuler des recommandations en vue de son renforcement.

Les **objectifs spécifiques** de cette évaluation sont de/d' :

- Evaluer les processus du SIS en termes de collecte, transmission, traitement, analyse, présentation et vérification des données ainsi que la rétro-information
- Evaluer les intrants ou déterminants du SIS en termes de facteurs techniques, organisationnels et comportementaux
- Identifier les contraintes majeures à l'amélioration de la performance du SIS
- Formuler des recommandations en vue d'améliorer les pratiques et de corriger les faiblesses identifiées

Résultats attendus

L'outil PRISM permettra de développer des définitions opérationnelles de la performance du SIS en termes de qualité et de niveau de l'utilisation de l'information dans un premier temps, ensuite il permettra d'évaluer les volets suivants:

- La confiance des agents du SIS à réaliser les tâches reliées au SIS
- Le niveau de compétence de ces agents dans la réalisation des tâches spécifiques de SIS
- La transmission, l'exactitude et la complétude des données
- La demande de données du SIS
- La résolution des problèmes
- Une culture de l'information notamment l'analyse et la prise de décision

Nous espérons, suite à cette évaluation PRISM, obtenir les résultats suivants:

- Le niveau de la performance globale du SISR est connu en termes de qualité des données et niveau d'utilisation des données pour la prise de décision
- Les processus du SISR en termes de collecte, transmission, traitement, analyse, présentation et vérification des données ainsi que la rétro-information sont évalués
- Les déterminants du SISR en termes de facteurs techniques, organisationnels et comportementaux sont évalués
- Les forces et faiblesses du SIS sont identifiées
- Des recommandations opérationnelles en vue d'améliorer les pratiques et de corriger les faiblesses sont formulées

METHODES

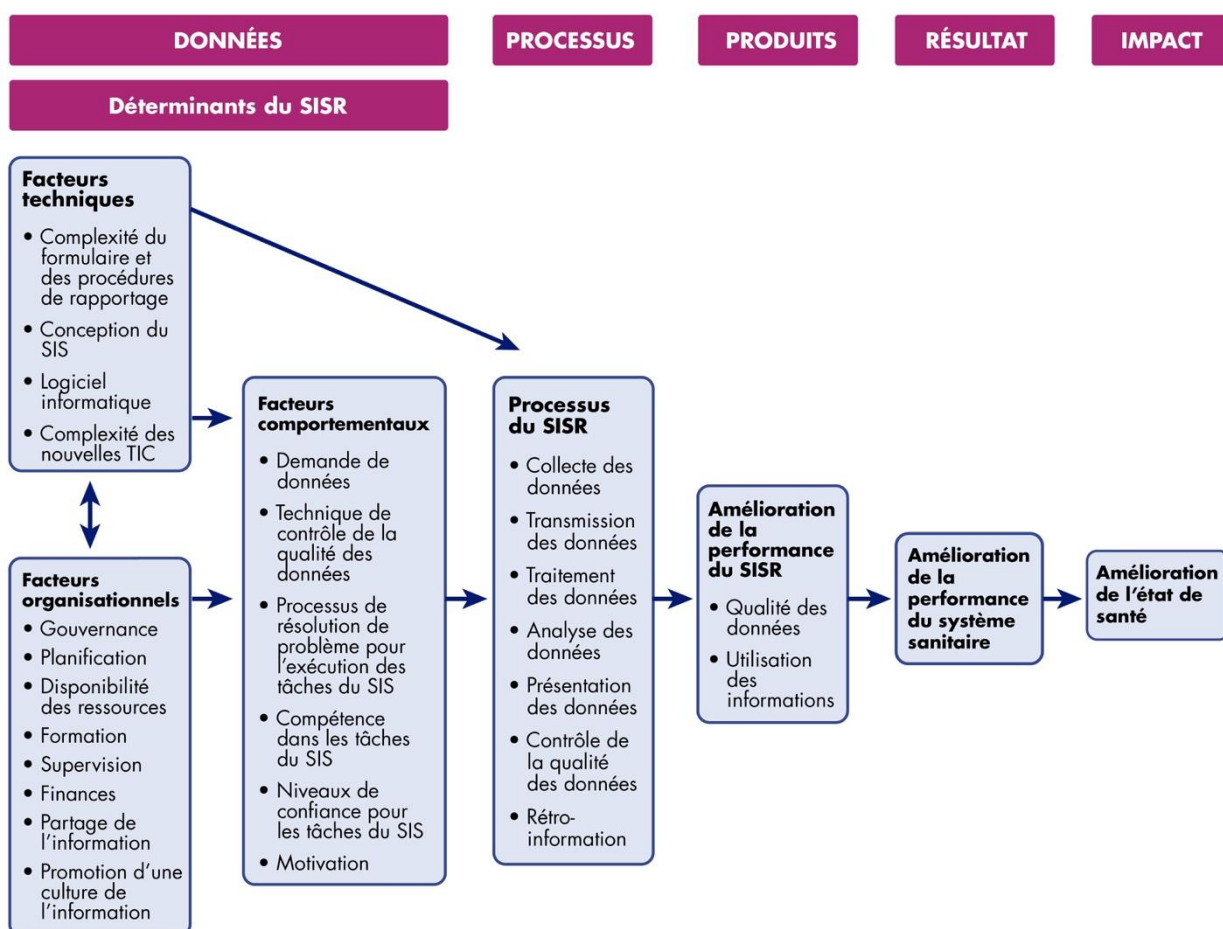
Il s'agit d'une enquête transversale descriptive du SISR du Burkina Faso effectuée avec l'outil PRISM qui détermine le niveau de la performance du SISR et les influences possibles des différents déterminants sur cette performance. Des méthodes quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour la collecte des données.

Compte tenu des contraintes budgétaires et de limitation géographique de la zone d'intervention du projet, l'évaluation s'est déroulée dans la seule région du Centre-Sud. Ainsi, l'administration des différents modules a été réadaptée à ce contexte en tenant compte des objectifs visés.

Cadre de l'évaluation

Cette évaluation est basée sur le cadre conceptuel développé par MEASURE Evaluation pour améliorer la gestion du SISR. Les nouveaux outils du PRISM (mis à jour en 2018 et disponibles au lien suivant: www.measureevaluation.org/prism) permettent aussi bien de mesurer la performance du SISR en termes de qualité des données (exactitude, exhaustivité, promptitude des rapports, etc.) et d'utilisation des informations, mais également d'identifier les déterminants organisationnels, techniques et comportementaux qui influencent la performance du SIS (voir Graphique 2).

Graphique 2. Cadre du PRISM



Les outils PRISM prennent en compte l'appréciation des fonctionnalités et l'utilisation des logiciels. La finalité de ce cadre conceptuel est de formuler des recommandations pour améliorer le SIS en se basant sur les constats et les analyses.

La vision du PRISM s'appuie sur une réflexion approfondie des SIS et un principe d'amélioration continue de leurs performances. Cette démarche donne aux différents acteurs de tous les niveaux, l'occasion d'apporter leur contribution à une meilleure gestion et à une amélioration continue de la performance du SIS. Ceci permet d'atteindre des objectifs et niveaux de performance ambitieux, mais réalisables tout en accroissant la motivation.

Conception de l'évaluation

L'évaluation est une étude transversale d'observation et d'entretien. Des questions ouvertes ont été utilisées pour évaluer les contraintes qui empêchent une meilleure performance du SISR.

Sites concernés

Au niveau central, l'évaluation a été menée dans les structures en charge de la production de l'information sanitaire de routine, soit la DSS et le CHU Yalgado Ouedraogo (CHUYO).

Au niveau décentralisé, au niveau régional, l'enquête s'est déroulée dans les structures de la région du Centre-Sud. Les structures concernées dans cette région étaient la DRS, les quatre districts sanitaires et les FS —les CMA et les CSPS— de la région.

Echantillonnage

La méthodologie adoptée était celle du choix raisonné, combinée à un tirage aléatoire sans remise pour les FS de la région du Centre-Sud, de manière à inclure tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, district et FS).

Le niveau national a été représenté par la DSS car elle coordonne les activités du SISR au niveau national. Les entretiens ont été menés avec les gestionnaires de la base de données ENDOS.

La région du Centre-Sud, qui est la zone d'intervention du projet MEASURE Evaluation, a été sélectionnée pour la réalisation de cette évaluation. Ainsi, les interviews se sont déroulées avec le responsable du CISSE de la DRS du Centre-Sud.

Les quatre districts sanitaires de la région du Centre-Sud ont tous été retenus pour cette évaluation. Il s'agit des districts sanitaires de Manga, Kombissiri, Pô et Saponé. Ainsi, le personnel en charge de la gestion des données (CISSE ou son suppléant) a été interviewé ainsi que le/la responsable du district, soit le médecin chef de district (MCD).

L'évaluation des FS s'est déroulée dans trois types de structures:

1. Les CMA situés dans les districts sanitaires de Manga, Kombissiri, Saponé et Pô – soit quatre CMA au total. Les responsables des CISSE des CMA ont été interviewés.
2. Les CSPS de la région. Au total, 64 CSPS ont été sélectionnés de façon aléatoire pour participer à l'enquête, soit 16 CSPS par district. Un code a été attribué à chacun des CSPS de la région (voir Tableau A4 en Annexe). Les infirmier(e)s chef de poste (ICP) ont été interviewés aux CSPS.

3. Le CHUYO, situé à Ouagadougou, a été inclus dans l'enquête. Les directeurs de l'hôpital et du SPIH ont été interviewés.

Outils de collecte de données

Les données ont été collectées avec les outils du PRISM révisés comprenant six modules:

1. Module 1 – Outil d'aperçu général du SISR
2. Module 2 – Outil de diagnostic de la performance du SISR (cet outil est composé d'une première partie destinée au district et d'une deuxième partie destinée aux FS)
3. Module 3 – Outils d'évaluation de la fonctionnalité et de l'utilisation des logiciels (cet outil est composé d'une première partie dédiée à la fonctionnalité et d'une deuxième partie dédiée à l'utilisation)
4. Module 4 – Outil d'évaluation de la gestion du SISR (ou *Management Assessment Tool* – MAT)
5. Module 5 – Liste de contrôle
6. Module 6 – Outil d'évaluation organisationnelle et comportementale (ou *Organizational and Behavioral Assessment Tool* – OBAT)

La version anglaise de ces outils est téléchargeable et disponible au lien suivant:

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-18-12/>

Plusieurs méthodes de collecte de données ont été utilisées: entretiens structurés, observations, exploitation de documents, exploration de bases de données informatisées et une auto-administration de questionnaires comprenant une section sur la compétence.

Les entretiens ont été conduits auprès des responsables des structures et/ou des personnes impliquées dans la gestion des données (voir Tableau 1). Les personnes interrogées pour le Module 6 (OBAT) ont été soumises à un test écrit et/ou pratique pour évaluer leur niveau de compétence dans la réalisation des tâches du SISR. Une seule personne a été interrogée par site pour le OBAT.

Compte tenu des contraintes de ressources et de zone d'intervention évoquées plus haut, l'administration de certains modules a été réduite à un minimum de structures (voir Tableau 1): l'outil d'aperçu général du SISR (Module 1) a été administré seulement au niveau central, au CHUYO et dans un seul CSPA par district, soit quatre CSPA pour toute la région du Centre-Sud. La partie « fonctionnalité » du Module 3 a été administrée au niveau central, et la partie « utilisation » au CHUYO, à la DRS et aux districts. Pour l'outil de diagnostic de la performance du SISR (Module 2), le MAT (Module 4) et la liste de contrôle (Module 5), les questionnaires ont concerné toute la structure visitée en tant qu'entité (DSS, région, district ou FS) et n'ont été administrés qu'une fois par site. Aux CMA, seuls deux indicateurs —le VIH et la tuberculose (TB)— ont été analysés au sein du Module 2 (les indicateurs sont décrits en détail ci-dessous). L'OBAT a seulement été administré à la DRS et aux districts.

Tableau 1. Outils de collecte selon le niveau

Niveaux et structures	Nombre d'enquêteurs	Outils	Destinataires
Niveau central	Equipe de superviseurs du niveau central	Module 1 Module 3 (partie « fonctionnalité ») Module 4	Directeur de la DSS
CHUYO		Module 1 Module 3 (partie « utilisation ») Module 4 Module 5	Directeur d'hôpital et du SPIH
DRS		Module 3 (partie « utilisation ») Module 4 Module 6	Directeur régional de la santé; responsable du CISSE de la région
DS	2 par district	Module 2 (niveau district) Module 3 (partie « utilisation ») Module 4 Module 5 Module 6	MCD; responsable du CISSE du district
CMA	2 par CMA	Module 2 (niveau FS; indicateurs VIH et TB) Module 5	Responsable du CISSE du CMA
CSPS	1 par CSPS	Module 1 (1 CSPS par district) Module 2 (niveau FS) Module 5	ICP

NB: Chaque niveau a bénéficié d'un superviseur du niveau central et d'un membre de l'équipe de MEASURE Evaluation. Des informations plus détaillées sont disponibles en Annexe (Tableau 1A).

Divers documents ont été examinés, incluant les registres de consultation et autres documents primaires si nécessaire, les rapports mensuels du SISR, les procès-verbaux (PV) de réunion, les rapports d'analyse, les bases de données au niveau du district et niveaux supérieurs, les documents affichés et tous autres documents ayant un rapport avec la mise en œuvre du SISR. Pour les bases de données, il s'agissait principalement de la base de données nationale ENDOS-DHIS2.

Indicateurs de performance à mesurer

Les indicateurs liés à la qualité des données (l'exactitude, la complétude et la promptitude), ainsi que ceux liés à l'utilisation des données, ont été calculés. De plus, des informations relatives aux déterminants de la performance ont été collectées et analysées pour comprendre leur influence sur la performance globale du système.

La promptitude a été évaluée seulement à partir du district étant donné que le DHIS2 n'est pas encore déployé dans les FS (CHU, CMA et CSPS).

L'exactitude a été évaluée grâce à un exercice de vérification des données concernant quatre éléments de données/indicateurs sélectionnés:

1. Le nombre total de premières consultations prénatales (CPN1)
2. Le nombre de cas de TB notifiés

3. Le nombre de clients dépistés positifs pour le VIH enrôlés dans la file active (en CPN, à la maternité ou en consultations)
4. Le nombre d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3 ou Penta3)

Les données évaluées concernent la période de trois mois du 26 avril au 25 juin 2018 —ceci car les périodes de rapportage des données de routines se font du 26 du mois X au 25 du mois X+1.

Au niveau des FS (CSPS, CMA et CHUYO), l'exactitude des éléments de données a été mesurée en comparant les données des registres des services ou unités concernées (recomptage) avec celles mentionnées dans les rapports de compilation. Au niveau du district, de la région et du niveau central, l'exactitude des données a été mesurée en comparant (1) les données existant dans les rapports reçus des FS à celles retrouvées dans la base de données ENDOS-DHIS2 ou le rapport compilé au niveau du district, et (2) les données contenues dans les bases de données des niveaux intermédiaires (district ou région) et celles compilées des niveaux immédiatement supérieurs (région ou central).

La complétude a été évaluée grâce aux éléments de données du rapport mensuel dans les FS alors qu'aux niveaux district, région et central, la complétude des rapports mensuels s'est faite dans la base DHIS2 en comparant les rapports disponibles au nombre total de rapports attendus. Pour la qualité du remplissage des rapports, la vérification a été faite en comparant le nombre d'éléments qui devaient être renseignés par rapport au nombre d'éléments réellement renseignés (nombre et critères variables selon le type de rapport). La complétude globale sur les trois mois a été estimée par la moyenne des complétudes sur les trois mois. Aux niveaux district, régional et central, les complétudes dans la transmission des rapports ont été calculées à partir du DHIS2 basé sur la proportion des rapports rendus sur le total attendu (avec une marge de tolérance de 5 pourcent, 10 pourcent et 15 pourcent).

L'utilisation de l'information et des données a été évaluée sur l'ensemble des niveaux à travers une revue du contenu des PV des réunions disponibles selon les critères suivants:

- Discussions sur la gestion du SIS (la qualité des données, le reportage, la promptitude du reportage) et sur les résultats du SIS (utilisation des services, surveillance, couverture de services, ruptures de stocks de médicaments, etc.)
- Prises de décisions basées sur les discussions et le suivi de la mise en œuvre des décisions
- Référence de questions/problèmes liés au SIS au niveau régional/national pour que des actions soient entreprises

Les sources de données et de vérification

Les sources de données pour la vérification varient par niveau (voir Tableau 2). Au niveau central à la DSS, ainsi qu'au niveau régional à la DRS, il s'agit de la base de données DHIS2 et d'autres sources d'informations disponibles ainsi que les rapports et PV de réunions de coordination. Au niveau des districts, il s'agit des deux mêmes sources de données qu'aux niveaux central et régional, mais on y rajoute les RMA et autres rapports. Enfin, au niveau des FS, il s'agit du rapport mensuel du SIS (documents papier car les FS n'utilisent pas encore le DHIS2), les registres et/ou fiches de consultation et autres documents sources et les rapports et PV de réunions de coordination.

Tableau 2. Sources de données pour la vérification aux différents niveaux

	Base de données DHIS2	Rapports et PV de réunions de coordination	RMA et autres rapports	Rapport mensuel du SIS	Registres et fiches de consultations
Niveau central	X	X			
Niveau régional	X	X			
Niveau district	X	X	X		
Niveau FS		X		X	X

L'entrée des données collectées durant les observations et les entretiens à partir des outils primaires (registres) et secondaires (rapports papiers ou ENDOS-DHIS2) se fait sur l'application Open Data Kit (ODK) à partir des tablettes.

La vérification de la qualité des données a été faite d'abord avec le superviseur interne de l'équipe et secondairement par les équipes des superviseurs externes, constituées de la DSS et du projet MEASURE Evaluation.

Le traitement et l'analyse des données:

Les données saisies ont été contrôlées régulièrement sur le terrain pour s'assurer de la qualité des données collectées. Une supervision interne doublée d'une supervision externe a systématiquement été conduite pour garantir cette qualité. Les anomalies ont été identifiées et corrigées. Des analyses de fréquence, des comparaisons et des analyses de tendances ont été faites pour comprendre les problèmes rencontrés conformément au plan d'analyse défini à cet effet.

Déroulement de l'enquête

L'évaluation PRISM comportait deux phases et s'est déroulée du 7 au 17 août 2018.

Phase I : Phase préparatoire

La phase préparatoire a inclus:

- Des réunions avec la DSS et la Direction des Systèmes Informatiques en Santé (DSIS) pour harmoniser les positions et faire les derniers réglages;
- Le paramétrage des tablettes pour la saisie des données sur l'applications ODK;
- La formation des enquêteurs: s'est déroulée pendant 3 jours (7, 8 et 9 août 2018). Orientée sur la compréhension du protocole et des questionnaires, elle a été suivie d'un test des outils PRISM pendant un jour à Ouagadougou. Les agents enquêteurs identifiés pour assurer la collecte des données provenaient essentiellement de la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles (DGESS) et de la DSIS et disposaient de connaissances relatives aux SISR.
- Le pré-test des outils a été réalisé dans les FS de Ouagadougou.

Phase II : Phase exécutoire

L'évaluation PRISM s'est déroulée du 13 au 23 août 2018 à la DSS, la DSIS, au CHUYO et dans la région du Centre-Sud, où quatre districts et 64 CSPS ont été évalués. Chaque équipe a pris cinq jours pour la collecte des données sur le terrain et cinq jours supplémentaires pour la centralisation et l'harmonisation des données avec l'application ODK (tablettes). La programmation des cinq premiers jours est détaillée dans le Tableau A1 en Annexe.

Dix agents provenant du MS (DSS, DSIS) constitués en binômes ont conduit l'enquête. Les équipes de contrôle de qualité étaient constituées essentiellement du personnel du MS (DSS et DSIS) et de membres du projet MEASURE Evaluation qui ont assuré la coordination et la supervision de l'enquête. La répartition des équipes et la liste complète des enquêteurs se trouvent respectivement dans les Tableaux A2 et A3 en Annexe.

Au cours du contrôle de la qualité des données dans les districts, les équipes ont été accompagnées dans leur tâche par les responsables CISSE du district et/ou de la région. Ceci dans le but de participer à l'exercice et de s'approprier l'utilisation de l'outil PRISM. Les équipes ont été dotées en tablettes androïdes pour faciliter la saisie des données de l'outil PRISM configuré dans ODK.

RESULTATS

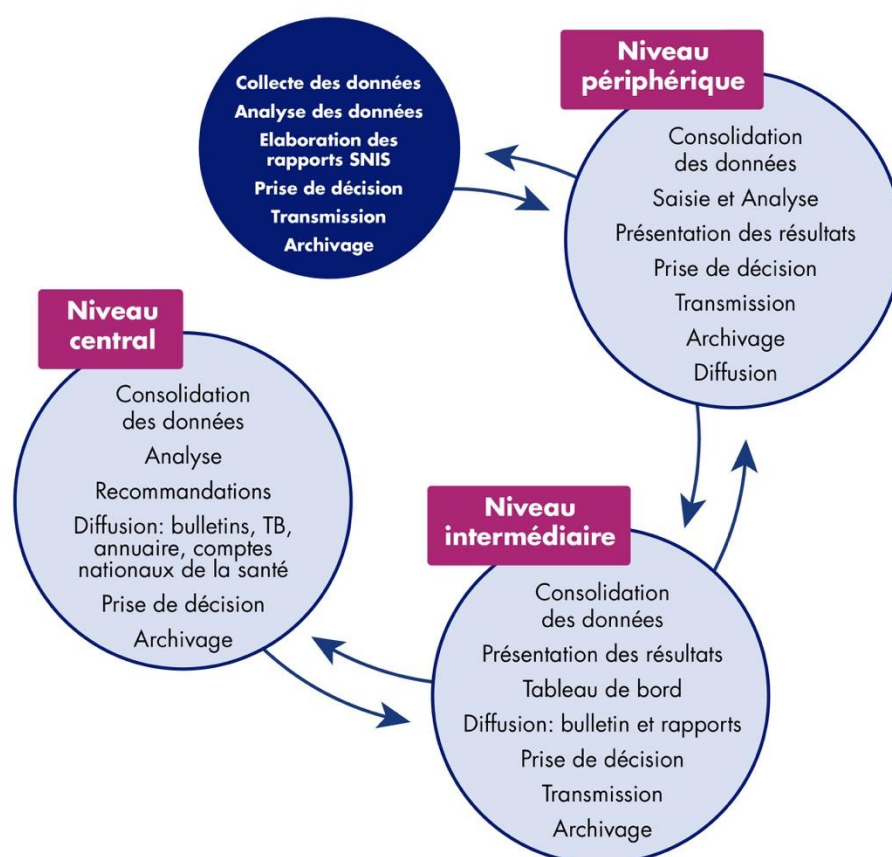
Aperçu général du système d'information de routine

Cette enquête a été réalisée pour répondre à un besoin spécifique d'évaluation de la performance du SISR du Burkina Faso conformément aux normes et procédures définies par le SNIS.

