

BUSNIS

N° 3/2011

29 décembre 2011



Dans ce numéro :

Les principales causes de consultation	2
Les nouveaux registres font-ils fuir les patientes ?	2
Les indicateurs cibles	3
Le financement basé sur la performance (PBF)	4
Le point sur le PNSR	4

Bientôt une nouvelle direction : la Direction du Système National d'Information Sanitaire

Selon le nouveau organigramme du MSPLS, mis en place par le décret présidentiel n°100/254 du 04/10/2011, portant sur la réorganisation du MSPLS, l'EPISTAT deviendra, à partir de 2012, la *Direction du Système Nationale d'Information Sanitaire* (DSNIS), qui dépendra, avec la *Direction de la Planification*, de la **Direction Générale de la Planification**.

La Direction du Système Nationale d'Information Sanitaire (DSNIS) qui remplacera l'EPISTAT comportera trois services, à savoir :

- Le service des Etudes et de la Recherche ;
- Le Service de Gestion de l'Information Sanitaire (GSIS) ;
- Le Service de Surveillance Epidémiologique.

Editorial

La Direction d'EPISTAT souhaite un joyeux Noël et ses meilleurs vœux de bonheur, de bonne santé et de réussite à tous ses lecteurs.

Ce troisième numéro du bulletin « BUSNIS » clôture la première année de réapparition d'un bulletin épidémiologique au Burundi. Nous espérons que le BUSNIS a répondu à certaines de vos attentes concernant notamment le suivi de quelques indicateurs clés, le déroulement des programmes et le partage d'informations portant sur le MSPLS et l'EPISTAT.

Pour terminer cette année, EPISTAT tient à remercier toutes les personnes et projets (techniques ou financiers) qui ont permis l'élaboration de ces bulletins, en particulier la Coopération Technique Belge pour son appui global au renforcement du système d'informations sanitaires afin de le transformer en un outil performant, utile et utilisé.

La réforme du SIS hospitalier est en route

Les 12 et 13 décembre 2011, s'est tenue, avec l'appui de la Coopération Technique Belge, un atelier de validation des nouveaux outils de collecte des données des hôpitaux. Ces nouveaux outils (*canevas de rapport et les registres standards*) ont été conçus pour permettre aux hôpitaux de collecter, de la manière la plus efficace possible, toutes les informations nécessaires, en allégeant au maximum le travail de collecte et de compilation des données et en minimisant les coûts de production des supports. Souples, ces outils doivent s'adapter aux différentes organisations des hôpitaux. En améliorant le suivi du circuit des patients au sein de l'hôpital, ils préparent les hôpitaux au processus d'informatisation.

Quoi de neuf dans ces registres ?

Les informations administratives (adresses, nom du chef de famille) sont enregistrées une seule fois dans les **registres administratifs d'accueil** et ne sont pas répétées dans les autres registres. Un registre administratif doit être placé à chaque point d'entrée accueillant des patients. Chaque visite de patient est identifiée par un numéro unique, le **N° d'hospitalisation**, qui est utilisé dans tous les registres afin de permettre la mise en

relation ultérieure de toutes les informations liées à un même patient. Tous les registres sont conçus pour enregistrer les événements dans l'ordre chronologique de leur apparition. Chaque service d'hospitalisation complète donc un **registre des entrées** et un **registre des sorties**. Si nécessaire, il complète également un **registre des actes** et un **registre des examens**.

Quelles perspectives ?

L'informatisation progressive des services permettra l'encodage des différents registres et la création d'une base de données regroupant l'ensemble des informations liées aux patients. C'est la première étape devant mener à un dossier médical informatisé.



Complétude des rapports SIS pour les 3 premiers trimestres 2011

Province	Taux complétude
BUBANZA	95,2
BUJA MAIRIE	95,9
BUJA RURAL	96,3
BURURI	99,7
CANKUZO	93,9
CIBITOKÉ	95,5
GITEGA	98,1
KARUSI	100,0
KAYANZA	95,5
KIRUNDO	98,6
MAKAMBA	98,9
MURAMVYA	100,0
MUYINGA	98,2
MWARO	100,0
NGOZI	99,6
RUTANA	97,4
RUYIGI	100,0
Taux national	97,8

La complétude des données obtenue pour élaborer ce bulletin qui porte sur les trois premiers trimestres de l'année 2011 est quasiment identique à celle obtenue lors de l'élaboration du bulletin précédent.

