



REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE
LA LUTTE CONTRE LE SIDA

**« ETUDE SUR L'INFLUENCE DE LA
PERFORMANCE DES BUREAUX DE DISTRICTS
SANITAIRES SUR LA PERFORMANCE DES
CENTRES DE SANTE QUI Y SONT RATTACHES »**

RAPPORT FINAL

UE-PASS-FBP2 / BDI19003-10016

Mai 2022



Cette étude a été réalisée sur financement de l'Union Européenne

*Ce rapport présente les résultats de l'étude sur la thématique « **influence de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui y sont rattachés** ».*

Les données utilisées proviennent des explorations quantitatives et qualitatives réalisées en Octobre 2021 dans douze provinces sanitaires du pays (Mairie de Bujumbura, Bubanza, Bujumbura, Cankuzo, Gitega, Karusi, Kayanza, Kirundo, Ngozi, Makamba, Rumonge et Rutana) et auprès des partenaires techniques et financiers.

Le présent rapport a été analysé puis validé au cours de la réunion tenue en date du 03 Mai 2022 et regroupant les départements du MSPLS (DGSSLS, CT_FBP, DGR, DGP, DSNIS) et ENABEL.

REMERCIEMENTS

Cette étude sur l'« **influence de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui y sont rattachés** » est financée par l'Union Européenne (UE) à travers le programme UE-PASS-FBP2 mis en œuvre par ENABEL. Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier les membres de la Délégation de l'Union Européenne (DUE) et ENABEL ainsi que du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA impliqués dans cette étude, et particulièrement ceux de la Cellule Technique chargée du FBP et ceux du programme UE-PASS-FBP2, pour leur collaboration.

Nous souhaitons également exprimer notre gratitude envers les autorités de l'Institut National de Santé Publique (INSP) qui ont facilité toute l'organisation de l'étude jusqu'à la rédaction du présent rapport. En outre, les assistants de recherche qui ont participé aux côtés des auteurs dans cette étude méritent tout autant d'être salués pour leur aide remarquable durant la préparation, la collecte et l'analyse des données.

Nous nous en voudrions de ne pas remercier tous les participants à cette étude à tous les échelons, particulièrement les responsables des institutions visitées, pour les informations combien riches qu'ils nous ont fournies.

Enfin, nous souhaiterions remercier tous les participants à la réunion de restitution leurs commentaires et apports combien constructifs en vue du présent rapport final.

RAPPORT DE MISSION

Date de démarrage	Septembre 2021	
Titre de l'étude	Etude sur l'influence de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui y sont rattachés	
Durée de l'étude:	45 jours calendrier	
Référence du marché:	ENABEL BDI19003_10016	
Provinces d'étude	Toutes les provinces du Burundi	
Client:	Programme UE-PASS-FBP mis en œuvre par ENABEL	Adresse : Quartier Kabondo-Ouest Avenue Bisoro N°22
	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA	Adresse : Avenue Pierre NDENDANDUMWE
Consultant:	<p align="center">Institut National de Santé Publique (INSP) Avenue de l'hôpital, N° 3 Tél : 22 26 97 20 / 22 26 97 13 E-mail : insp@insp.bi</p>	<p>Dr Manassé NIMPAGARITSE Tél : (+257) 79968217 E-mail : mnimpagaritse@yahoo.fr MD, MPH, PhD. Enseignant Chercheur/ INSP</p>
		<p>Dr Juvénal MANIRAMPA, MD Tél : (+257) 79584447 E-mail : manirampajuvenal2@gmail.com MD. Chef de l'Unité Suivi-Evaluation et recherche Opérationnelle /PNILP</p>
		<p>Florence MUNEZERO Tél : (+257 79916054) E-mail : munezeroflo@gmail.com MSc, PhD Candidate. Enseignant Chercheur/ INSP</p>
Equipe ENABEL PASS-FBP2	<p>Dr Abdoulaye MAHAMAN SANI Mr Christophe VOEGELI Mr Rénovat NSHIMIRIMANA Dr Philippe Mimitiri COMPAORE Dr Révérien NIYONGABO Dr Patrice NAHIMANA Dr Diomède NDAYITWAYEKO Mr. Jean Nepo BIRONKWA</p>	

RESUME EXECUTIF

Introduction :

Depuis 2006, le gouvernement du Burundi a adopté des réformes importantes dans le financement du système de santé dont le financement basé sur la performance mis en œuvre fusionné avec la gratuité des soins aux groupes spécifiques et à l'échelle nationale depuis Avril 2010. Cependant, il est couramment relevé des incohérences entre les scores de qualité technique de certains BDS qui se retrouvent avec des pourcentages élevés voir très élevés et la moyenne des scores de qualité des centres de santé dont ils assurent le suivi qui est très basse et souvent sur plusieurs trimestres; alors que le BDS constitue le niveau propice décentralisé et d'encadrement des CDS pour une meilleure performance.