Le flux de l'information sanitaire

Le dispositif de gestion de l'information sanitaire pour le SISR comprend trois niveaux: périphérique ou opérationnel, intermédiaire et central. Les données puisées de diverses sources sont transmises d'un niveau à l'autre du système en suivant un itinéraire bien défini. Ce processus de transmission comporte deux courants circulant en sens inverse: l'un ascendant —c'est le flux à travers lequel les données sont véhiculées du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central—; l'autre descendant —le reflux ou rétro-information, dans lequel l'information quitte les niveaux de décision (central et régional) vers le niveau le périphérique. Le flux de l'information sanitaire passe par différentes phases: la collecte, la transmission de l'information à différents niveaux, l'analyse, l'interprétation, la production de recommandations et la rétro-information dans le but de fournir de l'information pour décider d'une action (voir Graphique 3).

Graphique 3. Flux de l'information sanitaire



L'organisation de la gestion de l'information sanitaire requiert un ensemble de processus pour la gestion continue des activités à chaque niveau et comporte les phases suivantes:

- La mise à disposition et l'utilisation adéquate des outils de gestion de l'information

- L'identification des sources d'information pour la collecte des données
- Le contrôle de la qualité des données
- L'analyse et l'interprétation des résultats
- La transmission de l'information sanitaire aux différents niveaux
- La conception d'applications informatiques de gestion des données
- L'alimentation régulière de la base de données informatisée du SNIS
- La rétro-information
- La prise de décision et l'action
- L'archivage

Le niveau périphérique ou opérationnel est représenté par les FS qui assurent la collecte, la compilation et l'agrégation des données de base. Ce niveau veille en outre à la complétude et à la promptitude des rapports du SNIS; à notifier les cas de maladies sous surveillance épidémiologique, à la qualité des données de base et surtout à compiler les données de base pour l'élaboration des rapports SNIS.

Le niveau intermédiaire a pour mission la coordination, la compilation et la centralisation de l'information sanitaire. Il est chargé de/d' :

- Elaborer les rapports SNIS, les annuaires régionaux et des bulletins d'information et de rétro-information
- Participer au renforcement des capacités des acteurs de collecte des données du SNIS
- Assurer la disponibilité des supports de collecte des données du SNIS à tous les niveaux inférieurs
- Assurer la disponibilité des indicateurs SNIS à l'échelle régionale
- Superviser le niveau périphérique
- Centraliser toute information statistique de la région et des districts

Le niveau central est représenté par les directions centrales dont la coordination est assurée par la DGESS, à travers la DSS qui assure les tâches suivantes:

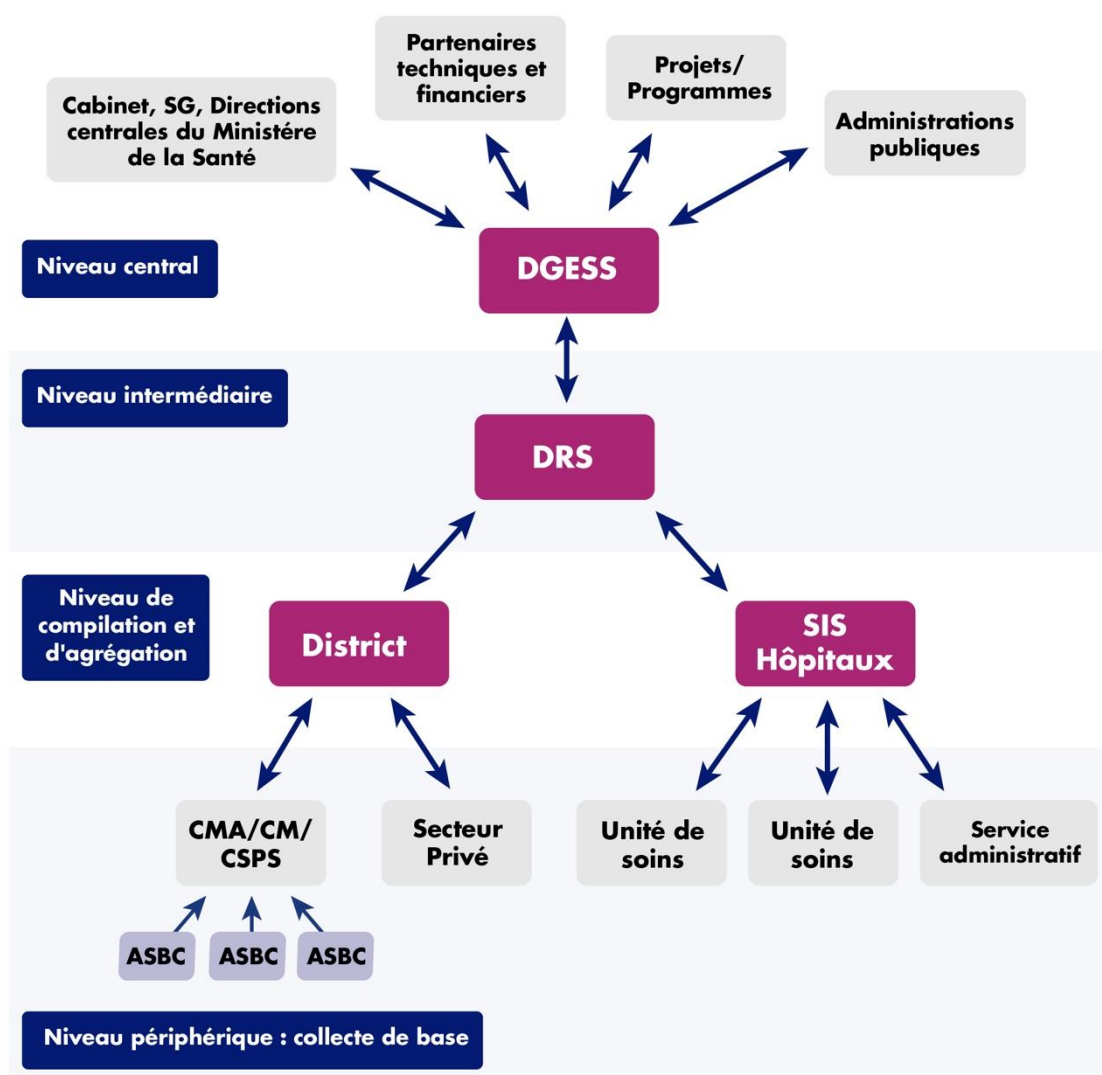
- Veiller à la qualité des données du SNIS
- Coordonner la production de l'information sanitaire
- Centraliser, archiver, analyser et diffuser l'information sanitaire
- Concevoir des normes, des procédures et des mécanismes uniformes de notification des données
- Mettre en place les outils de gestion de l'information à tous les niveaux du système de santé
- Assurer le renforcement des capacités techniques des acteurs du SNIS
- Renseigner de manière régulière les indicateurs pour la gestion des projets et programmes de santé
- Veiller au respect des normes et procédures de gestion de l'information sanitaire
- Contribuer à la réalisation des enquêtes et études spécifiques
- Réaliser les études et recherches pour la santé
- Réaliser les enquêtes démographiques et de santé (EDS)
- Faire le suivi-évaluation des intervenants du SNIS

- Elaborer les outils et canevas de suivi des indicateurs
- Fournir les indicateurs du SNIS demandés au plan international
- Assurer la rétro-information
- Elaborer et mettre en œuvre le plan stratégique du SNIS
- Conduire le processus d'élaboration des outils de collecte, de saisie et de traitement des données
- Contribuer à l'analyse des résultats d'enquête

Le circuit de l'information sanitaire

Le circuit définit le processus de transmission et de réception de l'information par les différentes structures. Cela tient au fait qu'aux différents niveaux, l'information sanitaire répond à des besoins particuliers. Le circuit obéit aux principes du flux de l'information sanitaire et est de la responsabilité technique et administrative des structures et acteurs selon le Graphique 4.

Graphique 4. Circuit de l'information



Au niveau périphérique ou opérationnel (acteurs communautaires, districts et hôpitaux), il permet de/d':

- Disposer de données permettant une bonne connaissance de l'état socio-sanitaire de la population de l'aire de responsabilité
- Disposer de données permettant une auto-évaluation des activités menées pour faciliter les prises de décisions au niveau local
- Etre un premier maillon dans la chaîne de transfert des informations vers les niveaux supérieurs
- Etre un outil d'information du personnel de santé, des associations, des usagers et utilisateurs pour favoriser la participation de la communauté à la gestion du centre

Au niveau intermédiaire (DRS), il permet de:

- Disposer de données permettant une bonne connaissance de l'état socio-sanitaire de la population de la région sanitaire (consolidation des données de toutes les structures de premier niveau et structures de référence)
- Disposer de données permettant la planification des activités socio-sanitaires au niveau de la région sanitaire
- Disposer de données permettant d'évaluer la mise en œuvre de la politique sectorielle au niveau de la région sanitaire
- Transmettre les informations vers le niveau central
- Constituer une banque informatisée de données sanitaires et sociales au niveau régional

Au niveau central (directions chargées de l'information sanitaire et les autres structures du MS), il permet de/d':

- Produire et diffuser des indicateurs permettant d'apprécier l'évolution de la situation sanitaire et sociale des populations au niveau national
- Produire et diffuser des indicateurs permettant le suivi et l'évaluation de la politique sectorielle de santé et de population
- Constituer une banque de données sur la situation sanitaire et sociale du pays
- Echanger les informations avec les organismes sous-régionaux et internationaux

Les outils de collecte de données

Les outils papiers de collecte de données utilisés dans le SISR au niveau des FS sont:

- Le registre de consultation
- Le registre d'hospitalisation
- Le registre de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
- Le registre de consultation prénatale (CPN)
- Le registre d'accouchement
- Le registre de consultation postnatale
- Le registre de planification familiale

Ces outils papiers de collecte recueillent en outre les informations sur le VIH, les consultations curatives ainsi que les outils de collecte de données spécifiques aux programmes nationaux de santé tels que la TB, le programme élargi de vaccinations (PEV) et la santé mère-enfant.

Les outils électroniques qui assurent la gestion du SISR sont hébergés sur l'application ENDOS-DHIS2 utilisée à partir du niveau district où la saisie des rapports compilés des FS est effectuée, puis aux niveaux régional et central.

Niveau formation sanitaire

Cette section analyse les données recueillies au CHUYO, aux quatre CMA et aux 64 CSPS.

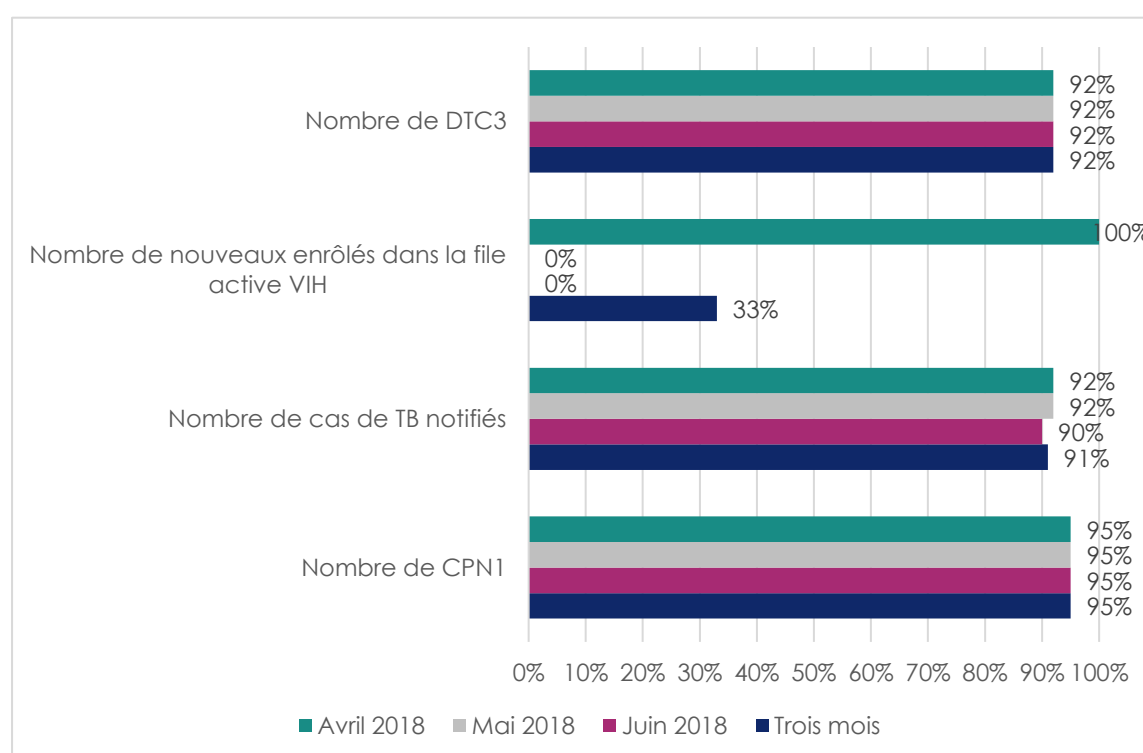
Qualité des données

Les dimensions suivantes de la qualité des données sont couvertes: la complétude des documents sources, la complétude des éléments de données au sein des rapports, la disponibilité des rapports et l'exactitude des données rapportées.

Complétude des documents sources

La complétude des documents sources est globalement satisfaisante pour l'ensemble des indicateurs, avec des moyennes trimestrielles allant de 91 à 95 pourcent à l'exception du nombre de nouveaux cas de VIH enrôlés dans la file active, qui a une moyenne trimestrielle de 33 pourcent (voir Graphique 5).

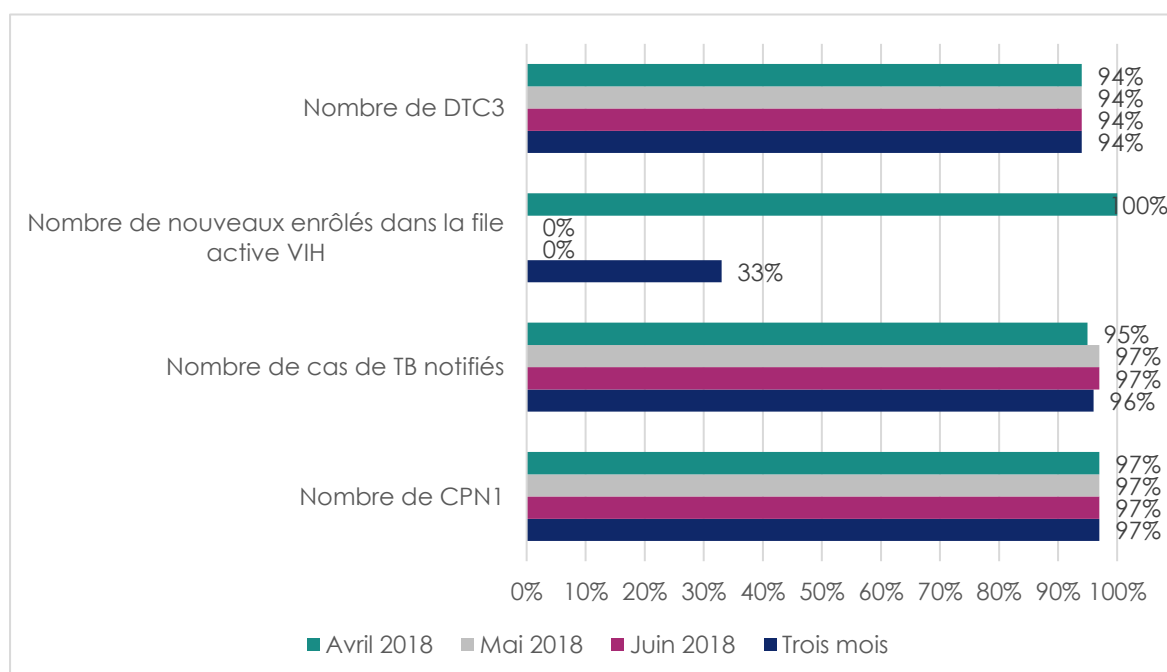
Graphique 5. Complétude des documents sources au niveau des FS



Complétude des rapports

Les données rapportées ont été considérées complètes seulement pour les rapports où toutes les rubriques ont été renseignées. Ainsi, la complétude des données au niveau des FS variait de 94 à 100 pourcent (voir Graphique 6).

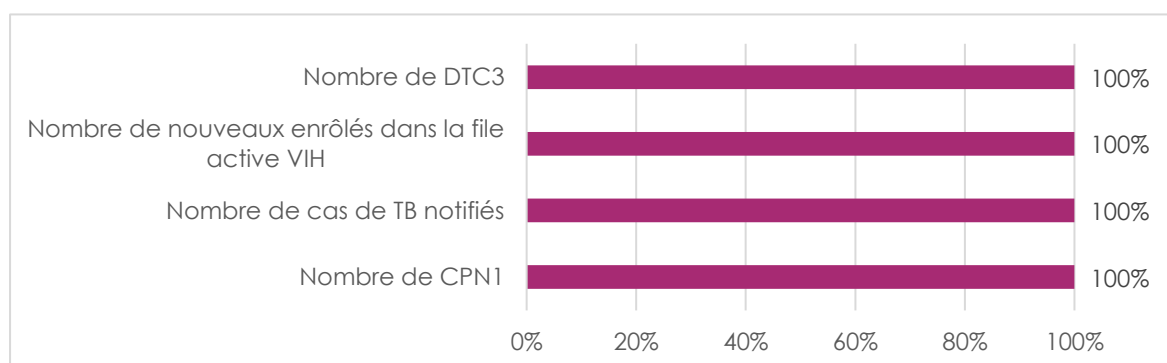
Graphique 6. Complétude des données rapportées par indicateur au niveau des FS



Disponibilité des rapports

Pour l'ensemble des structures visitées, le formulaire de rapport était disponible à hauteur de souhait, avec un taux de 100 pourcent pour les quatre indicateurs sélectionnés et sur les trois mois enquêtés (voir Graphique 7).

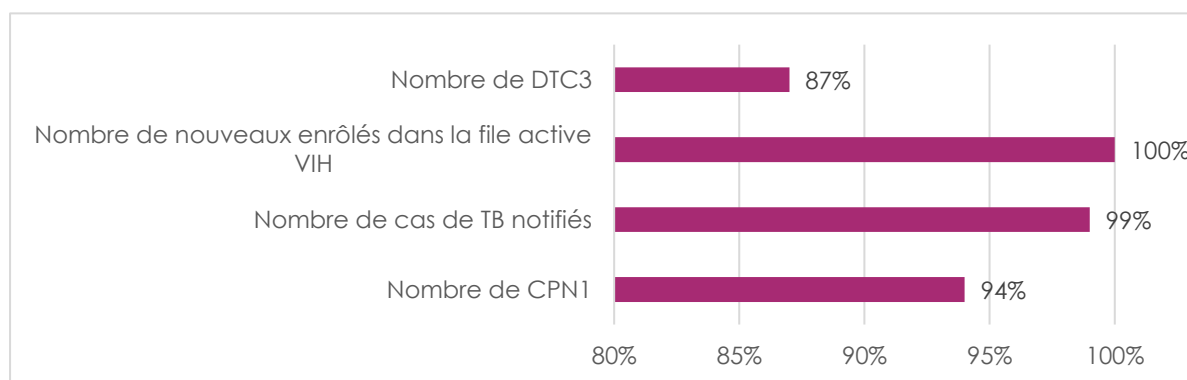
Graphique 7. Disponibilité des rapports au niveau des FS (sur les trois mois)



Exactitude des données

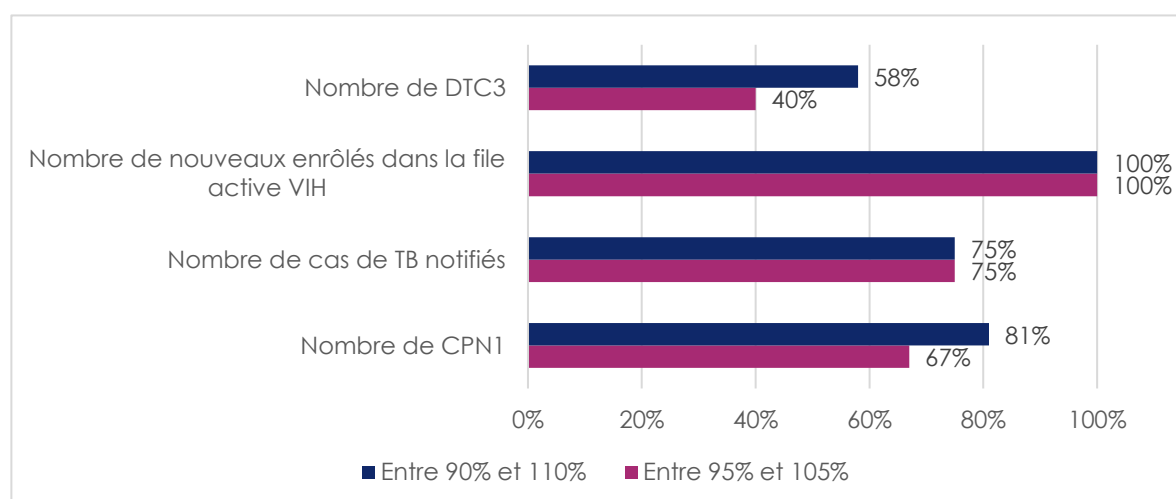
L'exactitude globale correspond à la comparaison de l'ensemble des données par indicateurs, recomptées à partir des documents sources de toutes les FS enquêtées au total des données saisies dans la base ENDOS-DHIS2 au niveau du district pour les mêmes FS. Tout écart amène à conclure que l'exactitude est mauvaise. Ainsi, en l'absence des seuils de tolérance, le niveau global de l'exactitude est satisfaisant. Les données sont comparables à 94 pourcent pour la CPN1, 99 pourcent pour la TB, 100 pourcent pour le VIH et 87 pourcent pour la DTC3 (voir Graphique 8).