Félicitons les provinces de **Karusi, Muramvya, Mwaro** et **Ruyigi** qui, une fois encore, obtiennent une complétude de 100 %.

Les principales causes de consultations

Les deux graphiques ci-dessous présentent la répartition des principales causes de consultation déclarées dans les hôpitaux et les centres de san-

té durant les trois premiers trimestres de l'année 2011. La prudence est toujours de mise au moment d'interpréter des proportions. Néanmoins

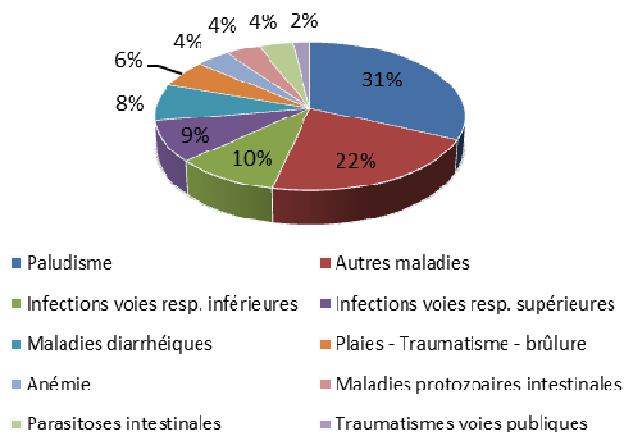
les chiffres présentés permettent quelques commentaires.

Sans surprise, le **paludisme** est la cause la plus fréquente d'hospitalisation que ce soit dans les hôpitaux et les CDS.

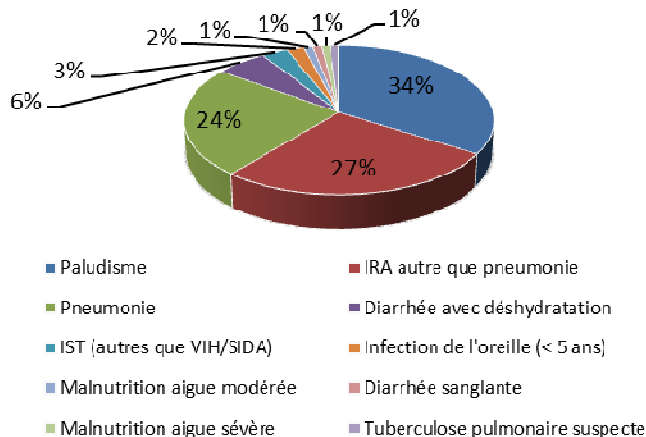
Au niveau des hôpitaux, la seconde cause de consultations est la catégorie **Autres** qui regroupe toutes les pathologies non détaillées dans le canevas de collecte. Ce chiffre important (22%) suggère une analyse approfondie de cette catégorie afin d'en extraire les éventuelles pathologies ayant une fréquence significative. Cette recommandation est renforcée par une décision de l'assemblée générale de l'ONU qui vient de décréter le diabète, l'HTA et les cancers comme maladies à déclaration obligatoire.

Au niveau des centres de santé, les catégories **IRA** et **Pneumonie** couvrent ensemble plus de 50 % des cas. Ce chiffre paraît assez élevé par rapport au profil épidémiologique rencontré habituellement en Afrique centrale. A l'inverse, la proportion de **diarrhées** paraît assez (trop ?) faible (6%+1 %).

10 principales causes de consultation curative dans les hôpitaux de janvier à septembre 2011



10 principales causes de consultation curative dans les CDS de janvier à septembre 2011

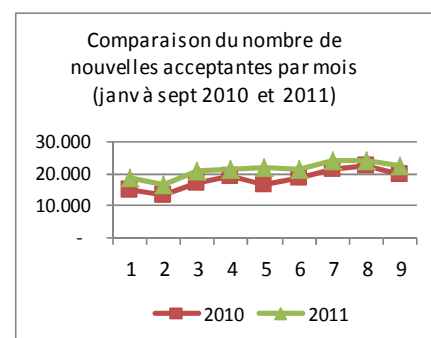


Les nouveaux registres d'accueil mis en place font-ils fuir les patientes ?