Objectifs :

L'objectif global de la présente étude était de contribuer à la performance du système de santé du Burundi à travers la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation des effets de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui leurs sont rattachés. Plus spécifiquement, il était demandé d'(i) évaluer les effets de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui leurs sont rattachés ; (ii) mesurer les performances des BDS et des CDS rattachés sur la base des critères de performance reconnus ; (iii) analyser les performances des CDS en lien avec les performances de leurs BDS ; (iv) identifier les facteurs de performance des CDS liés intrinsèquement à la performance de leur BDS; (v) proposer au MSPLS des recommandations et un plan d'opérationnalisation en vue de renforcer à court termes les performances des BDS et (vi) proposer un indicateur à ajouter aux indicateurs de performance des BDS utilisés dans le cadre du FBP et permettant d'indexer les scores de performance des BDS aux performances de leurs CDS.

Méthodologie :

Des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) ont été utilisées pour la réalisation de cette étude. Il s'est agi concrètement d'un certain nombre de visites sur terrain et des échanges avec les acteurs clés (cadres des différents niveaux du système de santé ainsi que les prestataires des CDS concernés) ainsi que des évaluations instantanées des performances des BDS et des CDS concernés par l'étude.

Résultats :

L'étude a concerné au total 62 CDS enquêtés dont la majorité étaient des CDS publics (75,8%). La majorité des répondants dans les CDS étaient des titulaires (77,4%) et au niveau des BDS, la majorité des répondants étaient des gestionnaires (60,0%).

Nous avons dans un premier temps analysé les scores de performance des BDS et CDS de leurs ressorts selon les évaluations trimestrielles de la qualité techniques réalisées de 2017 à 2020. Globalement, le score de performance était respectivement de 83,4% ; 90,0% ; 90,5% et de 91,1% pour les BDS alors qu'il était de 67,4% ; 62,8% ; 65,2% et de 61,3% pour les CDS. Il a été noté que pour les 3 premiers trimestres de 2017, les deux scores de performance ont évolué dans le même sens, les écarts étaient également de moins de 10%. A partir du 4^{eme} trimestre de 2017, les scores de performances des CDS ont chuté sensiblement et les écarts avec les scores obtenus par les BDS sont devenus de plus en plus importants. La corrélation entre les deux scores de performance trouvée est faible car le coefficient de corrélation est de 0,4215 (racine carré du coefficient de détermination $R^2=0,1777$). Il a été noté que 17,8% seulement du score de performance des CDS sont expliqués par les scores de performance des BDS et que plus la performance des BDS augmente de 1%, plus celle des CDS diminue de 0,9692.

Dans un deuxième temps, il a été question d'analyser les scores de performance des BDS et CDS qui leur sont rattachés mais qui sont ciblés par l'étude ; toujours selon les évaluations trimestrielles de la qualité techniques réalisées de 2017 à 2020. Il est ressorti que les scores moyens obtenus par les BDS qui étaient inclus dans l'étude sont supérieurs à ceux des CDS rattachés à ces districts sanitaires, pour la période de 2017 à 2020. En effet, le score moyen de performance était respectivement de 84,4% ; 89,5% ; 89,6% et de 91,2% pour les BDS alors qu'il était de 64,3% ; 58,7% ; 62,9% et de 57,2% pour les CDS au cours de la même période. En procédant à l'analyse de la corrélation entre les scores de performance des BDS d'étude et ceux des CDS y rattachés, le constat fait est que pour les 3 premiers trimestres de 2017, les deux scores de performance ont évolué dans le même sens, les écarts étaient moins importants comparativement à la période qui a suivi et correspondant au début du 4^{eme} trimestre de 2017, les scores de performances des CDS ont chuté sensiblement et ceux obtenus par les BDS sont restés stagnants et variaient entre

86% et 92%. Une corrélation négative a été trouvée entre les deux scores moyens de performance (BDS d'étude versus CDS d'étude y rattachés) ; très faible cependant car le coefficient de corrélation est : 0,3992 (racine carré du coefficient de détermination $R^2=0,1594$). Ceci signifie par ailleurs que 15,9% du score moyen de performance des CDS sont la seule contribution des scores de performance des BDS. De même, selon le modèle, plus la performance des BDS augmente d'1%, plus celle des CDS diminue de 1,2203.

Nous avons par la suite procédé à l'analyse de la situation en référence à la grille d'évaluation trimestrielle et selon les items qui impliquent des interrelations entre les deux niveaux.

Ainsi, en ce qui est des CDS, 72,6% des CDS disposaient des COSA ; 58,1% disposaient des comités de gestion et 33,9% de ces CDS disposaient des comités de gestion FBP ; moins de 50% des CDS visités avaient à leur disposition des PV des réunions mensuelles d'évaluation de l'exécution du PAS alors que ces réunions connaissent parfois l'absence du Président du COSA et celui du COGES. Bien plus, le suivi évaluation par rapport au mois précédent ainsi que les échanges sur les observations des vérificateurs du CPVV n'ont été objectivées que dans moins de 45% des CDS. Ici aussi l'absence du président du COSA dans ces réunions est remarquée dans pas mal de CDS au moment où cet acteur est celui qui co-signé avec le titulaire le Plan d'action ainsi que le contrat avec le CPVV. L'absence d'un manuel des procédures administratives, financières et comptables a été objectivée dans plus de 30% des CDS de l'étude au moment où seuls 16% (10) des CDS de l'étude avaient connu une supervision financière au cours du 1^{er} semestre de l'année 2021.