Graphique 8. Exactitudes moyennes globales des données par indicateur au niveau des FS (sur les trois mois)



Les exactitudes moyennes trimestrielles ont été calculées et sont représentées dans le Graphique 9. Les principales raisons évoquées pour les défauts d'exactitude observés étaient les erreurs de saisie de données et les erreurs de calcul.

Graphique 9. Exactitudes moyennes trimestrielles des données au niveau des FS avec seuils (5% et 10%)



Utilisation des données pour la prise de décision

Production de rapports d'analyse et de performance

L'utilisation des données de routine pour l'amélioration de la qualité du SISR, l'évaluation des performances et la prise de décision basée sur des preuves reste très faible sur l'ensemble des FS visitées. Seulement 22 pourcent des FS produisent des rapports ou de bulletins basés sur l'analyse des données du SISR et 30 pourcent seulement soumettent ou présentent des rapports de performance à un conseil ou à une administration de district.

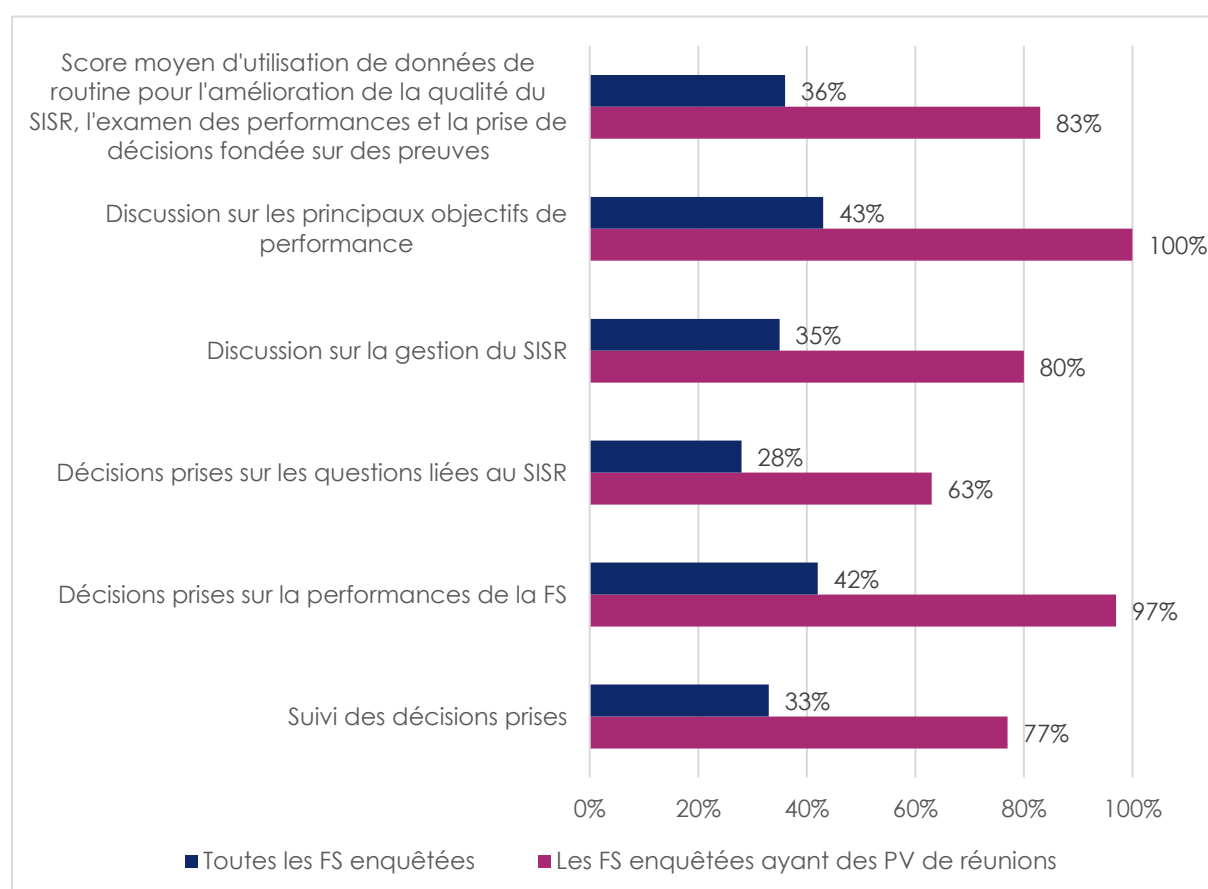
Niveau d'utilisation des données en fonction de la présence de PV de réunions

Le niveau d'utilisation des données pour la prise de décision a été approché de deux manières: un niveau global prenant en compte l'ensemble des FS enquêtées et un niveau ne prenant en compte que les FS où les PV de réunions étaient disponibles (voir Graphique 10). Le score moyen de l'utilisation des données, en prenant en compte tous les sites visités est de 36 pourcent. Les informations qui sont utilisées

concernent essentiellement les discussions sur les objectifs de performance des FS (43%), la décision prise pour les performances (42%), le suivi des décisions (33%), les décisions sur les questions du SISR (28%) et enfin les discussions sur la gestion des ressources humaines (35%).

Il est à noter que pour chacun de ces scores individuels, les FS ayant des PV de réunions démontraient une plus forte utilisation des données, allant de 63 pourcent pour les décisions prises sur les questions du SISR à 100 pourcent pour les discussions sur les principaux objectifs de performance —obtenant ainsi un score moyen plus que deux fois plus élevé (83%) que le score moyen de toutes les FS confondues (36%).

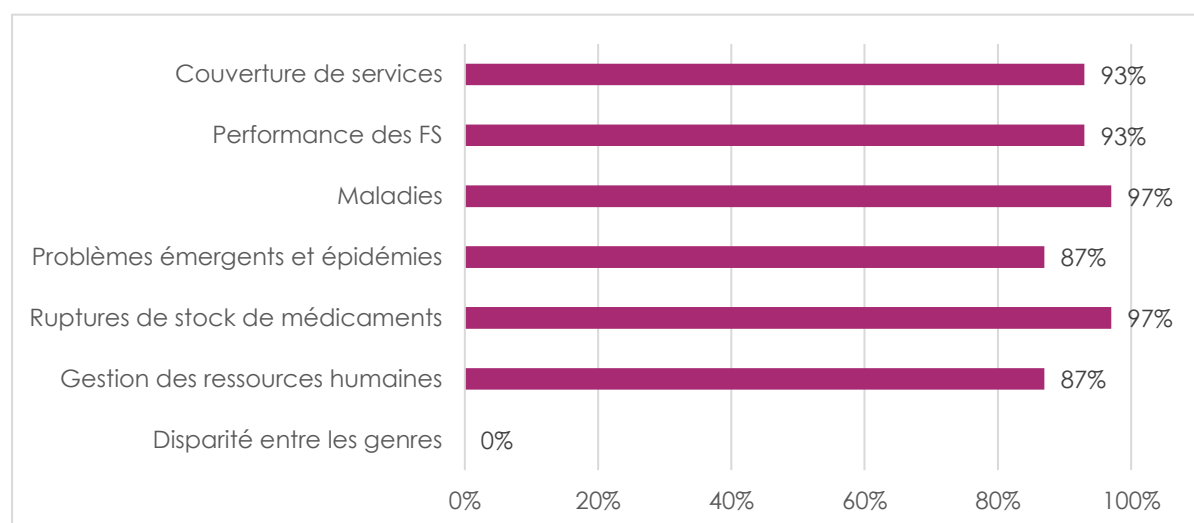
Graphique 10. Scores de l'utilisation des données dans toutes les FS enquêtées et dans les FS ayant des PV de réunions



Exhaustivité du plan annuel

Environ 43 pourcent (30 sur 69) des FS disposent d'un plan annuel. Ces derniers, en moyenne, traitent essentiellement de gestion des ressources humaines (87%), de ruptures de stock de médicaments (97%), de problèmes émergents/épidémies (87%), de maladies (97%), de performance des FS (93%) et de couverture de service (93%). Cependant, la question du genre n'est prise en compte dans aucune formation sanitaire (0%) —voir Graphique 11.

Graphique 11. Présence dans le plan annuel des FS d'activités ou d'objectifs liés à l'amélioration ou au traitement de différents éléments



Dissémination des données en dehors du secteur de la santé

Pour ce qui est de la dissémination, les données sont, dans la plus grande partie des FS, partagées avec le grand public via des tableaux d'affichage ou publications locales (86%) ou des rapports ou présentations qui incluent les données du SISR pour rendre compte des progrès du secteur de la santé (71%). Seules 10 pourcent des FS publient leurs données sur un site web mis à jour au moins une fois par an, permettant au grand public d'accéder aux données SISR de la FS.

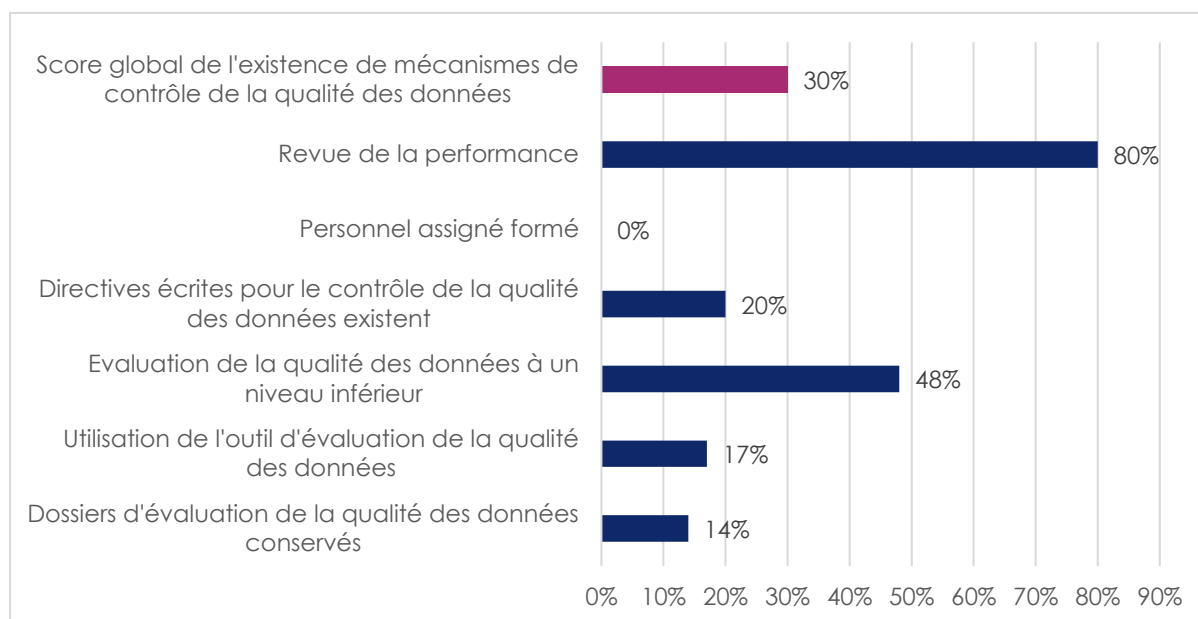
Gestion des données

Pour un rendement souhaité, les indicateurs de gestion des données étaient recherchés à travers l'existence des mécanismes suivants: le contrôle de la qualité des données, des preuves de la pratique d'analyse des données et de l'existence de mécanismes de visualisation de données et de rétro-information.

Contrôle de la qualité des données

Le score moyen global de l'existence des mécanismes de contrôle de qualité des données est de 30 pourcent. Individuellement, ces mécanismes ne sont pas en place à l'exception de la revue de la performance qui est de l'ordre de 80 pourcent (voir Graphique 12).

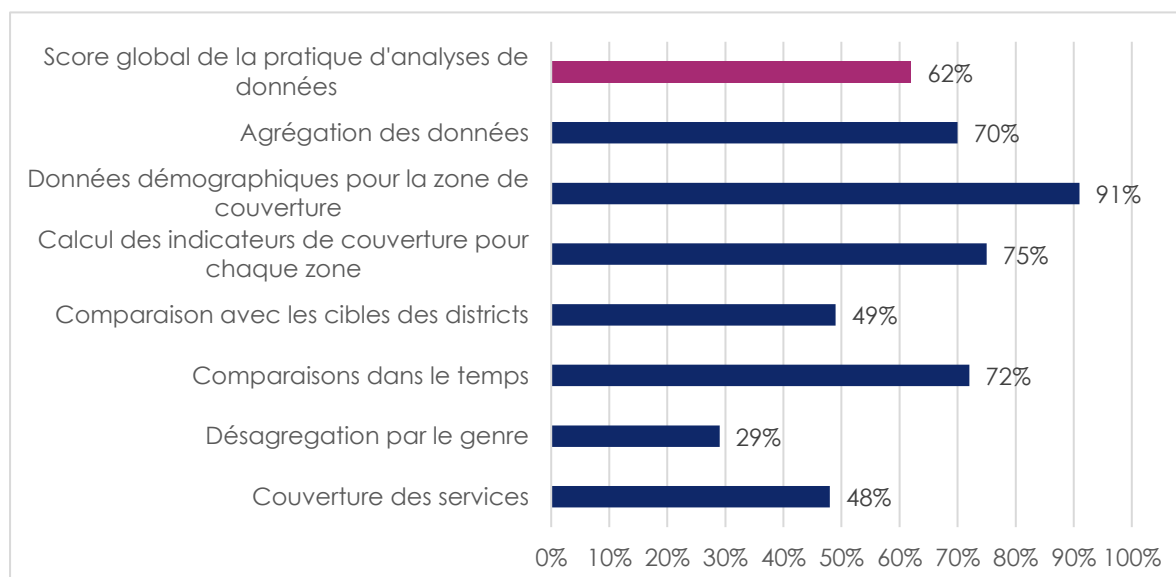
Graphique 12. Scores de l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité des données au niveau des FS



Preuve de la pratique de l'analyse des données

Le score global de la pratique de l'analyse des données est relativement satisfaisant (62%). Les scores individuels varient de 29 pourcent pour la désagrégation par le genre, à 91 pourcent pour l'existence de données démographiques pour la zone de couverture. La prise en compte du genre dans l'analyse des données bien qu'étant à saluer, demeure cependant inexistante pour 71 pourcent des FS (voir Graphique 13).

Graphique 13. Scores de preuves de pratiques d'analyse des données au niveau des FS



Visualisation des données et mécanismes de rétro-information

Environ 68 pourcent des FS visitées faisaient usage de visuels de données montrant les réalisations vers les cibles, tandis que 52 pourcent d'entre elles avaient reçu des rapports de rétroaction du bureau de district ou du MS sur la base de cette information au cours des trois derniers mois.

Déterminants de la performance du SISR

Gouvernance du SISR

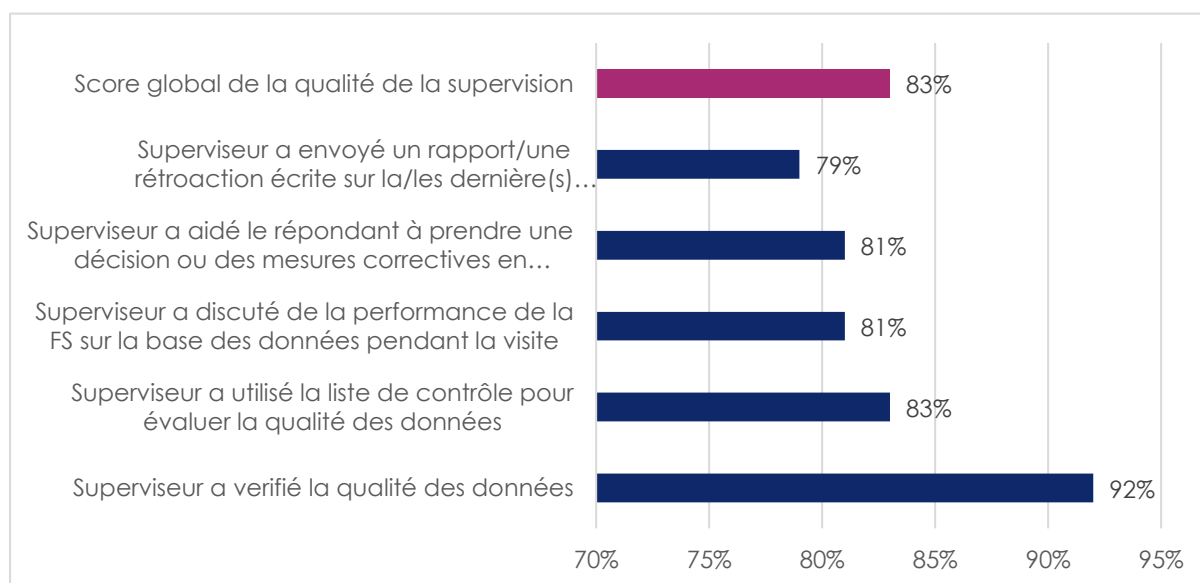
Les documents normatifs montrant l'organisation des services et les fonctions du personnel chargé du SISR sont présents dans toutes les structures enquêtées. Cependant, ces documents sont partiels car ils ne renferment pas tous les éléments d'une bonne gouvernance. Il s'agit par exemple de l'absence de normes et procédures du système de sécurité des données, de l'absence de liste harmonisées des FS du pays (telle une *master facility list*, ou MFL), etc.

Toutes les FS (100%) disposent d'un organigramme actualisé du personnel et des services de santé indiquant les postes liés à l'information sur la santé. En revanche, aucune des structures visitées (0%) ne dispose d'un document écrit décrivant la mission et les rôles et les responsabilités liées aux décisions stratégiques et politiques au niveau du district et aux niveaux supérieurs. La copie des normes du SISR que les FS possèdent ne contient qu'une partie des éléments attendus (document ne peut être considéré « complet » d'après le questionnaire du PRISM).

Supervision du SISR

Au moins 60 établissements sur 64 ont été supervisés au moins une fois au cours des 3 derniers mois, soit 91 pourcent. La qualité globale de la supervision est estimée à 83 pourcent (voir Graphique 14). Les thématiques traitées lors des supervisions répondent pour l'essentiel aux exigences d'une bonne gouvernance: l'existence de rétro-information, une aide à la prise de décision issues de la supervision, des discussions sur la performance de la FS, l'utilisation de la liste de contrôle de qualité et surtout la vérification de la qualité des données (estimée à 92 pourcent pour l'ensemble des FS enquêtées).

Graphique 14. Scores de la supervision au niveau des FS



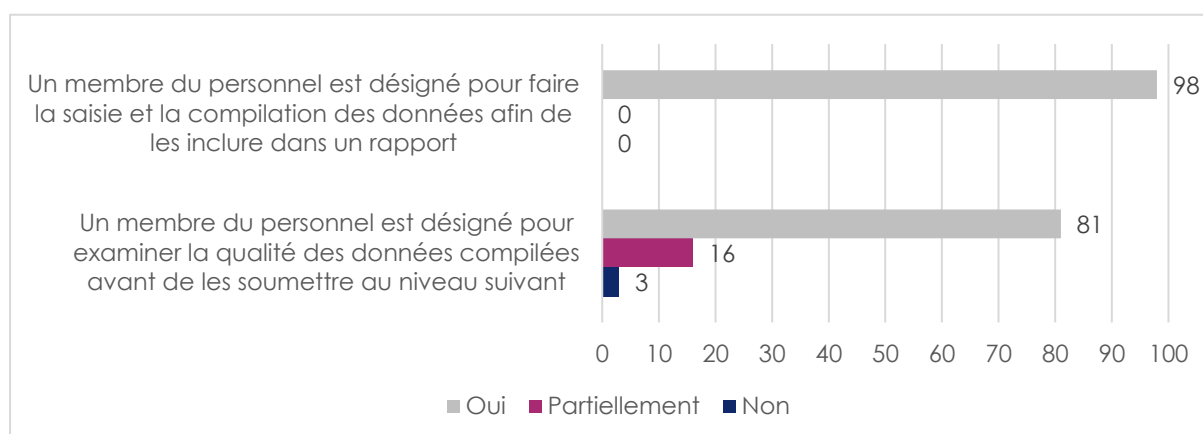
Gouvernance et infrastructures

Toutes les FS visitées (100%) disposaient d'une copie papier du rapport de la dernière visite de supervision dans laquelle sont énumérés les points d'action convenus. En revanche, aucune (0%) ne possédait une copie du plan financier à long terme pour soutenir les activités du SISR. Toutefois, 37 pourcent des FS avaient accès à un réseau Internet.

Assignation des rôles au personnel

Le taux de FS dans lesquelles un membre du personnel est désigné pour faire la saisie et la compilation des données des différentes unités de la FS afin de les inclure dans un rapport est fort appréciable (98%). Par contre, seulement 81 pourcent des FS avaient un membre du personnel désigné pour examiner la qualité des données compilées avant de les soumettre au niveau suivant, alors que dans 16 pourcent des cas, personne n'était désignée formellement, et dans 3 pourcent des cas, il n'y avait qu'une seule personne (voir Graphique 15).

Graphique 15. Assignation des rôles du personnel au niveau des FS



Niveau district sanitaire

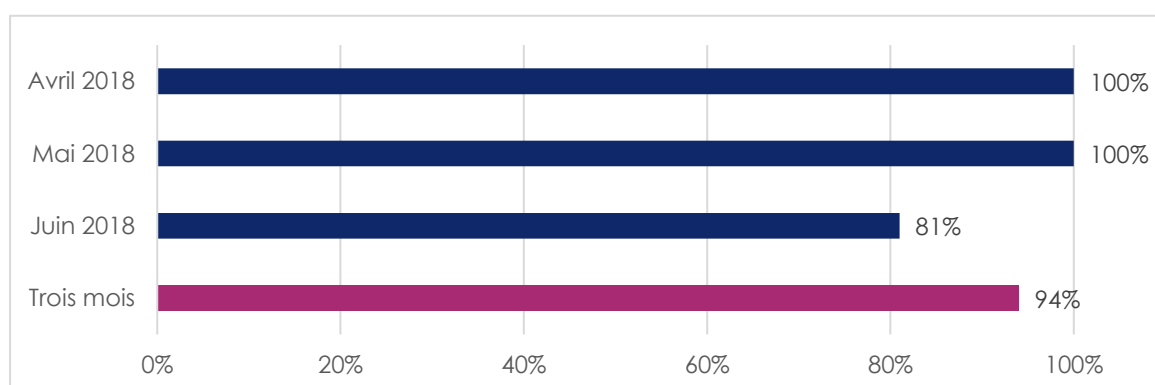
Qualité des données

Les DS qui sont le niveau opérationnel du système d'information sanitaire, affichent des performances variables selon le déterminant de la qualité de données étudié.