Certains Centres de Santé ont signalé un effet inattendu lié à la mise en place des nouveaux registres de collecte des données : la diminution de la fréquentation des activités préventives, particulièrement de planning familial. Cette diminution ressentie est attribuée à l'utilisation du registre d'accueil. L'enregistrement qui se fait dans la salle d'attente ferait fuir certaines femmes venues chercher les soins préventifs. Les premières réactions ont été de mettre

en cause l'utilisation du registre d'accueil. Deux remarques s'imposent. D'une part, les résultats de 2011 globalement meilleurs que ceux de 2010 ne confirment pas cette impression. Les variations mensuelles constatées présentent la même forme qu'en 2010. D'autre part, si localement, il devait effectivement y avoir une baisse de la fréquentation, le registre d'accueil n'est pas le vrai problème. Le vrai problème que les prestataires doivent analyser est la qua-

lité de l'accueil des patientes et le respect de la confidentialité.



Suivi de quelques indicateurs clés

Dans le dernier bulletin, nous avons étudié l'évolution des indicateurs cibles par rapport aux résultats de l'année 2010. Dans ce numéro, nous proposons de comparer les résultats obtenus dans les différentes provinces durant les trois premiers trimestres 2011 pour ces cinq mêmes indicateurs :

- Le taux d'utilisation de la consultation curative des CDS (**CCUR**) ;
- Le taux d'utilisation de la consultation prénatale (**CPN1**) ;
- La proportion d'accouchements en milieu de soins (**ACC**) ;
- Le taux de couverture des enfants de moins d'un an ayant reçu la 3ème dose de DTC Hib. Hep (**Penta 3**) ;
- La proportion de couples—années protégés sur le nombre de femmes à risque de grossesse (**CAP**).

Dans le tableau ci-contre, un code couleur est utilisé pour identifier les indicateurs supérieurs à la moyenne des résultats provinciaux (vert pâle), supérieurs à la moyenne plus un écart-type (vert foncé) et inférieurs à la moyenne moins un écart-type (rouge). Cette présentation ne vise évidemment pas à établir un classement entre les provinces. Elle permet d'identifier des différences qui pourront conduire à une réflexion critique et à l'élaboration d'hypothèses expliquant les différents résultats obtenus. Ce genre d'exercice prendra d'ailleurs encore plus de sens, lorsqu'il sera réalisé au niveau d'une province pour comparer les résultats obtenus par les différents districts. Il sera en effet plus facile à ce niveau de confronter les hypothèses émises aux réalités du terrain et à l'avis des acteurs concernés.

Le tableau montre que trois provinces ont leurs cinq indicateurs au dessus de la moyenne nationale (**Kirundo, Muyinga et Ruyigi**). Les provinces de **Bubanza** et **Cibitoke** ont trois indicateurs supérieurs à la

Provinces sanitaires	Taux de couverture pour les 3 premiers trimestres 2011				
	CCUR	CPN1	ACC	Penta 3	CAP
BUBANZA	108,6	122,0	107,9	103,8	18,3
BUJUMBURA MAIRIE	53,8	46,0	55,4	83,9	23,5
BUJUMBURA RURAL	62,3	69,6	56,5	67,8	17,3
BURURI	61,5	72,7	60,8	83,8	12,3
CANKUZO	167,2	93,1	68,4	96,2	15,4
CIBITOKÉ	116,6	103,2	85,7	98,4	15,2
GITEGA	99,4	66,7	67,2	82,6	18,1
KARUSI	114,9	75,9	53,2	76,4	16,6
KAYANZA	85,8	67,8	52,3	72,9	21,4
KIRUNDO	103,7	102,2	72,4	94,7	24,4
MAKAMBA	88,1	94,6	80,3	102,4	21,0
MURAMVYA	62,9	66,1	53,5	83,0	12,9
MUYINGA	112,1	99,4	74,9	99,8	23,1
MWARO	68,2	55,7	43,3	67,3	7,8
NGOZI	88,2	75,9	63,7	82,4	51,3
RUTANA	99,8	86,5	58,2	92,3	12,2
RUYIGI	121,2	104,8	71,7	90,4	28,4
Taux national	93,0	81,7	66,2	86,5	21,4