Complétude des rapports

La complétude des RMA, évaluée sur la base du nombre de rapports transmis par la FS rapporté au nombre de rapports attendus, montre une moyenne de 94 pourcent allant de 100 pourcent pour avril et mai et 81 pourcent pour le mois de juin 2018 quel que soit l'indicateur (voir Graphique 16).

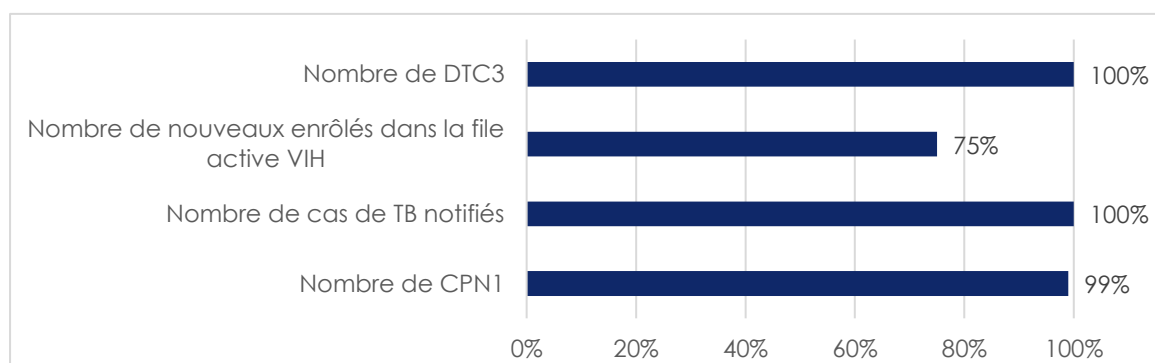
Graphique 16. Complétude des rapports des FS au niveau des districts



Complétude des données rapportées par les FS au district

La complétude des données rapportées par les FS au district a été évaluée sur la base du remplissage des éléments de données pertinents pour chaque indicateur sélectionné. Ainsi, pour l'ensemble des districts visités, toutes les rubriques du formulaire de rapportage ont été renseignées pour l'ensemble des indicateurs (99-100%), à l'exception du nombre de nouveaux cas enrôlés dans la file active dans les quatre CMA de la région du Centre-Sud (75%) qui sont les seules structures à fournir des antirétroviraux aux patients atteints du VIH (voir Graphique 17).

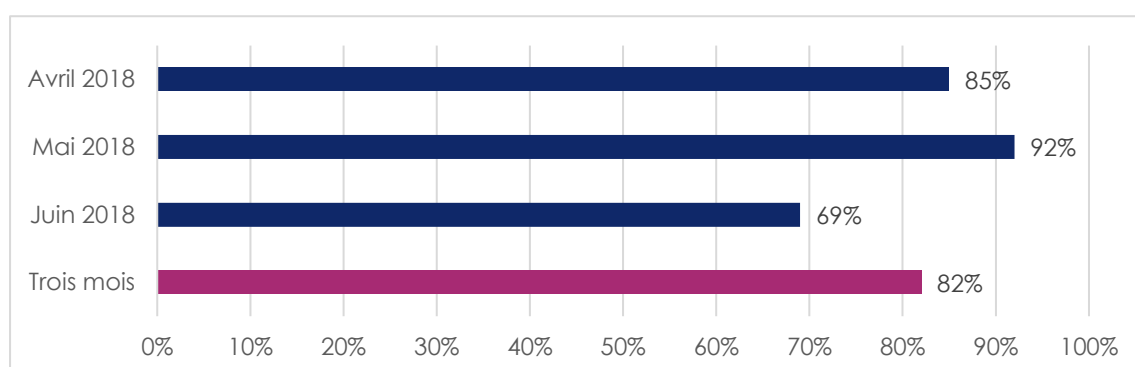
Graphique 17. Complétude des données rapportées par indicateur au niveau district (sur les trois mois)



Promptitude de transmission des rapports des FS au district

La promptitude de transmission des rapports des FS au district est en moyenne de 82 pourcent pour les trois mois couverts par l'enquête (voir Graphique 18).

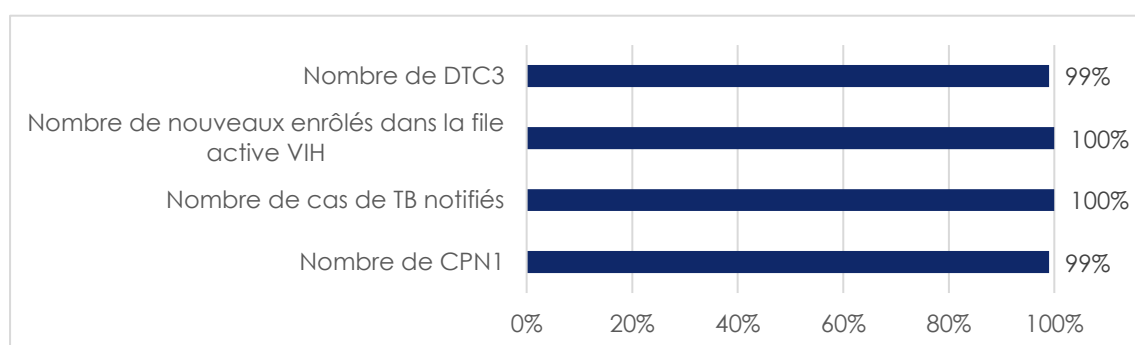
Graphique 18. Promptitudes mensuelles et moyenne trimestrielle des rapports au niveau district



Exactitude des données

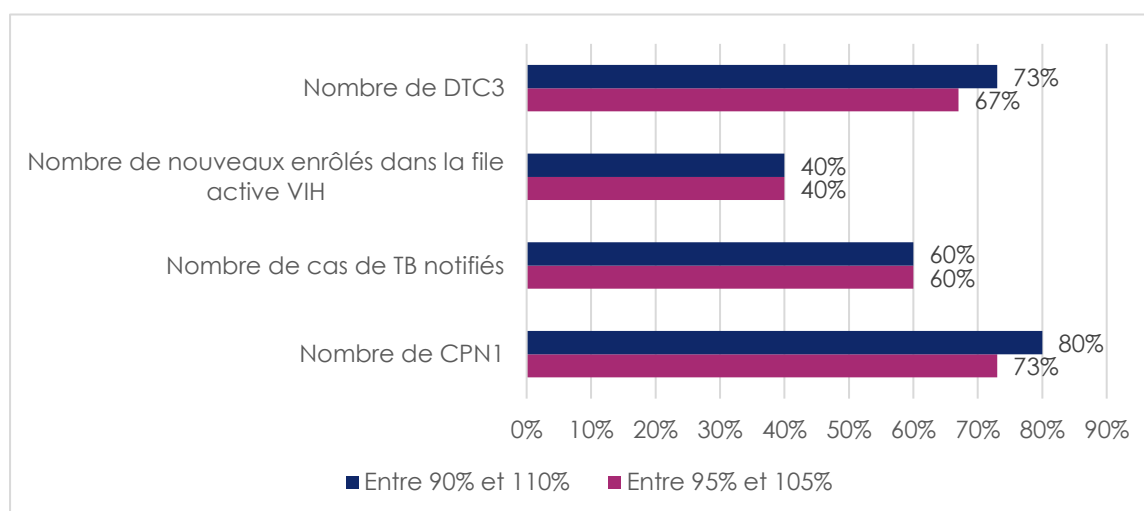
En dehors de seuil de tolérance, les données de l'ensemble des FS correspondent aux données saisies dans la base ENDOS-DHIS2 au niveau du district, quel que soit le mois et l'indicateur choisis (voir Graphique 19).

Graphique 19. Exactitudes globales des données par indicateur au niveau district (sur les trois mois)



Cependant, en prenant en compte les marges d'erreur (seuils de 5% et 10%), il existe une part non négligeable de données inexactes entre les données calculées sur la base des données recomptées à partir des RMA retrouvés dans les districts sanitaires et des données saisies dans ENDOS-DHIS2 aux districts. Les niveaux d'exactitude observés varient de 40 à 80 pourcent pour les quatre indicateurs. On note par ailleurs que l'exactitude des données diminue à mesure que la marge d'erreur appliquée augmente pour les indicateurs DTC3 (73% à 67%) et CPN1 (80% à 73%) alors que celle-ci reste la même pour les indicateurs TB (60%) et VIH (40%) quel que soit le critère de tolérance choisi (voir Graphique 20).

Graphique 20. Exactitudes trimestrielles des données au niveau des districts avec seuils (5% et 10%)



Utilisation des données pour la prise de décision

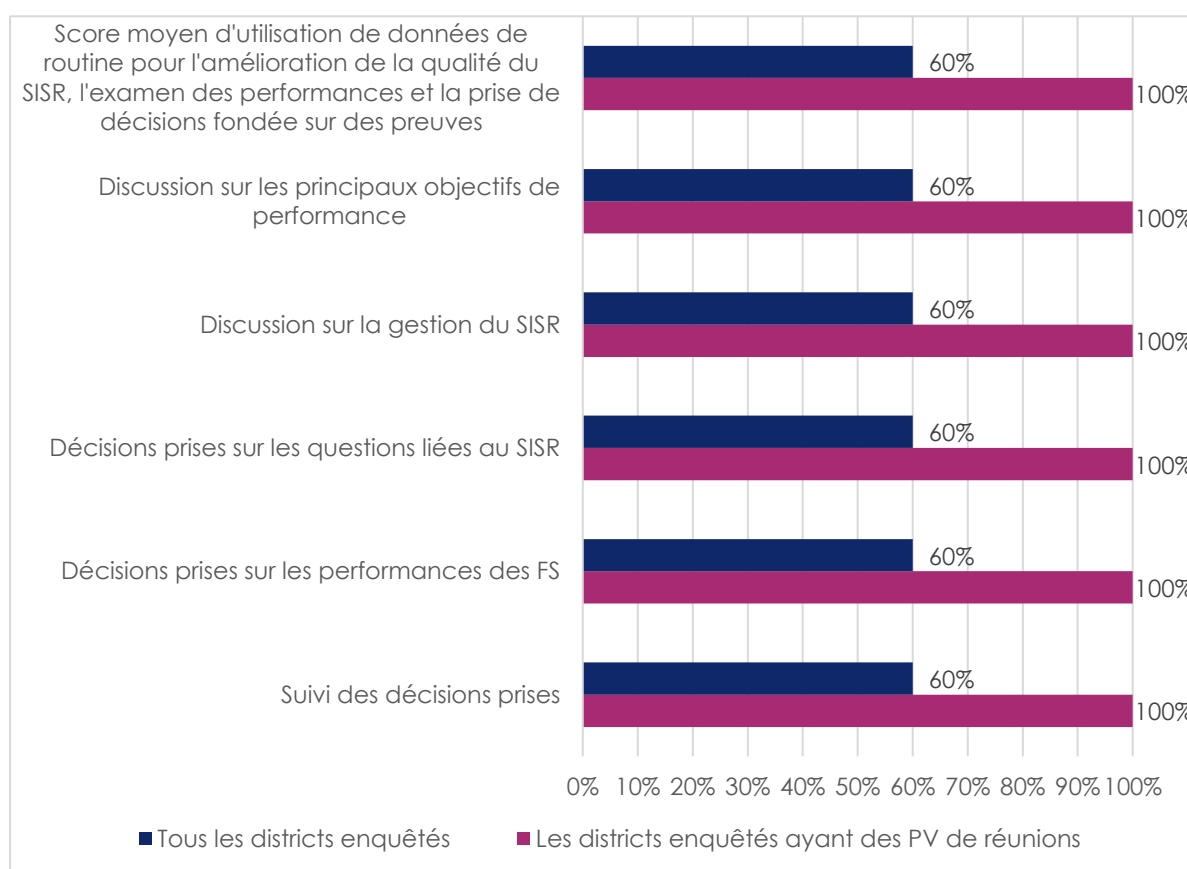
Production de rapports d'analyse et de performance

Les principaux critères d'utilisation des données pour la prise de décision ont été la production de rapports ou de bulletins sur l'analyse des données du SISR et la soumission ou la présentation d'un rapport de performance du district à un conseil extérieur (composé de représentants du public ou d'une administration civile). Seulement 60 pourcent des districts produisaient des rapports ou bulletin d'analyse des données, tandis que la totalité (100%) des districts ont affirmé soumettre un rapport de performance des indicateurs de santé à un conseil de district.

Niveau d'utilisation des données en fonction de la présence de PV de réunions

Les thèmes contenus dans les rapports ou bulletins d'analyse des données étaient à part égales (60%) des décisions sur la performance, des discussions sur les objectifs de performance, des questions du SISR, des ressources humaines ainsi que du suivi des décisions prises lors des réunions d'analyse de données (voir Graphique 21). Ainsi, pour l'ensemble des districts sanitaires visités, le score moyen global d'utilisation des données est de 60 pourcent. Si l'on considère seulement les districts sanitaires ayant pu fournir un PV de réunion, l'utilisation des données pour la prise de décision remonte à un score de 100 pourcent. De même, toutes les thématiques de l'utilisation de données ont été abordés à hauteur de souhait (100%).

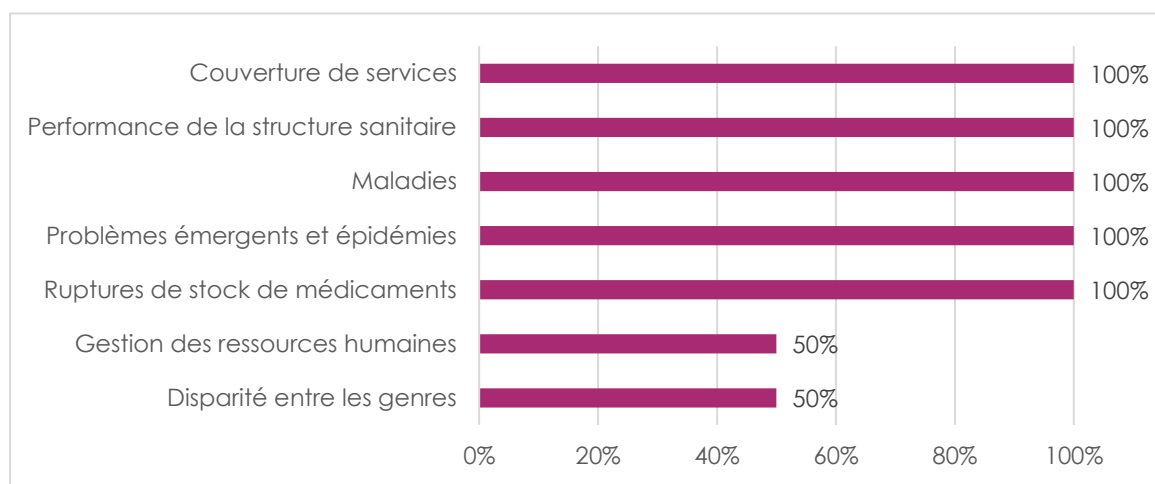
Graphique 21. Scores de l'utilisation des données dans tous les districts enquêtés et dans les districts ayant des PV de réunions



Exhaustivité du plan annuel

Seuls 50 pourcent (2 sur 4) des districts ont présenté des plans annuels dans lesquels les questions abordées concernaient les couvertures de services (100%), les ruptures de stocks de médicaments (100%), les problèmes liés aux épidémies (100%), les maladies (100%), ainsi que la performance des établissements de santé (100%). Par contre les questions liées au genre et aux ressources humaines ne sont abordées que par la moitié (50%) des districts sanitaires (voir Graphique 22).

Graphique 22. Présence dans le plan annuel des districts d'activités ou d'objectifs liés à l'amélioration ou au traitement de différents éléments



Dissémination des données en dehors du secteur de la santé

Tous les districts sanitaires visités partagent les données du SISR en dehors du secteur de la santé. Les différents modes de diffusion des données du SISR sont des rapports ou des présentations pour rendre compte des progrès du secteur de la santé lors de réunions locales avec les autorités (dans 100 pourcent des cas) et dans une moindre mesure, des tableaux d'affichage ou une publication locale (dans 33 pourcent des cas). Par contre, aucun district n'utilise de site web comme moyen de partage de l'information (0%).

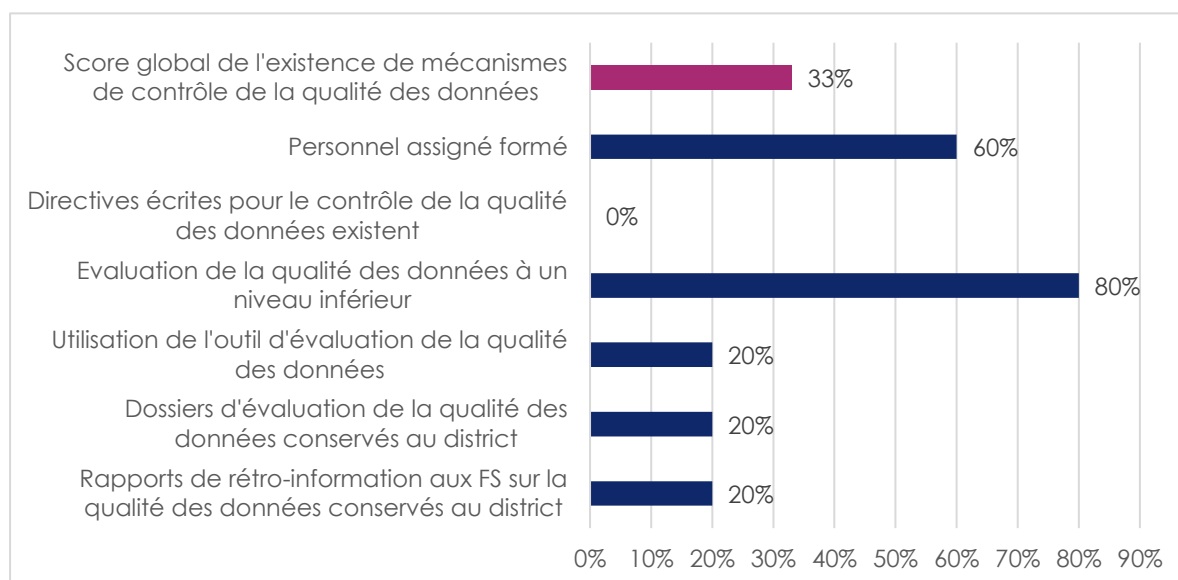
Gestion des données

La gestion des données a été appréciée à travers les mécanismes suivants pour un rendement souhaité: le contrôle de la qualité des données, les preuves d'analyse des données, la visualisation des données et l'existence de mécanismes de rétro-information.

Contrôle de la qualité des données

Le score global de l'existence de mécanismes de contrôle de qualité des données au niveau des districts est de 33 pourcent. L'évaluation de la qualité des données par l'équipe de district avant validation des données est réalisée dans la majorité des cas (80%). Un personnel formé est assigné à la tâche de gestion des données dans 60 pourcent des cas. Par contre, seulement 20 pourcent des districts conservaient des copies des rapports de rétro-information envoyés aux FS. La même proportion (20%) de districts avaient conservé des dossiers d'évaluation de la qualité des données ou encore utilisaient un outil d'évaluation de la qualité des données (voir Graphique 23). Par ailleurs, aucun des districts visités n'a déclaré disposer au moment de l'enquête de directives écrites spécifiques à la qualité des données (0%).

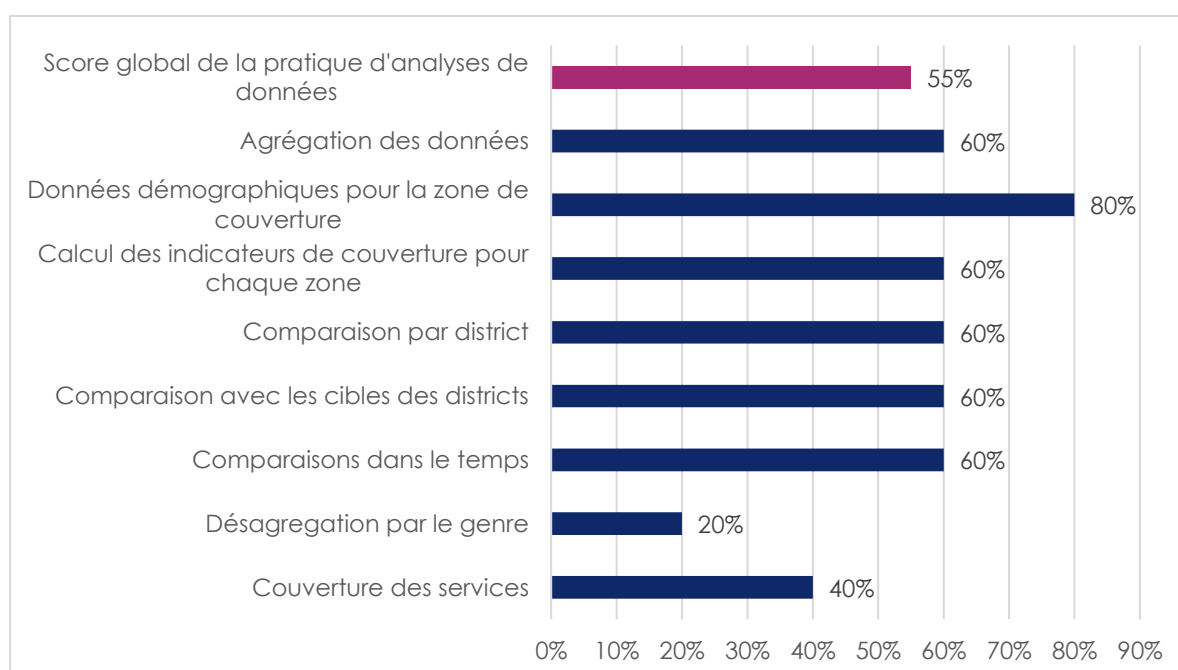
Graphique 23. Scores de l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité des données au niveau district



Preuve de la pratique de l'analyse des données

La présence d'une preuve de la pratique de l'analyse des données a été observée et existe en moyenne dans 55 pourcent des cas. Il s'agissait essentiellement de données démographiques (80%), et dans une moindre mesure, de comparaisons dans le temps, de comparaisons avec les cibles de districts, de comparaisons de district, de calculs des indicateurs de couverture de la zone sanitaire et d'agrégation de données (voir Graphique 24). On note cependant une proportion faible de couverture des services et de désagrégation par le genre des indicateurs.

Graphique 24. Scores de preuves de pratiques d'analyse des données au niveau district



Visualisation des données et mécanismes de rétro-information

Environ 60 pourcent des FS font usage de visuels de données montrant les réalisations vers les cibles, tandis que 40 pourcent des FS déclaraient avoir reçu des rapports de rétroaction du bureau de district et ou du MS au cours des trois derniers mois.

Déterminants de la performance du SISR

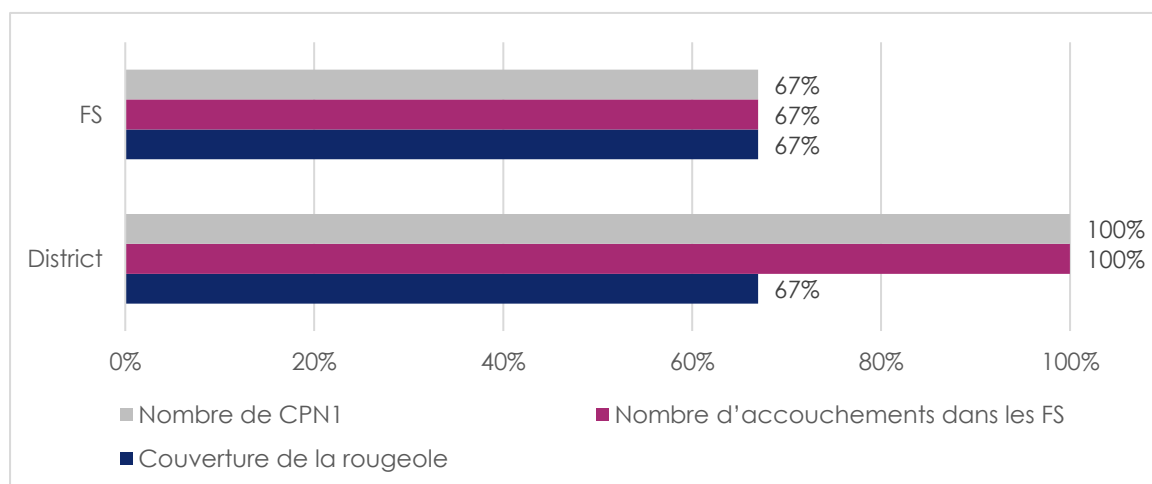
Cette section analyse les facteurs comportementaux des agents de santé influençant la performance du SISR au niveau des quatre districts de Kombissiri, Manga, Pô et Saponé ainsi que de la région du Centre-Sud. L'OBAT n'a été administré qu'à cinq agents (un agent de la DRS et un agent par district), et les résultats présentés dans cette section ont donc été analysés de manière conjointe. A noter que le personnel assigné à la gestion des données au niveau du district (CISSE) et de la DRS savait se servir de l'outil informatique de gestion des données du SISR (ENDOS-DHIS2).

Aptitudes du personnel

Calcul d'indicateurs

Du point de vue de l'utilisation du logiciel ENDOS-DHIS2, nous avons observé des écarts entre les niveaux d'aptitude du personnel dans l'exécution des tâches du SISR selon le niveau duquel provient les données. L'aptitude des agents du district à calculer trois indicateurs (nombre de CPN1, nombre d'accouchements dans les FS et couverture de la rougeole) est de 67 à 100 pourcent pour les données de districts, et reste stable à 67 pourcent pour les données des FS et ce, quel que soit l'indicateur choisi (voir Graphique 25).

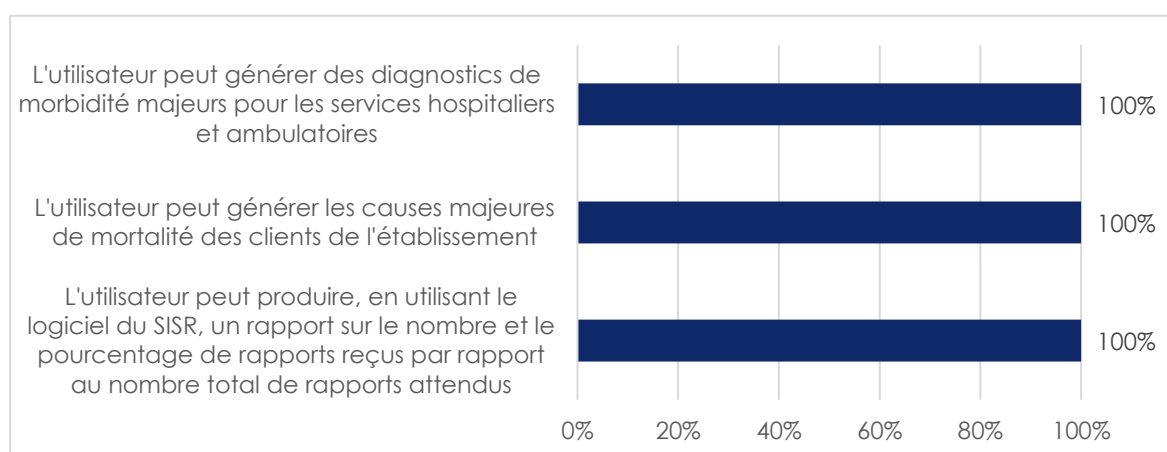
Graphique 25. Aptitude du personnel du district à calculer les indicateurs par niveau



Exécution des tâches du SISR

Au niveau du district, le personnel est 100% compétent quand il s'agit de générer des diagnostics de morbidité majeurs, générer les causes majeures de mortalité et générer électroniquement le taux de rapportage des rapports provenant des FS pour une période donnée (voir Graphique 26).

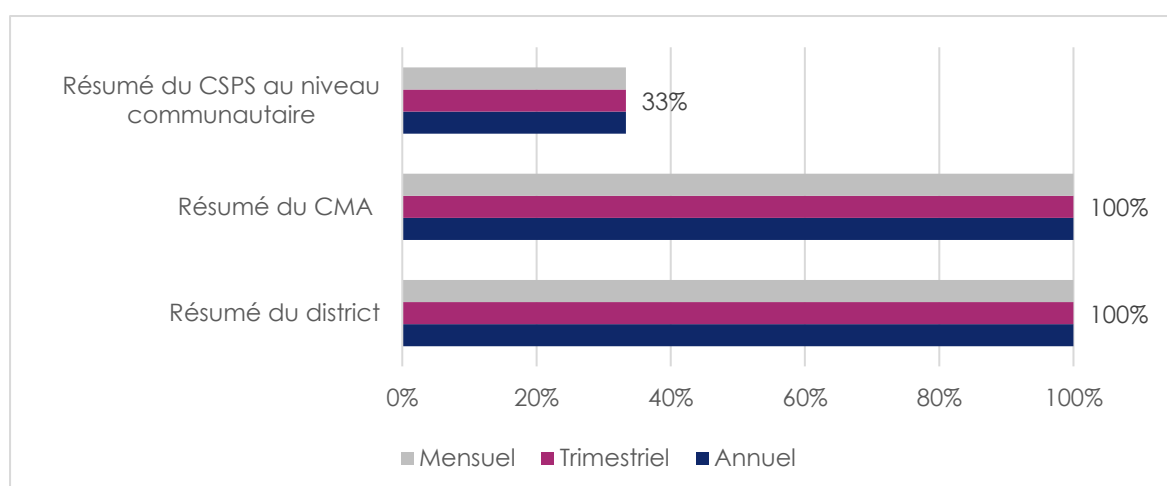
Graphique 26. Aptitude du personnel du district à exécuter les tâches du SISR



Génération de rapports et de visualisations de synthèse

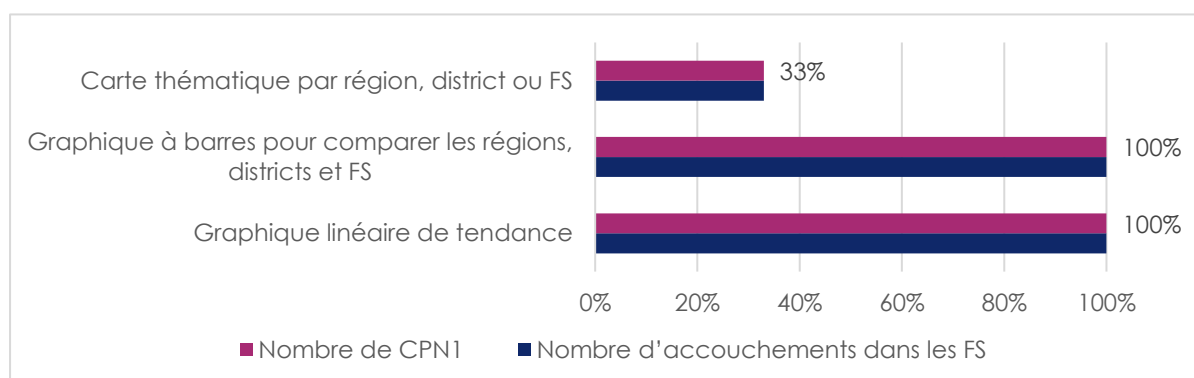
La capacité de générer les rapports mensuels, trimestriels et annuels de la part de l'agent du niveau district est en moyenne de 100 pourcent dans les données du district et du CMA, tandis qu'il est de 33 pourcent pour les données du niveau communautaire (CSPS) —voir Graphique 27.

Graphique 27. Aptitude du personnel du district à générer des rapports récapitulatifs agrégés par niveau et période sur le logiciel du SISR



Le personnel du district maîtrise les graphiques à barres pour les données désagrégées par niveau (100%) et les graphiques linéaires de tendance (100%), mais seulement un tiers (33%) du personnel a réussi à générer des cartes thématiques par niveau de la pyramide sanitaire (voir Graphique 28).

Graphique 28. Aptitude du personnel de district à générer des graphiques



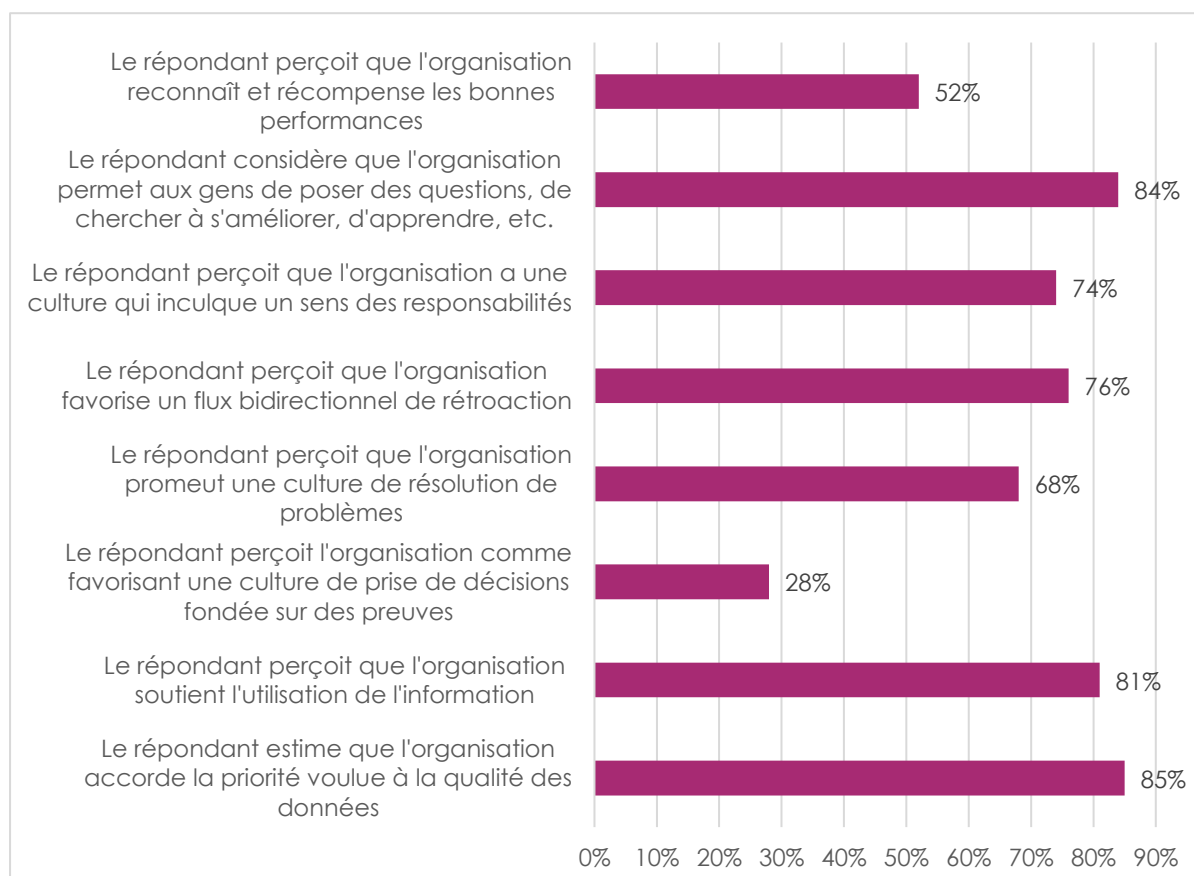
Opinions, motivation et confiance du personnel

Opinion du personnel sur les aspects du SISR

Il a été élaboré un score de 0 à 100 pourcent pour mesurer l'opinion du personnel de district sur le SISR. Ainsi, les scores inférieurs à 50 pourcent sont considérés comme défavorables, ceux égaux à 50 pourcent sont considérés comme neutres ou avis partagés, et enfin les scores supérieurs à 50 pourcent sont considérés comme favorables allant dans le sens de la formulation.

A l'exception des cas où le répondant percevait que l'organisation soutient l'utilisation de l'information (28%), la plupart des avis étaient favorables (de 52% à 85%), même si la perception que l'organisation reconnaît et récompense les performances est à peine acceptable (52%) —voir Graphique 29.

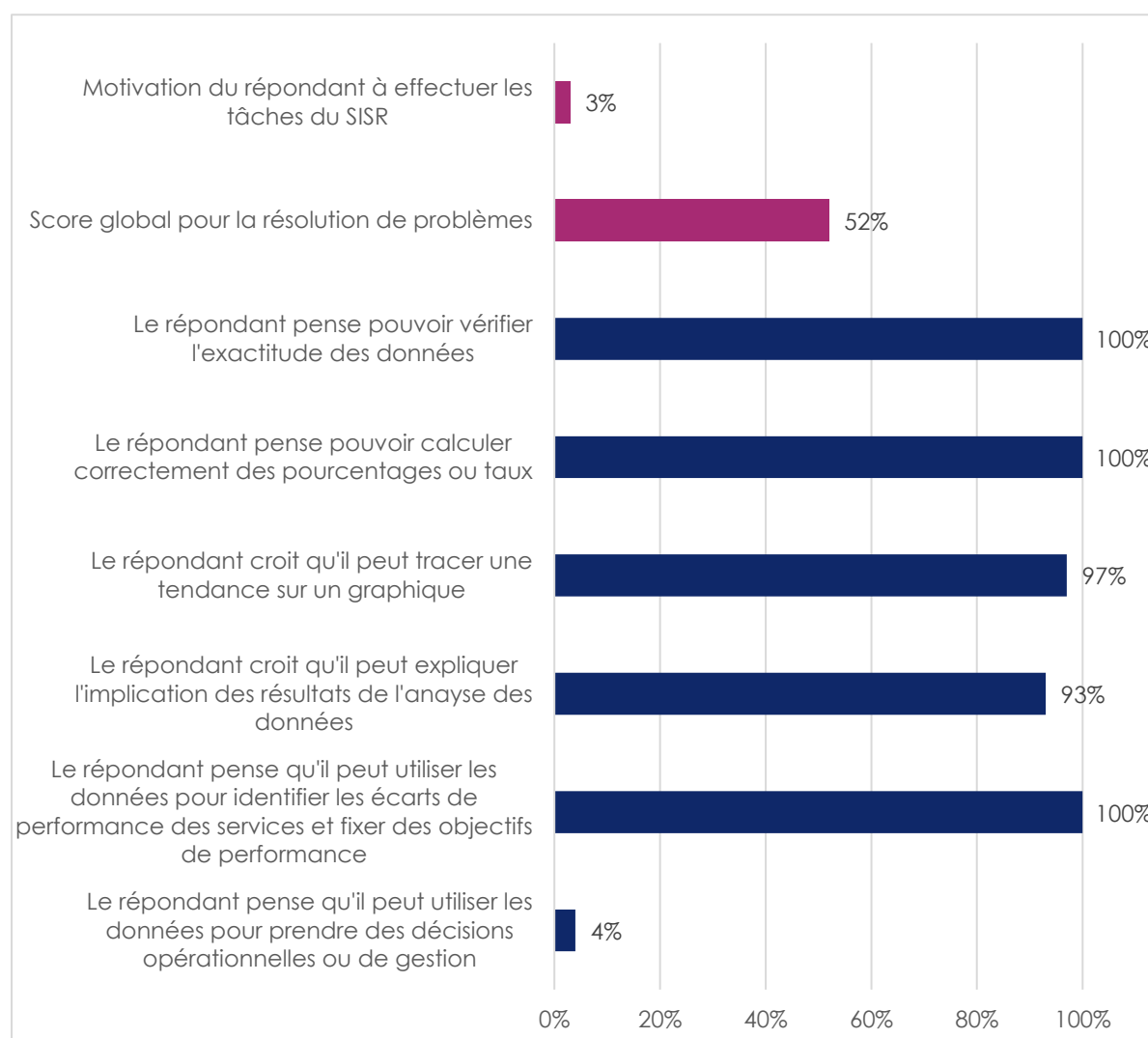
Graphique 29. Opinions du personnel du district sur les aspects du SISR



Niveau de confiance et de motivation du personnel dans l'exécution des tâches du SISR

Le score moyen de confiance du personnel de district dans l'exécution des tâches et leur motivation était de 52 pourcent. Ce taux faible est dû au fait que seulement 3 pourcent du personnel étaient motivé à effectuer les tâches du SISR et 4 pourcent du personnel était en manque total de confiance en soi dans l'utilisation des données pour la prise de décision. En revanche, les autres aptitudes de ce même personnel sont plutôt appréciables avec des scores de 93 à 100 pourcent soit un score médian de 97 pourcent (voir Graphique 30).

Graphique 30. Niveau de confiance et de motivation du personnel du district dans l'exécution des tâches du SISR



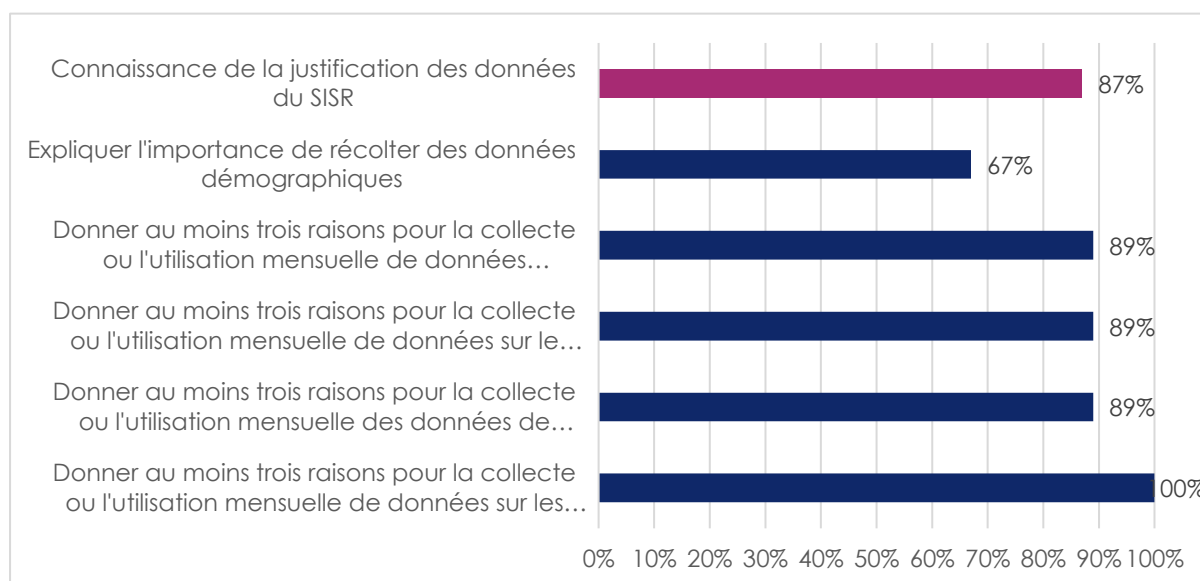
Niveau de connaissance du personnel

Raisons d'être du SISR

Le niveau de connaissance du personnel de gestion des données dans les districts est fort appréciable avec un score moyen de 87 pourcent (voir Graphique 31). Le personnel connaît moyennement les raisons de l'importance des données démographiques (67%), par contre dans une proportion plus importante il sait décrire au moins trois raisons de la collecte et l'utilisation des données (89%), décrire avec précision les raisons de la prise en compte du genre dans la désagrégation (89%) et décrire au moins trois raisons de la

collecte et l'utilisation des données de la vaccination (89%). Enfin, tout le personnel interrogé savait au moins décrire les raisons de la collecte et l'utilisation mensuelle des données sur les maladies (100%).