Résultat supérieur

À la moyenne

À moy + 1 écart-type

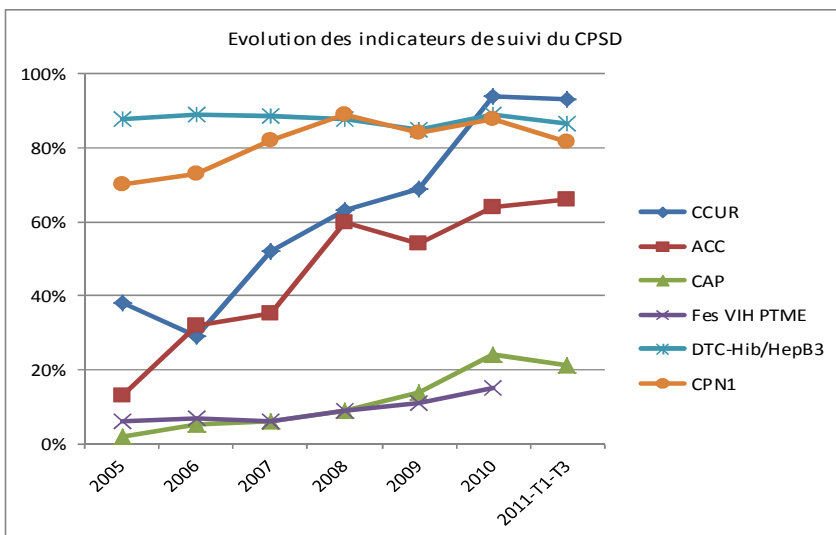
Résultat inférieur

A moy - 1 écart-type



moyenne plus un écart-type. Ces deux provinces sont par contre en dessous de la moyenne en ce qui concerne les couples années-protection. **Bujumbura rural, Bururi, Muramvya** et **Mwaro** ont tous leurs indicateurs en dessous des moyennes nationales. **Mwaro** voit même quatre de ses indicateurs inférieurs à la moyenne moins un écart-type. Une explication devrait être recherchée pour les indicateurs les moins bons. Toutes les pistes devront être explorées : dans les chiffres (qualité, définitions, dénominateurs) ou sur le terrain (accessibilité, qualité...).

Le graphique permettant de suivre l'évolution dans le temps des différents indicateurs confirme la tendance à la stagnation déjà mise en évidence dans le bulletin précédent.



Attention. Toutes les informations présentées sur ces pages doivent bien entendu être analysées avec beaucoup de précautions. Grâce aux efforts de tous, la qualité des données présentées s'améliore mais EPSTAT n'est pas encore en mesure de garantir une fiabilité totale. Seules les analyses régulières permettront de débusquer les erreurs.

Le financement basé sur la performance et la gratuité des soins

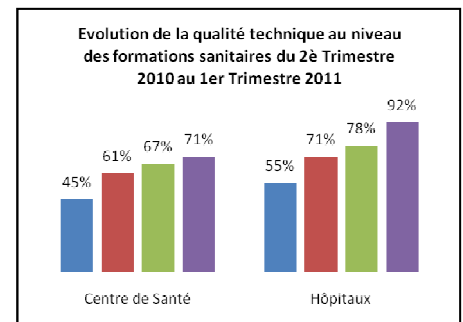
C'est en 2006 que les premières expériences pilotes de Financement Basé sur la Performance (FBP) ont démarré au Burundi. Au vu des résultats positifs obtenus, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) a décidé de généraliser cette approche à l'échelle nationale à partir du 1^{er} avril 2010. Parallèlement, une politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements et césariennes a été initiée par le Gouvernement. Ce paquet de soins gratuits a été étendu en 2009 aux pathologies liées à la grossesse. Cependant, des problèmes liés notamment au retard de remboursement des structures de soins, à la surfacturation des actes médicaux, à la surcharge de travail du personnel de santé et à sa démotivation, au manque de médicaments et équipements ont entaché la mise en œuvre efficace de cette mesure. Pour remédier à ces difficultés, le MSPLS et les Partenaires Techniques

et Financiers (PTF) ont retenu l'idée de fusionner les deux stratégies, c'est-à-dire de rembourser le paquet de soins gratuits à travers des mécanismes de FBP.

Après une année de mise en œuvre, les premiers résultats indiquent que le FBP a contribué à améliorer la mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins : réduction du délai de remboursement des formations sanitaires de 84 à 45 jours ouvrables, mise en place d'un système efficace de vérification et contre vérification, réduction de la charge administrative du circuit de remboursement de près de 2500 pages à 2 pages par mois, implication des PTF et des prestataires privés dans la mise en œuvre de la gratuité ciblée.