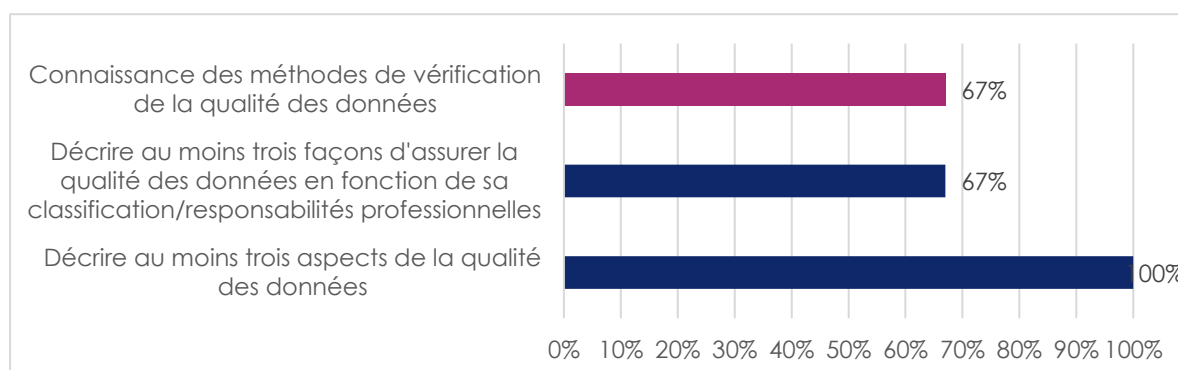
Graphique 31. Connaissances du personnel du district sur la raison d'être du SISR



Vérification de la qualité des données

Le score moyen de connaissance du personnel du district dans la vérification de la qualité des données est de 67 pourcent. Alors que tous (100%) pouvaient décrire au moins trois aspects de la qualité des données, la description d'au moins trois façons d'assurer la qualité des données en lien avec la qualification et la responsabilité du professionnel était faite dans une moindre proportion par 67 pourcent des acteurs (voir Graphique 32).

Graphique 32. Connaissances du personnel du district dans la vérification des données

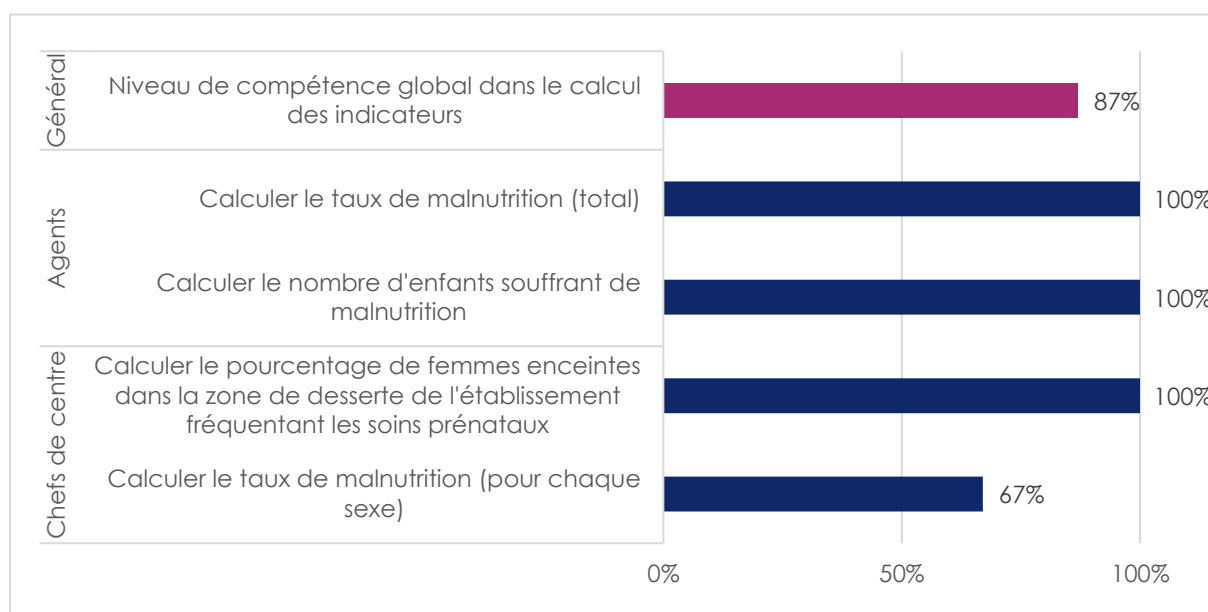


Niveau de compétence du personnel dans l'exécution des tâches du SISR

Exécution de calculs

Pour la réalisation de calcul des indicateurs, le niveau moyen du personnel était de 87 pourcent, avec une forte compétence (100%) en matière de calculs de taux et pourcentage d'ensemble et une compétence plus faible (67%) quand il s'agissait de calculer des taux en désagrégeant sur le genre (voir Graphique 33).

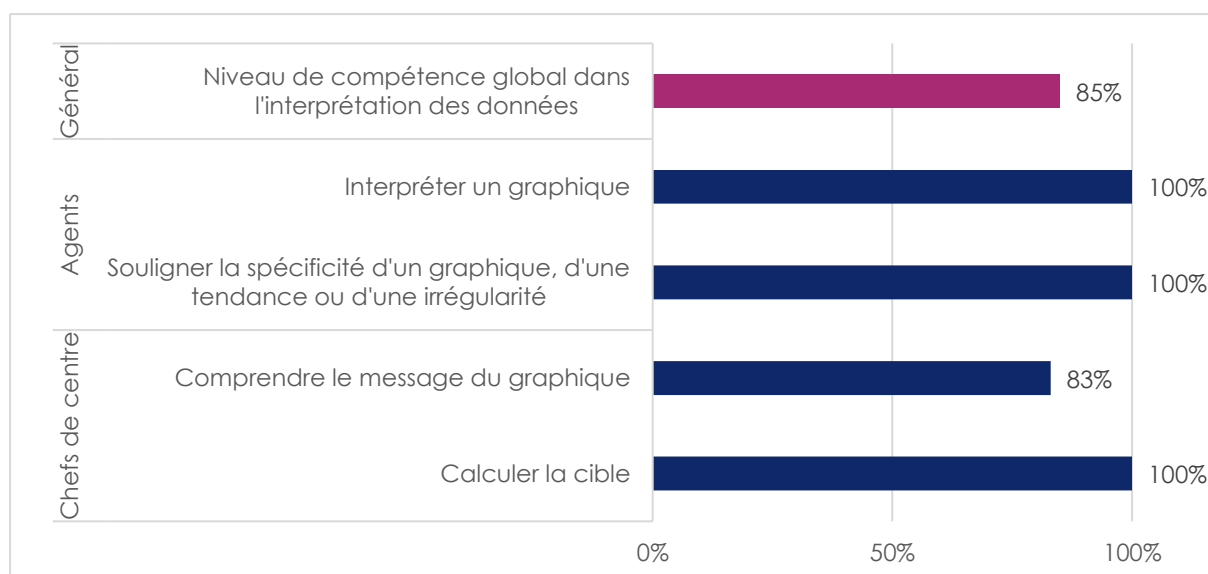
Graphique 33. Compétence du personnel du district en calculs



Interprétation des données

Le niveau moyen de l'interprétation des données est de 85 pourcent (voir Graphique 34). Les capacités de l'agent à décrire la tendance d'un graphique et à l'interpréter et celle du chef du centre à calculer la cible était à hauteur de souhait (100%). La compréhension des messages graphiques reste cependant à améliorer (83%).

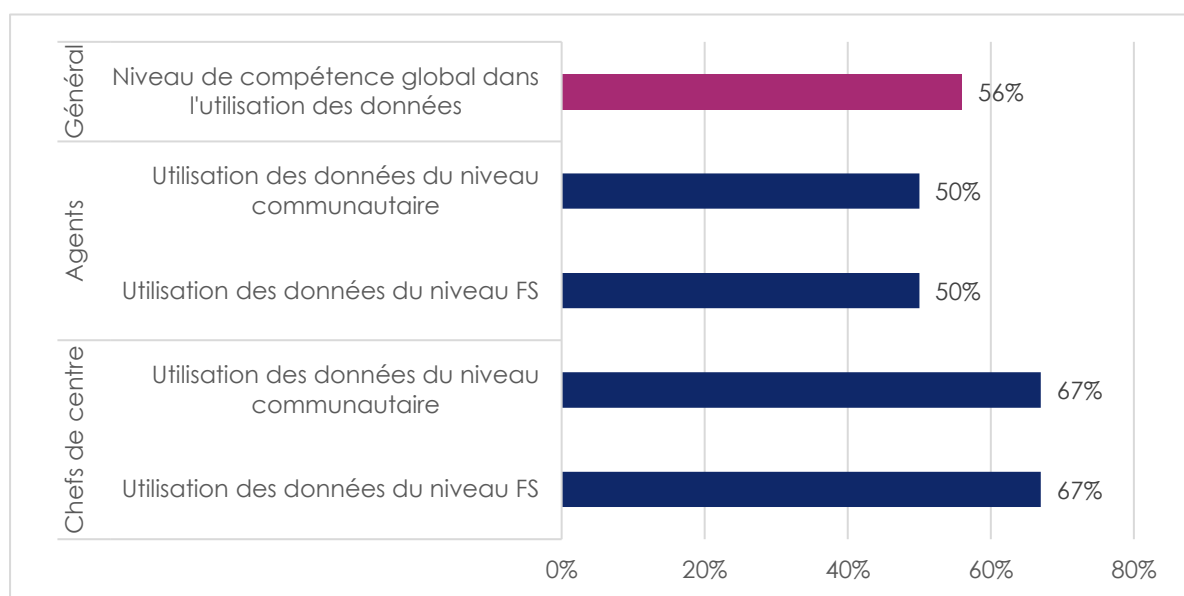
Graphique 34. Compétence du personnel du district dans l'interprétation des données



Utilisation des données

Le niveau moyen de compétence dans l'utilisation des informations est de 56 pourcent avec une marge de progression très importante (voir Graphique 35). Les chefs de centre ont un score d'utilisation de l'information plus élevé (67%) que celui des agents (50%).

Graphique 35. Compétence du personnel du district à l'utilisation des données



Niveau régional

L'OBAT n'a été administré qu'à cinq agents (un agent de la DRS et un agent par district) et les résultats ont donc été analysés de manière conjointe et sont présentés dans la section relative aux déterminants de la performance du SISR au niveau district sanitaire ci-dessus (voir page 40). Les Modules 3 et 4 administrés au niveau de la région n'ont malheureusement pas fait preuve de saisie électronique et les résultats ne sont pas disponibles.

Niveau central

Outils de collecte de données

Supports papiers

Le MS dispose d'outils papiers de collecte des données du SISR—y compris le RMA— intégrant plusieurs types d'information relevant des différents programmes. Ces outils permettent de recueillir les données suivantes: consultations externes générales, hospitalisations, vaccination, planification familiale, santé maternelle, santé infantile, TB, VIH/SIDA, paludisme, nutrition et autres maladies spécifiques. Ce support de collecte est l'outil national standard utilisé dans toutes les FS et districts du pays.

Outils électroniques

Le MS utilise le DHIS2 depuis 2014 pour la gestion du SISR. Tous les outils papiers regroupés dans le RMA sont paramétrés dans la base électronique ENDOS-DHIS2. Cependant, un effort doit être fait pour intégrer les autres données non prises en compte, s'agissant des données de médicaments, vaccins, stocks et contraceptifs (en partie pris en compte) ainsi que des données relatives à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, aux ressources humaines, aux équipements, aux immobilisations et aux événements vitaux. L'outil électronique ENDOS-DHIS2 est administré par la DSS avec la possibilité que les différents programmes génèrent directement leurs données.

Les autres résultats provenant du Module 1 (outil d'aperçu général du SISR) administré au niveau central relatifs au circuit de l'information sont relatés dans la première partie de la section des résultats, appelée « Aperçu général du système » (voir page 22).

Fonctionnalité des logiciels du SISR

Rapportage, visualisation et désagrégation des données du SISR

L'outil électronique ENDOS-DHIS2 permet aux utilisateurs d'accomplir les principales tâches du SISR, notamment de calculer les déterminants de la qualité des données (complétude, exhaustivité, disponibilité, promptitude, exactitude), de faire l'analyse de tendance de ces déterminants sur une période donnée, de faire les visualisations des données quel que soit l'indicateur choisi et de faire la désagrégation des indicateurs par âge et par sexe. Le logiciel SISR est capable de générer des rapports de synthèse aux niveaux national, régional, district et FS pour des périodes fixées (mensuellement, trimestriellement, annuellement) ou personnalisées. La génération de rapports pour les points de prestation de services au niveau communautaire n'est pas possible.

Le logiciel permet en outre de faire des estimations de population et des calculs de couverture car les trois indicateurs choisis (nombre de CPN1, nombre d'accouchements dans les FS et couverture de la rougeole) ont été calculés par les agents du niveau central sans difficulté. De même, les agents ont pu déterminer avec aisance à quel niveau de la pyramide sanitaire ces indicateurs pouvaient être disponibles, à savoir au niveau région, district ou FS. Même si le logiciel permet de faire l'analyse des données par cartographie, seulement 1 à 25 pourcent des FS ou unités administratives de santé disposent d'un identifiant unique. Le MS a développé un système de codification des structures pour faciliter les enquêtes et autres recherches.

Intégration des données

ENDOS-DHIS2 n'est pas intégré aux autres applications de gestion des données d'autres secteurs et n'inclut pas les informations sur les ressources humaines, logistiques, financières ou les données de la surveillance des maladies intégrées et de la riposte (SMIR). Il existe cependant d'autres applications parallèles pour des maladies ou des programmes spécifiques, notamment pour les données de surveillance qui étaient gérées au moment de l'enquête à partir des applications Microsoft Excel ou Epi Info. Ceci dit, depuis la mise en place en 2019 de la plateforme électronique One-Health¹ basée sur DHIS2, le MS à travers la Direction de la Protection de la Santé de la Population (DPSP) assure la collecte des données de surveillance de façon électronique pour les régions du Centre-Sud et du Plateau Central avec des perspectives d'extension à l'ensemble du pays.

Gouvernance et gestion

Gouvernance

Le MS a élaboré un document référence décrivant la mission du SISR et les rôles et responsabilités qui sont liées aux décisions stratégiques et politiques des districts et des niveaux supérieurs. Il s'agit du MPGIS disponible à tous les niveaux de la pyramide. Toutefois, certaines procédures standards opérationnelles pouvant renforcer la qualité des données ne sont pas encore élaborées. Les principales sont: une MFL et un cadre pour les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour le SISR. Il est conseillé que toutes procédures standards opérationnelles ou directives au sujet du SISR incluent les informations suivantes sur les données: leurs définitions, leur collecte, leur rapportage, leur

¹ Pour en savoir plus sur la plateforme électronique One Health développée par MEASURE Evaluation, plusieurs documents sont disponibles aux liens suivants :

L'architecture d'entreprise « une seule santé » du Burkina Faso:

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-20-406-fr/>

Manuel des procédures de gestion de l'information sanitaire « One-Health » au Burkina Faso:

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-20-416-fr/>

Poster sur la plateforme électronique One-Health au Burkina Faso:

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/gr-19-100-fr/>

agrégation, leur saisie, leur transmission, leur analyse, leur dissémination, leur utilisation, l'assurance de leur qualité et leur sécurité; une MFL, la classification internationale des maladies et un processus d'amélioration de la performance.

Le niveau central a aussi un organigramme identifiant le personnel ou les rôles en charge de l'information sanitaire. Par contre, il n'existe ni plan financier au long terme pour appuyer les activités liées au SISR ni de copie récente (moins de trois ans) du rapport de l'évaluation ou de l'analyse situationnelle du SNIS.

Planification, supervisions et formations

La DSS dispose d'un plan stratégique national du SIS dont une copie est disponible à la DRS et au bureau du district, mais la DSS n'a pas mené de supervisions visant de contrôler ni élaboré les objectifs de performance du SISR (tels que l'exactitude, la complétude ou la promptitude des données). Le niveau central élabore un calendrier pour les visites de supervision, les lignes directrices et les rapports de supervision avec un plan d'action pour l'amélioration de la qualité des données et des services. Les régions et districts disposent d'un plan financier à long terme et ont accès aux ressources financières et logistiques pour mener les supervisions du SISR.

Il existe un manuel de formation sur le SISR mis à disposition de la région et du district avec un calendrier pour les formations planifiées. Un plan de développement des capacités chiffré est aussi disponible mais ne prend pas clairement en compte les besoins de formation des régions et districts.

DISCUSSION

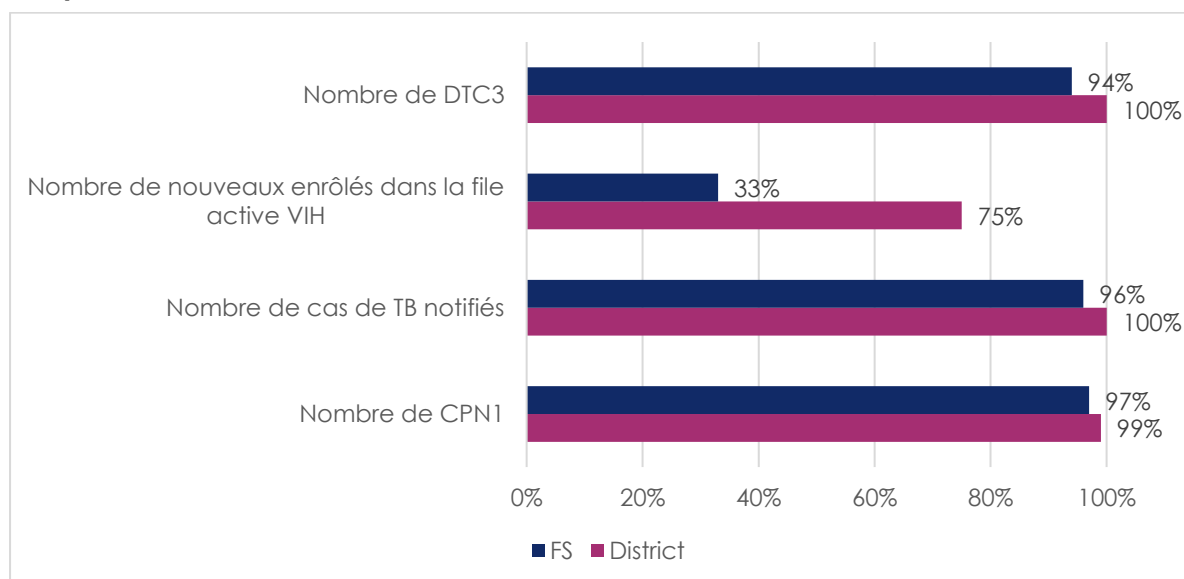
Cette section présente des comparaisons entre niveaux pour les indicateurs principaux des quatre thématiques: qualité des données, utilisation de l'information, gestion des données et déterminants de la performance du SISR.

Qualité des données

Complétudes

Au niveau des FS, la qualité des données mesurée à travers la complétude des documents sources est satisfaisante (91% à 95%), à l'exception de celle concernant les données trimestrielles de la file active VIH (33%). Cette tendance se confirme avec la complétude des rapports qui varie de 94 à 100 pourcent pour trois des indicateurs (CPN1, TB et DTC3) mais tombe à 33 pourcent pour le nombre de cas enrôlés dans la file active. La collecte trimestrielle des données ne saurait expliquer cette faible complétude des données de VIH étant donné que celle de la TB (91 pourcent pour la complétude des documents sources et 96 pourcent pour la complétude des données rapportées) se fait aussi de manière trimestrielle aux FS. Le Graphique 36 présente une comparaison de la complétude des données rapportées pour les quatre indicateurs et la période sélectionnés lors de cette enquête au niveau du district et de la FS.

Graphique 36. Complétude des données rapportées par indicateur aux différents niveaux (sur les trois mois)



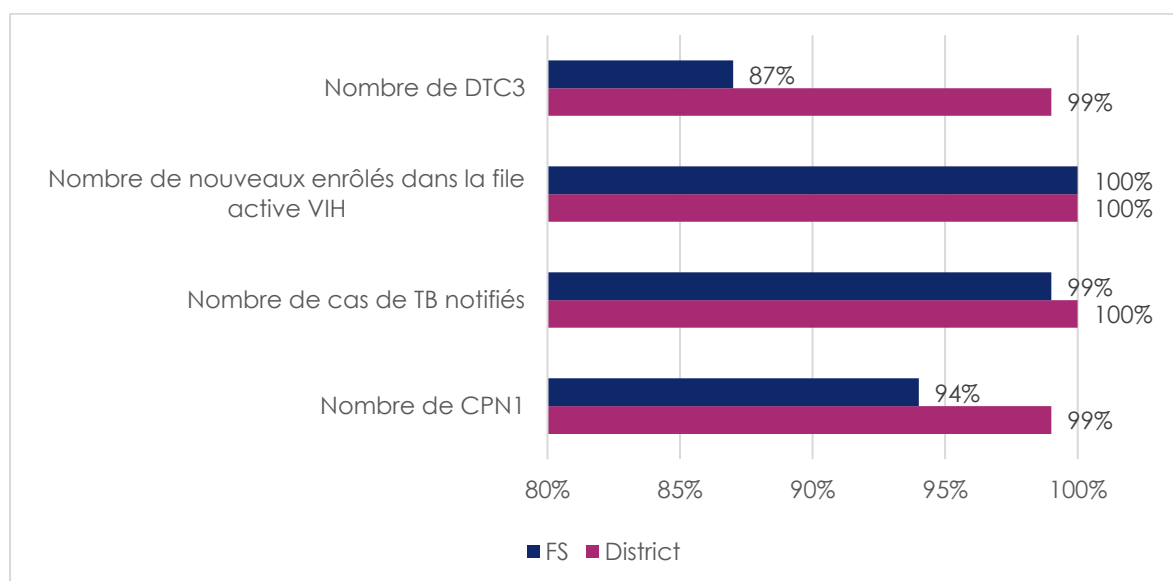
Disponibilité et promptitude

La disponibilité des documents sources est à hauteur de souhait pour l'ensemble des FS pour tous les indicateurs d'étude (100%) et la promptitude moyenne trimestrielle des rapports envoyés des FS au districts est aussi satisfaisante (82%).

Exactitude des données

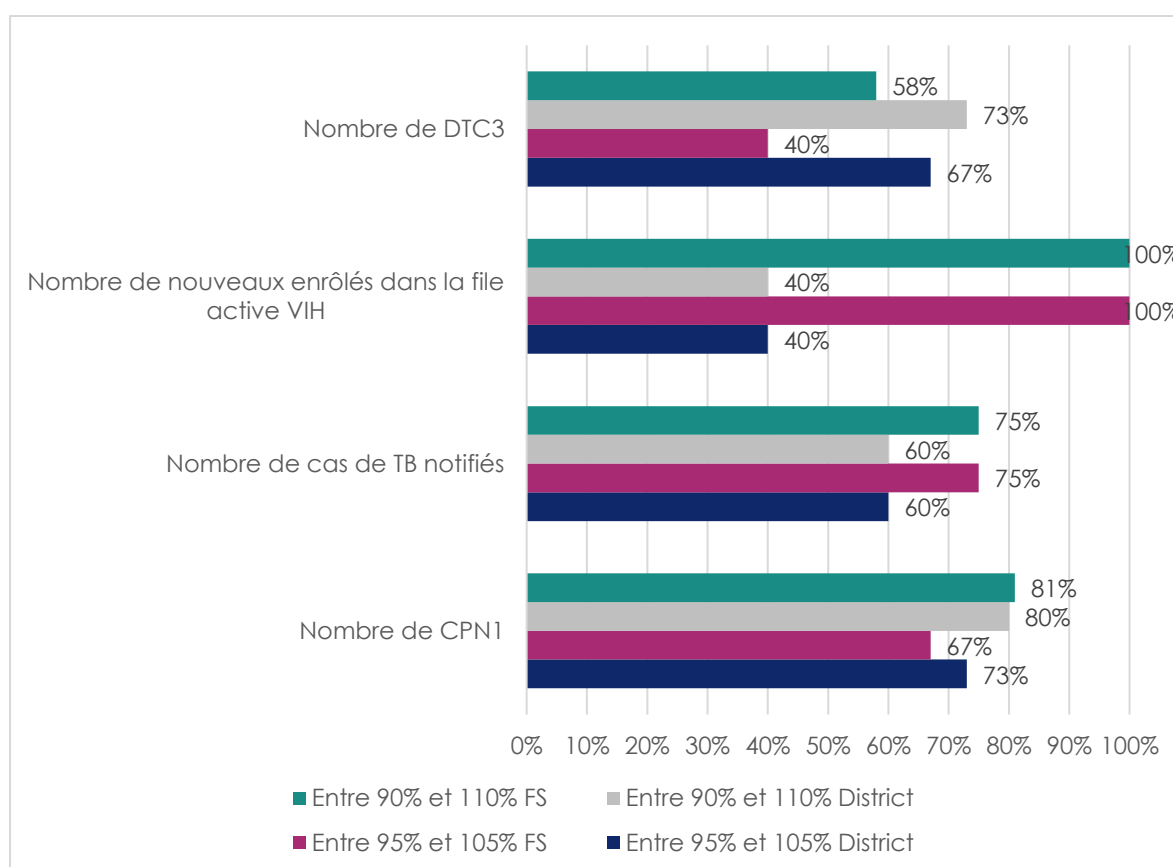
Quant à l'écart entre les données recomptées à partir des documents sources des FS et celles qui sont saisies dans la base DHIS2, il est de l'ordre de 13 pourcent pour les données de la DTC3, d'une proportion plus faible pour les données de CPN1 (6%) et de TB (1%) et quasiment nulle pour les données de la file active. Le Graphique 37 présente l'exactitude globale des données pour les quatre indicateurs et la période sélectionnés lors de cette enquête au niveau du district et de la FS.

Graphique 37. Exactitudes globales des données par indicateur aux différents niveaux (sur les trois mois)



Le Graphique 38 présente les exactitudes trimestrielles des données pour les quatre indicateurs et la période sélectionnés lors de cette enquête au niveau du district et de la FS.

Graphique 38. Exactitudes trimestrielles des données par indicateur aux différents niveaux (sur les trois mois) avec seuils (5% et 10%)



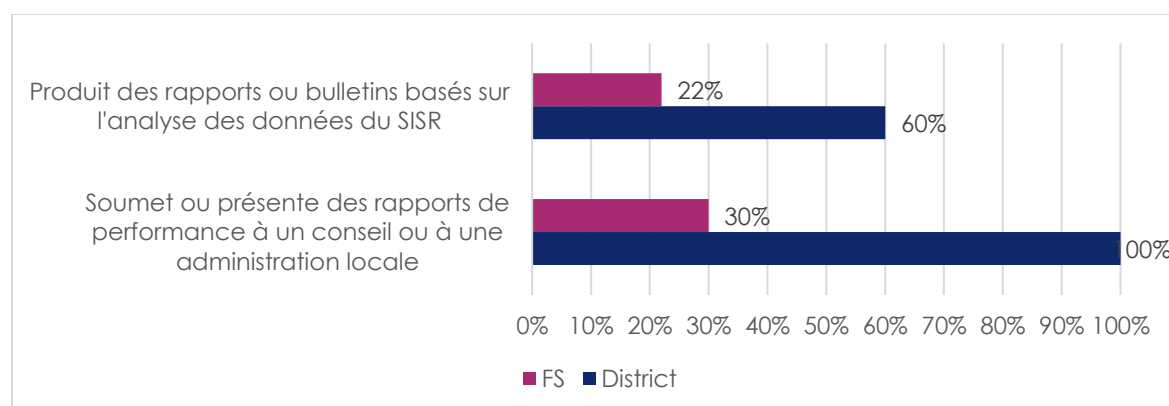
La tenue régulière des réunions d'analyse de données et l'utilisation des fonctionnalités de ENDOS-DHIS2 au niveau des districts aideraient à améliorer cette performance. De même, les visites de supervisions dans les FS aideraient à réduire les distorsions entre les données sources et celles qui sont rapportées dans la base de données ENDOS-DHIS2.

Utilisation de l'information

Production de rapports d'analyse et de performance

La culture d'utilisation des données pour la prise de décision reste encore insuffisamment instaurée dans la mission de gestion des données du SISR au sein des FS. Seulement 22 pourcent des structures visitées produisaient des rapports ou bulletins sur l'analyse des données et 30 pourcent soumettaient ou présentaient des rapports de performance à un conseil ou à l'administration du district, tandis que les districts utilisent les données de manière systématique (100%) pour la soumission des rapports de performance et dans une proportion réduite (60%) pour la production de bulletins ou de rapports d'analyse de données (voir Graphique 39). Cette amélioration de l'utilisation des données dans les districts peut s'expliquer par l'instauration du DHIS2 comme outil de gestion permettant aux acteurs de réaliser ces tâches du SISR plus facilement, et qu'à contrario les FS quant à elles, ne disposent pas encore d'outils informatiques de gestion des données.

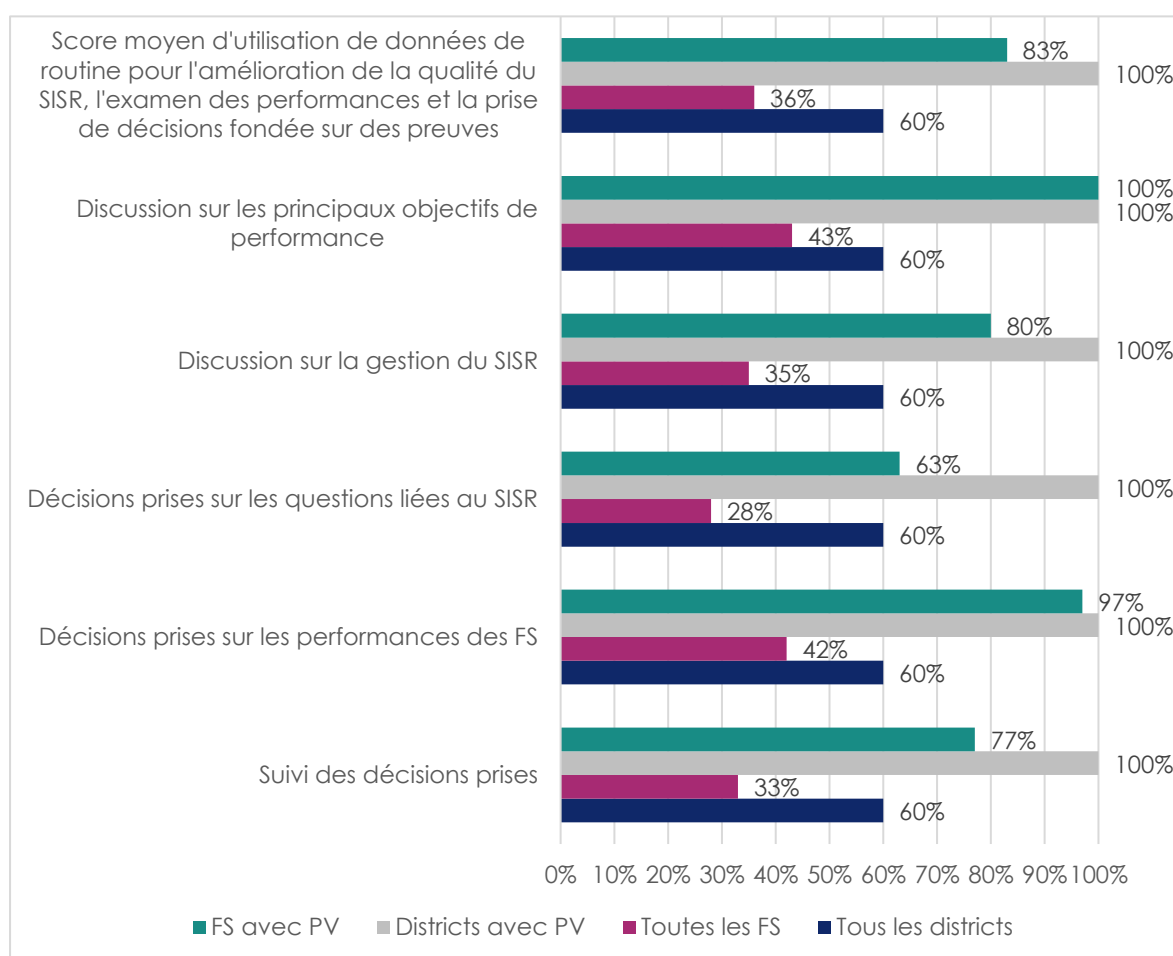
Graphique 39. Utilisation des données pour produire et partager des rapports analytiques et de performance aux différents niveaux



Niveaux d'utilisation des données en fonction de la présence de PV de réunions

Une tendance semblable se dessine entre les FS et les districts quant au fait que les structures ayant des PV de réunions font une utilisation des données nettement plus importante que les structures n'ayant pas de PV de réunions—une utilisation deux-tiers (66%) supérieure au niveau des districts et entre cinq-quarts (125%) et quatre-tiers (133%) supérieure au niveau des FS (voir Graphique 40).

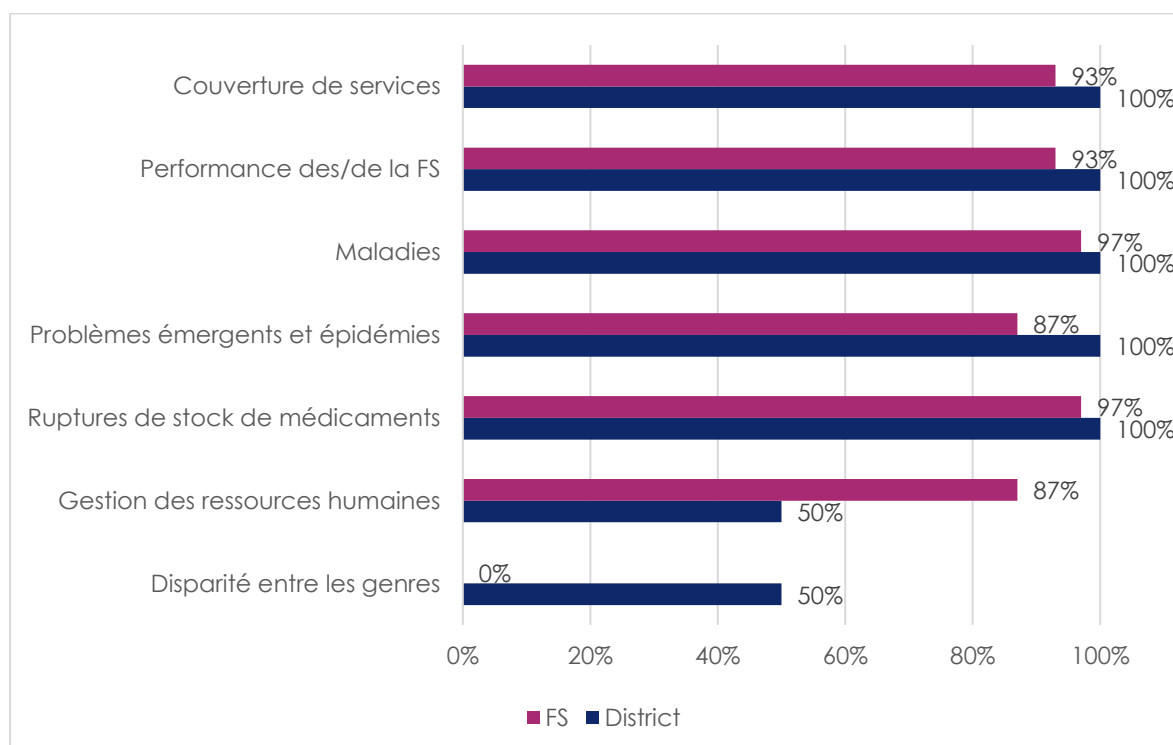
Graphique 40. Scores de l'utilisation des données dans tous les FS et districts enquêtés et dans les FS et districts ayant des PV de réunions



Exhaustivité des plans annuels

Le Graphique 41 compare les éléments inclus dans les plans annuels des FS et des districts. Les tendances sont similaires, avec une attention particulière apportée à la couverture de services, la performance des FS, les maladies, les problèmes émergents et épidémies et les ruptures de stocks de médicaments (tous entre 87% et 100%). Tandis que les FS incluent aussi des informations sur la gestion des ressources humaines (87%), les districts n'en font pas autant (50%). Les FS n'incluent jamais d'activités ou d'objectifs liés à la disparité entre les genres, tandis que pour les districts l'ordre n'est que d'un district sur deux. Ceci est une lacune importante à combler dans de futurs plans annuels.

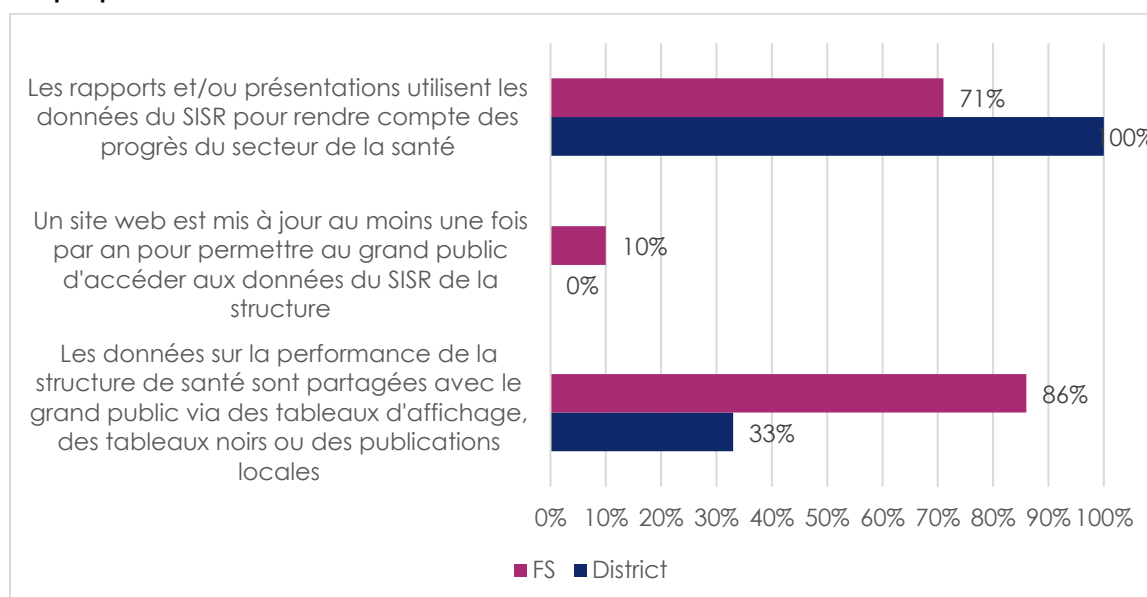
Graphique 41. Présence dans le plan annuel des FS et districts d'activités ou d'objectifs liés à l'amélioration ou au traitement de différents éléments



Dissémination des données en dehors du secteur de la santé

La dissémination des données du SISR à un public plus large se fait principalement par le biais de rapports ou présentations (71% dans le cas des FS et 100% pour les districts). Les FS font plus usage (86%) des tableaux d'affichage et des tableaux noirs que les districts (33%), et 10 pourcent des FS utilisent un site web, ce qui n'est une pratique dans aucun bureau de district (voir Graphique 42). Cette dernière méthode, si les données sont régulièrement mises à jour, est une option à explorer pour donner accès aux données à un public plus large dans une société qui cherche et trouve son information de plus en plus numériquement.

Graphique 42. Dissémination des données du SISR en dehors du secteur de la santé

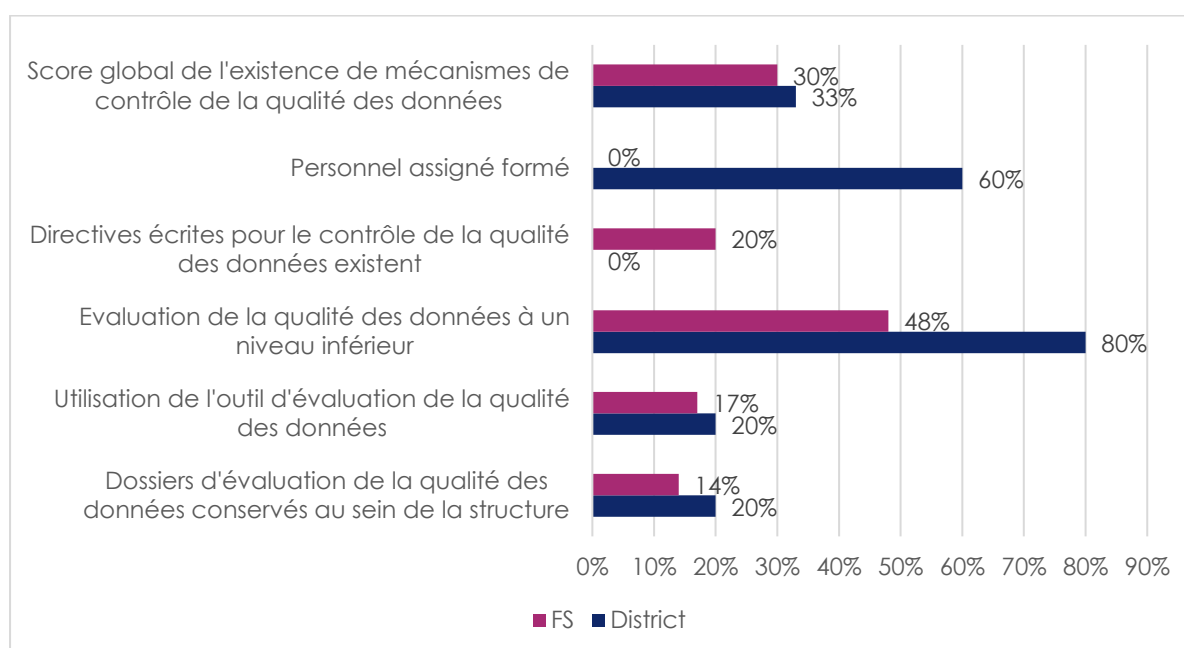


Gestion des données

Contrôle de la qualité des données

L'existence de mécanismes de contrôle de qualité des données a été notée dans des proportions similaires dans les FS (33%) et dans les districts (30%). Même si par ailleurs dans les districts il y a un personnel assigné pour le contrôle de qualité dans 60 pourcent des cas, il reste cependant une large marge de progression dans l'accomplissement des autres tâches de ce contrôle de qualité. Quant aux FS, les tâches sont effectuées de manière satisfaisante seulement pour la revue de la performance (80%) et dans une moindre mesure pour l'évaluation de la qualité des données à un niveau inférieur (48%) alors même qu'aucun personnel n'est formé ou assigné pour ce travail (voir Graphique 43).

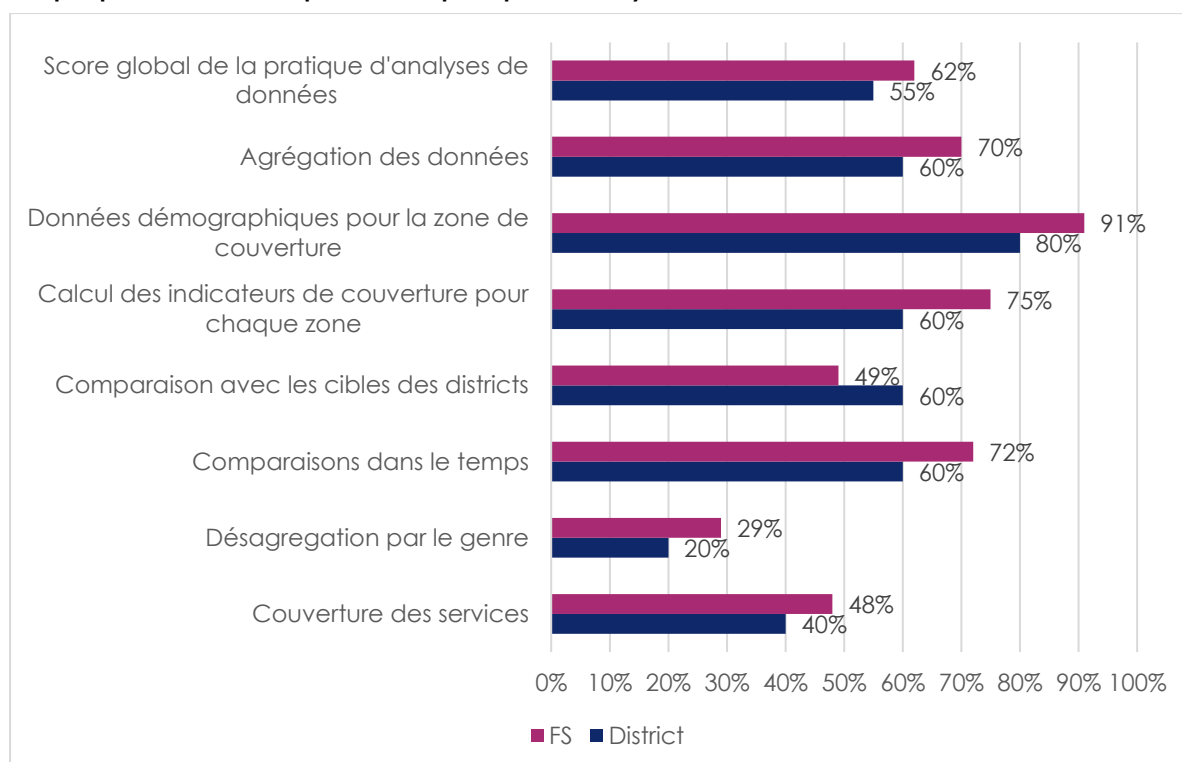
Graphique 43. Scores de l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité des données aux différents niveaux



Preuve de la pratique de l'analyse des données

Pour les districts disposant d'une preuve d'analyse des données (60%), les données démographiques de la zone de couverture sont les plus analysées (80%), ce qui est plutôt encourageant étant donné l'importance de ces données dans le calcul des principaux indicateurs. La désagrégation par le genre n'est cependant pas prise en compte de façon systématique (20%) —voir Graphique 44. L'absence de la plateforme ENDOS-DHIS2 dans les FS ne favorise pas l'analyse des données à ce niveau mais la rétro-information des districts aux FS permet en quelque sorte de combler cette insuffisance.