En outre le FBP a contribué au renforcement du système de santé à travers l'amélioration de la qualité des soins, l'amélioration de l'utilisation des services de santé, la réduction des ruptures de stock en médicaments, le renforce-

ment du système d'information sanitaire via notamment l'amélioration du remplissage des outils de collecte des données, le renforcement de la participation communautaire à travers notamment la réalisation des enquêtes communautaires de satisfaction et une plus grande implication des Comités de Santé et des Agents de Santé Communautaires, la motivation du personnel de santé, le renforcement du partenariat public privé matérialisé notamment par des contrats de performance entre les FOSA publiques et privées.

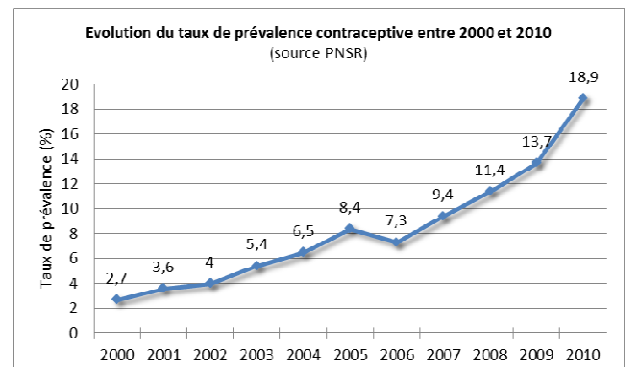


Le point sur le programme national de santé de la reproduction

En 2008, le recensement général de la population et de l'habitat indique que la population burundaise est de 8.053.574 et a connu un taux d'accroissement global moyen de 2,4% par an entre 1990 et 2008. La densité globale de population est de 310 habitants/km² avec de fortes disparités provinciales. L'indice synthétique de fécondité est en moyenne de 6 enfants par femme et équivaut à 866 naissances vivantes par jour. Le ratio de mortalité maternelle est de 866 décès pour 100.000 naissances vivantes. D'après les résultats provisoires de l'EDS 2010, le taux de prévalence contraceptive est estimé à 18% et le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est de 60%.

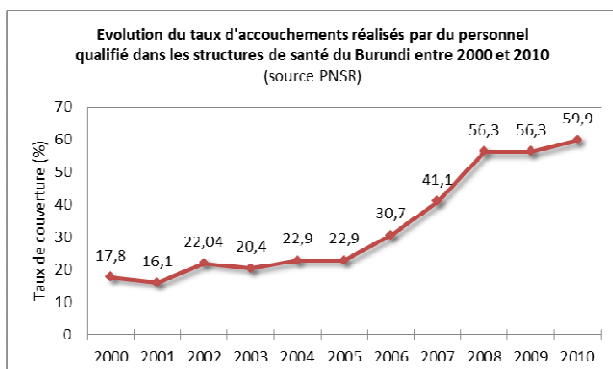
Le bilan du Programme national de santé de la reproduction 2010 montre une légère reprise de la progression du taux d'accouchements assistés après le statu quo de 2009 qui avait lui-même suivi une progression régulière durant quatre années (de 23% en 2005 à 56% en 2008). La belle évolution du taux de prévalence contraceptive observée durant les 10 dernières années s'est poursuivie en 2010. Les 18,9% atteints en

2010 restent cependant loin des 40% nécessaires pour stabiliser la croissance démographique du pays.



Cette belle progression semble se confirmer pour 2011, puisque pour le premier semestre 2011, les produits contraceptifs DMPA, DIU et COC&COP ont vu leur consommation augmenter respectivement de 33,7%, 40,6% et 22,6% par rapport à la consommation du premier semestre de l'année 2010.

Ces bons résultats ne doivent pas ralentir les efforts des intervenants clés car la population burundaise ne cesse de croître à un rythme inquiétant. La promotion de la planification familiale est un élément clé dans la lutte contre la pauvreté et pour la promotion d'un développement durable. Pour limiter l'« effet de remplacement » qui pousse les couples à avoir beaucoup d'enfants parce qu'ils s'attendent à en perdre plusieurs, il importe cependant de lier ces efforts à ceux visant à la diminution de la mortalité infanto-juvénile.



Bulletin publié avec l'appui



CTB BURUNDI



Editeur : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
 Rédaction : EPISTAT
 PNSR, CTN/FBP