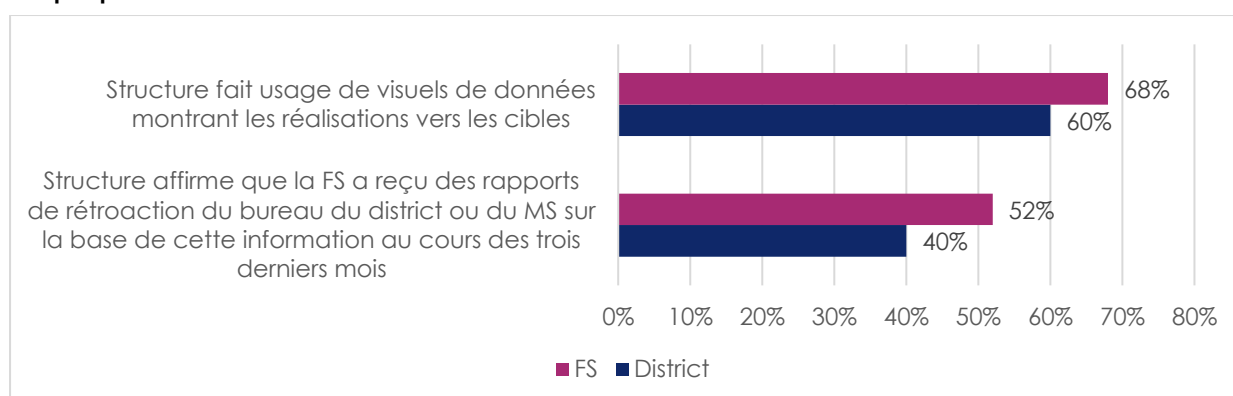
Graphique 44. Scores de preuves de pratiques d'analyse des données aux différents niveaux



Visualisation des données et mécanismes de rétro-information

L'utilisation de visuels de données montrant les réalisations vers les cibles est semblable entre les niveaux, mais légèrement supérieure au niveau des FS (68%) qu'aux districts (60%). De même que pour la réception de rapports de rétroaction récents (52 pourcent pour les FS et 40 pourcent pour les districts) — voir Graphique 45. Ceci est un domaine dans lequel le district a une marge d'amélioration à combler.

Graphique 45. Visualisation et rétro-information des données aux différents niveaux



Déterminants de la performance du SISR

Aptitudes du personnel du district dans les tâches liées au SISR

Du point de vue de l'utilisation du logiciel ENDOS-DHIS2, l'aptitude du personnel du district à générer des rapports (voir Graphique 27) et des graphiques (voir Graphique 28) pour les données du niveau district est très satisfaisante. Cependant, leurs aptitudes sont moindres quand il s'agit de faire de même pour les données au niveau des CMA et CSPS. Ceci indique que les agents du district se focalisent plus et

sont plus à l'aise quand il s'agit d'analyser et de visualiser leurs propres données, et n'ont pas la pratique de faire le suivi, de visualiser ou d'analyser les tendances dans les FS de leur district. Il faut néanmoins noter que la faible capacité à réaliser les cartes thématiques est due au fait que les FS paramétrées dans ENDOS-DHIS2 ne disposent pas encore de coordonnées géographiques permettant de réaliser des cartographiques.

Malgré le fait que le personnel du district est une bonne maîtrise et de manière générale de bonnes aptitudes, et que les supervisions au niveau inférieur semblent se dérouler régulièrement, il manque cependant une culture de l'information et une prise de décision fondée sur les preuves. Par conséquent, le personnel fait preuve de peu de motivation et de peu de foi dans le fait qu'il puisse utiliser les données pour une prise de décisions informée.

Gouvernance et infrastructures

Il existe d'importantes lacunes en matière de gouvernance et d'infrastructure aux différents niveaux. De nombreux documents financiers, organisationnels, stratégiques et de gestion du personnel manquent au sein des structures car ils ne sont soit pas élaborés soit pas distribués. Ceci a des implications sur l'organisation des structures en matière de ressources financières et humaines, tel que le manque de personnel formé ou désigné pour remplir les différentes tâches du SISR. Le niveau central a une bonne structure de gouvernance du SISR en place et a certaines directives de gestion des données et certains documents du SNIS liés à la planification. Par contre, il manque de standards d'amélioration de la qualité.

De manière générale, l'infrastructure des TIC est pauvre, avec de nombreuses structures n'ayant pas accès à un réseau Internet, ce qui favoriserait encore plus la qualité, l'utilisation et la dissémination des données du SISR.

LIMITES

Les limites de notre étude sont liées à des contraintes budgétaires, de temps, de personnel, des soucis de sécurité au sein du Burkina Faso, ainsi que des distances à voyager pour se rendre dans les différents coins du pays.

L'enquête PRISM est généralement étendue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et sur un échantillon représentatif du territoire national. Sachant que le budget pour cette activité était limité et que le travail du projet MEASURE Evaluation au Burkina Faso se concentrait déjà dans une seule zone d'intervention, à savoir la région du Centre-Sud, c'est là que l'enquête a été menée. L'enquête est donc limitée par le nombre de régions incluses, et donc par le nombre de districts et CSPS inclus. Elle ne présente donc pas les mêmes résultats que démontrerait une enquête PRISM plus compréhensive.

L'enquête PRISM est aussi généralement menée avec une administration de tous les outils à tous les niveaux auxquels ils s'appliquent, et certains outils peuvent même être administrés plus d'une fois au sein d'une même structure. D'autres limites s'ajoutent donc à notre cas de figure, dans lequel le nombre d'outils utilisés par site ainsi que le nombre de fois que chaque outil a été administré ne sont pas optimaux. Si l'on prend l'exemple de l'OBAT, cet instrument n'a pas été administré à tous les niveaux auquel il est applicable (il n'a pas été administré au personnel des CSPS, des CMA ou du CHUYO) et n'a été administré qu'à un seul membre du personnel dans les structures où il a été administré (les districts et la DRS) tandis qu'il aurait pu être rempli plus d'une fois pour obtenir plus d'opinions et d'évaluer les aptitudes de plus de membres du personnel. Ainsi, les données recueillies par l'OBAT ne sont qu'un nombre de cinq par indicateur, puisque le questionnaire n'a été administré qu'à un seul agent par district (pour un total de quatre districts) ainsi qu'à un agent au niveau de la DRS. Une présentation (en anglais) sur la personnalisation de l'enquête PRISM pour le Burkina Faso—et notamment de l'utilisation des outils aux différents niveaux—est disponible au lien suivant:

<https://zoom.us/recording/play/VmnV7SPbn79TadOFXE6VuEoEKikqWS3TYAx5JqeM1F5dqNsA1PTf4lc-zE6Z3nq3>

L'outil utilisé pour l'analyse des données du PRISM—le *PRISM Analysis Tool* (PAT)—n'a pas été rempli de manière complète pour le niveau central et régional, où certains outils ont été administrés par papier et non par tablette. Les données n'ont pas été retranscrites et il manquait donc certaines données au moment de l'analyse et de la rédaction de ce rapport. Nous recommandons l'utilisation du PAT et la saisie systématique des données recueillies sur format papier ainsi que le chargement régulier des données recueillies électroniquement par tablettes afin de ne pas manquer de données lors de la phase d'analyse. Le PAT paramétré mais vierge de données est disponible sur le site de MEASURE Evaluation au lien suivant pour toute entité intéressée de mener une enquête PRISM:

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-20-86/>

Ceci dit, les déplacements et visites de cette étude ont été mis à profit afin de récolter des informations pertinentes à une étude parallèle pour mieux comprendre l'architecture des TIC aux différents niveaux de la pyramide sanitaire dans la région du Centre-Sud. Les structures interrogées pour cette étude sont présentées dans le Tableau A1 en Annexe. Le rapport publié suite à cette étude, « Evaluation de l'infrastructure information des trois ministères concernés par l'approche « Santé Unique » au Burkina Faso » est disponible au lien suivant: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-312>

RECOMMANDATIONS

De manière générale, les recommandations viseront essentiellement à soutenir et à renforcer la qualité des données et à encourager l'utilisation des données pour la prise de décision. Elles s'articulent sur les points suivants:

- Mise à jour du référentiel de gestion des données sanitaire de routine —le MPGIS
- Rendre disponible et de manière continue les outils primaires et secondaires du SISR
- Elaborer des procédures de gestion de la sécurité des données
- Elaborer la liste standardisée de référence des FS dotées de coordonnées géographiques
- Elaborer un manuel des procédures de validation des données sanitaires de routine
- Vulgariser l'utilisation des outils de supervision intégrés (*Routine Data Quality Assessment* – RDQA) et former les superviseurs à leur utilisation
- Renforcer les supervisions de la qualité des données et de l'utilisation des données sur toute l'échelle de la pyramide sanitaire, et plus particulièrement dans les FS
- Conduire des formations de remise à niveau du personnel de gestion des données à tous les niveaux sur la mise à jour des outils (DHIS2, outils de collecte et de rapportage, etc.)
- Rendre les outils de collecte des données plus intégrés en vue de minimiser la collecte parallèle des données du SIS et prendre en compte la désagrégation sur le genre
- Améliorer la disponibilité des outils et les conditions d'archivage des outils de collecte des données
- Institutionnaliser les réunions de revue de données pour améliorer la qualité et l'utilisation des données
- Favoriser l'interopérabilité entre ENDOS-DHIS2 et les différents sous-systèmes de gestion des données sanitaires existants
- Etendre l'utilisation de ENDOS-DHIS2 dans les formations sanitaires (CSPS, CMA, CHR, etc.) en vue d'optimiser la qualité des données
- Prendre en compte les résultats de cette évaluation PRISM dans l'élaboration du plan stratégique du SISR

CONCLUSION

Cette évaluation PRISM, malgré ses limites, présente un aperçu de la performance du SISR du Burkina Faso qui pourra être utilisé comme référence pour des études futures visant à mesurer la performance du SISR du pays. Cette étude, bien que limitée à la seule région d'intervention du projet MEASURE Evaluation, montre bien le niveau satisfaisant de la performance du SISR au niveau de la région du Centre-Sud.

ANNEXES

Les quatre tableaux ci-contre détaillent la planification de l'évaluation PRISM au Burkina Faso, du 13 au 17 août 2018 dans la région sanitaire du Centre-Sud, composée des quatre districts de Kombissiri, Manga, Pô et Saponé.

Tableau A1. Répartition des outils par site d'enquête

Période	Structures	Acteurs	Outils
J1	DS (planification avec les FS et administration des questionnaires)	2 enquêteurs	Module 2 (niveau district) Module 3 (partie « utilisation ») Module 4 Module 5 (FOC_040 jusqu'à FOC_114) Module 6 Questionnaire d'infrastructure des TIC
	CMA	2 enquêteurs	Module 2 (niveau FS; indicateurs VIH et TB) Module 5 Questionnaire d'infrastructure des TIC
J2 à J5 (4 jours)	CSPS des districts (16 CSPS par district, au rythme de 4 CSPS par jour par district)	2 enquêteurs par district	Module 1 (1 CSPS par district) Module 2 (niveau FS) Module 5 (FOC_012 jusqu'à FOC_039) Questionnaire d'infrastructure des TIC
J1	Niveau central	Equipe de superviseurs	Module 1 Module 3 (partie « fonctionnalité ») Module 4 Questionnaire d'infrastructure des TIC
J2	CHUYO		Module 1 Module 3 (partie « utilisation ») Module 4 Module 5 Questionnaire d'infrastructure des TIC
J3	DRS		Module 3 (partie « utilisation ») Module 4 Module 6 Questionnaire d'infrastructure des TIC

NB: La période sélectionnée pour la revue de la qualité des données est du 26 avril au 25 juin 2018

Tableau A2. Répartition des équipes d'enquêteurs et des superviseurs

Site	Enquêteurs	Superviseur
District de Kombissiri	Césaire KY Roseline OUBDA KOURAOGO	Rahim KEBE
District de Manga	Gosso BORO Adama KABORE	Cyrille KOUASSI
District de Pô	Salfo OUEDRAOGO Mamadou TRAORE	Fulbert ILBOUDO
District de Saponé	Mahamoudou SAWADOGO Joël SAWADOGO	Boukary OUEDRAOGO
DRS	Fulbert ILBOUDO Boukary OUEDRAOGO	
CHU-YO		
DSS		

Tableau A3. Codes des enquêteurs

Enquêteur	Code	Adresse e-mail
Césaire KY	KC	cesairekyyak@yahoo.fr
Adama KABORE	KA	kaboradama@yahoo.fr
Roseline OUBDA KOURAOGO	KR	roseline_j@yahoo.fr
Gosso BORO	BG	boro.gosso@yahoo.fr
Salfo OUEDRAOGO	OS	asalfo0411@yahoo.fr
Mamadou TRAORE	TM	Madss07@yahoo.fr
Mahamoudou SAWADOGO	SM	msaouadogo@yahoo.fr
Joël SAWADOGO	SJ	sawadogowjoel@gmail.com
Fulbert ILBOUDO	IF	ilful@yahoo.fr
Cyrille KOUASSI	CK	cyrillekouassi2002@gmail.com
Boukary OUEDRAOGO	OB	ouedbouks@gmail.com
Rahim KEBE	RK	Rahim_kebe@gn.jsi.com

Photo 1. Les enquêteurs du PRISM 2018 du Burkina Faso lors de leur formation



Tableau A4. Codification des sites de l'évaluation

Code région	District sanitaire (DS)	Code DS	Formation sanitaire (FS)	Code FS
CS	DS Kombissiri	01	CMA Kombissiri	10101
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Bonsirima	10102
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Dagouma	10103
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Doulougou	10104
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Gana	10105
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Gaongo	10106
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Guidissi	10107
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Guirgho	10108
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Kalwiga	10109
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Konlobwandé	10110
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Masgho	10111
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Monomtenga	10112
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Nafbanka	10113
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Nagnesna	10114
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Nagnimi	10115
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Premier échelon	10116
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Rakaye	10117
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Tampinko	10118
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Tanghin	10119
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Toudou	10120
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Toécé	10121
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Tuili	10122
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Urbain de Kombissiri	10123
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Wardogo	10124
CS	DS Kombissiri	01	CSPS Zangogho	10125
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire de Bédogo	10126
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire de Lilbouré	10127
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire de Nangouma	10128
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire de Yargho	10129
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire Goudrin	10130
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire Lamzoudou	10131
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire Niongho	10132
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire Timboué	10133
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire Wilga	10134
CS	DS Kombissiri	01	Dispensaire Yanga	10135

CS	DS Manga	02	CMA Manga	10201
CS	DS Manga	02	CSPS Korguerya	10202
CS	DS Manga	02	CSPS Basgana	10203
CS	DS Manga	02	CSPS Bilbalogho	10204
CS	DS Manga	02	CSPS Bindé	10205
CS	DS Manga	02	CSPS Boura	10206
CS	DS Manga	02	CSPS Béré	10207
CS	DS Manga	02	CSPS Dassanga	10208
CS	DS Manga	02	CSPS Dirzé	10209
CS	DS Manga	02	CSPS Dissomey	10210
CS	DS Manga	02	CSPS Fougou	10211
CS	DS Manga	02	CSPS Gogo	10212
CS	DS Manga	02	CSPS Gomboussougou	10213
CS	DS Manga	02	CSPS Guiba	10214
CS	DS Manga	02	CSPS Guéré	10215
CS	DS Manga	02	CSPS Kazanga	10216
CS	DS Manga	02	CSPS Kaïbo-centre	10217
CS	DS Manga	02	CSPS Kaïbo-nord	10218
CS	DS Manga	02	CSPS Kaïbo-sud	10219
CS	DS Manga	02	CSPS Kondré	10220
CS	DS Manga	02	CSPS Kopelin	10221
CS	DS Manga	02	CSPS Luili-nobéré	10222
CS	DS Manga	02	CSPS Manga-est	10223
CS	DS Manga	02	CSPS Mazoara	10224
CS	DS Manga	02	CSPS Médiga	10225
CS	DS Manga	02	CSPS Nag-rigré	10226
CS	DS Manga	02	CSPS Nioryida	10227
CS	DS Manga	02	CSPS Nobili	10228
CS	DS Manga	02	CSPS Nobéré	10229
CS	DS Manga	02	CSPS Pissy	10230
CS	DS Manga	02	CSPS Sakuilga	10231
CS	DS Manga	02	CSPS Samtenga	10232
CS	DS Manga	02	CSPS Secteur 5	10233
CS	DS Manga	02	CSPS Sidtenga	10234
CS	DS Manga	02	CSPS Sinikéré	10235
CS	DS Manga	02	CSPS Sondré	10236
CS	DS Manga	02	CSPS Sougou	10237

CS	DS Manga	02	CSPS Séloghin	10238
CS	DS Manga	02	CSPS Thiougou	10239
CS	DS Manga	02	CSPS Urbain Manga	10240
CS	DS Manga	02	CSPS Wétenga	10241
CS	DS Manga	02	CSPS Zaptenga	10242
CS	DS Manga	02	CSPS Zigla	10243
CS	DS Manga	02	CSPS Zourmakita	10244
CS	DS Manga	02	Dispensaire de la maison d'arrêt et de correction de Manga	10245
CS	DS Manga	02	Dispensaire Kassougou	10246
CS	DS Manga	02	Dispensaire Koulpeloguin	10247
CS	DS Pô	03	CMA Pô	10301
CS	DS Pô	03	CSPS A V V	10302
CS	DS Pô	03	CSPS Boala	10303
CS	DS Pô	03	CSPS Bonga	10304
CS	DS Pô	03	CSPS Boungou	10305
CS	DS Pô	03	CSPS Dakola	10306
CS	DS Pô	03	CSPS de Badembié	10307
CS	DS Pô	03	CSPS Fanian	10308
CS	DS Pô	03	CSPS Guenon	10309
CS	DS Pô	03	CSPS Guiaro	10310
CS	DS Pô	03	CSPS Gwelwongo	10311
CS	DS Pô	03	CSPS Idénia-Tanga	10312
CS	DS Pô	03	CSPS Kaya	10313
CS	DS Pô	03	CSPS Koro	10314
CS	DS Pô	03	CSPS Poré	10315
CS	DS Pô	03	CSPS Pounkouyan	10316
CS	DS Pô	03	CSPS Premier échelon CMA Pô	10317
CS	DS Pô	03	CSPS Songo	10318
CS	DS Pô	03	CSPS Tangassogo	10319
CS	DS Pô	03	CSPS Tiakané	10320
CS	DS Pô	03	CSPS Tiébélé	10321
CS	DS Pô	03	CSPS Urbain Pô	10322
CS	DS Pô	03	CSPS Zecco	10323
CS	DS Pô	03	CSPS Ziou	10324
CS	DS Pô	03	Dispensaire Sya	10325
CS	DS Pô	03	Dispensaire Toungou	10326
CS	DS Saponé	04	CMA Saponé	10401

CS	DS Saponé	04	CSPS Yalou-gouroungou	10402
CS	DS Saponé	04	CSPS Doundouni	10403
CS	DS Saponé	04	CSPS Goumsin	10404
CS	DS Saponé	04	CSPS Guisma	10405
CS	DS Saponé	04	CSPS Ilyala	10406
CS	DS Saponé	04	CSPS Ipelcé	10407
CS	DS Saponé	04	CSPS Kalghin	10408
CS	DS Saponé	04	CSPS Kayao	10409
CS	DS Saponé	04	CSPS Kossilci	10410
CS	DS Saponé	04	CSPS Kougpaka	10411
CS	DS Saponé	04	CSPS Kounda	10412
CS	DS Saponé	04	CSPS Laado	10413
CS	DS Saponé	04	CSPS Niosna	10414
CS	DS Saponé	04	CSPS Pissi	10415
CS	DS Saponé	04	CSPS Sambin	10416
CS	DS Saponé	04	CSPS Sancé	10417
CS	DS Saponé	04	CSPS Saponé-marché	10418
CS	DS Saponé	04	CSPS Taanghin	10419
CS	DS Saponé	04	CSPS Targho	10420
CS	DS Saponé	04	CSPS Tim-Tim	10421
CS	DS Saponé	04	CSPS urbain Saponé	10422
CS	DS Saponé	04	CSPS Yansaré	10423
CS	DS Saponé	04	Dispensaire Balonghin	10424
CS	DS Saponé	04	Dispensaire Koukoulou	10425
CS	DS Saponé	04	Dispensaire Yezoanga	10426

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516 USA
Phone : +1-919-445-9359
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) aux fins de l'accord de coopération de MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation est mise en œuvre par le Carolina Population Center, l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill en partenariat avec ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, Palladium, et Tulane University. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis. TR-20-420 FR

ISBN: 978-1-64232-257-6