D'un autre côté, les CDS doivent être supervisés par l'ECD pour un renforcement des capacités en vue d'une meilleure offre des soins aussi bien curatifs que préventifs.

Le constat est que les copies des rapports de supervision des activités préventives n'ont été objectivées que dans seulement moins de 20% des CDS de l'étude alors que pour les activités curatives, elles l'ont été dans moins de 35% de ces CDS. Par ailleurs, les feedback immédiats à l'issue des supervisions n'ont pas été objectivés dans plus de 77% et 80% respectivement pour la supervision des activités curatives et celle des activités préventives. S'agissant de la transmission de la copie du rapport de supervision, elle a été faite sous

huitaine uniquement dans moins de 10% des CDS et cela pour toutes les deux catégories de supervision.

De la même manière, en ce qui est des BDS, l'Equipe Cadre du District doit d'abord assurer le leadership du District Sanitaire. En premier lieu pour l'organisation des réunions hebdomadaires, la tenue de ce genre de réunions n'a été objectivée que dans deux BDS seulement sur les 10 qui ont été visités. Ici la présence simultanée dans ces réunions du MCD et MDH a été objectivée dans plus de 60% des PV attendus soit pour les mois de Juillet et Août mais a été rare (25%) pour le mois de septembre. Il est constaté également l'absence dans ces réunions du MCD objectivée dans plus dans 60% des PV consultés pour le mois d'Août et Septembre. Deuxièmement, les rapports mensuels d'analyse des données SIS produits étaient disponibles dans moins de 20,0% des BDS de l'étude pour les trois mois. L'ECD doit par ailleurs participer activement dans les réunions mensuelles de validation des données du CPVV. Malheureusement, la preuve de participation dans ces réunions qui doit être matérialisée par la disponibilité du PV de ladite réunion au niveau du BDS n'a été objectivée que dans 2BDS pour le mois de juillet et dans un seul des deux BDS pour les mois d'Août et Septembre. D'un autre côté, les BDS doivent encadrer les CDS dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités . Il est noté cependant que la preuve d'échanges entre les BDS et les CDS par rapport aux projets des plans d'action (feedback sur le PAA transmis) n'a été objectivée que dans moins de 50% de ces BDS ; il en est de même du feedback sur la validation de ce plan . Bien plus, dans 40% des BDS visités, l'étude n'a pas objectivé de rapport de réunion d'élaboration du PAA de chaque CDS.

En ce qui du suivi de l'exécution des PAS, nous constatons que la participation d'un cadre de l'ECD dans la réunion mensuelle du CDS y relative n'est observable que dans la moitié des BDS visités.

S'agissant par ailleurs de l'approvisionnement de la pharmacie du BDS aux pharmacies des CDS en ME et consommables, l'analyse de 5 fiches tirées au hasard dans chaque pharmacie de district, montre que 60% de ces districts visités n'avaient pas connu de rupture de stock de médicament traceur et que le taux de satisfaction totale des produits traceurs était optimal dans ces mêmes districts.

En vue de s'assurer que les CDS garantissent une offre optimale du PMA aux différents utilisateurs, l'ECD doit mener des supervisions formatives aux CDS de leurs ressorts. Cela étant, l'existence dans le PAT des BDS d'un calendrier de descentes sur terrain pour la supervision n'a été objectivée que dans la moitié des BDS visités. Malheureusement, au moment où il est attendu que chaque CDS doit être supervisé au moins chaque 2 mois, il est constaté que seuls 4BDS avaient pu superviser tous les CDS de l'étude au cours du trimestre précédent la collecte des données. En considérant ces 4 BDS qui avaient mené des supervisions, il est constaté que seuls 3 d'entre eux ont systématiquement laissé un feedback immédiat aux CDS supervisés et ont pu montrer une copie du rapport de supervision, lequel n'a été systématiquement transmis sous huitaine aux CDS supervisés que par 2BDS uniquement.

Le BDS est par ailleurs appelé à faire participer les membres de la communauté à l'animation du district sanitaire notamment par la participation dans des réunions de coordination. Malheureusement, la tenue des réunions trimestrielles de coordination impliquant les COSA des CDS n'a été objectivée que dans 60,0% des districts visités. En ce qui est des organes de gestion du district, Nous avons constaté que les PV des réunions prouvant la fonctionnalité du comité de pilotage du DS ont été objectivés dans 7 BDS sur les 10 visités. Le rythme de ces réunions était trimestriel dans six des sept BDS.

A côté des évaluations trimestrielles classiques,, l'équipe d'étude a adapté la grille habituellement utilisée pour procéder à une évaluation instantanée des deux entités.

Il est ressorti que les BDS ont eu un grand score pour la majorité des items au moment où dans l'ensemble des districts ayant participé dans l'étude ont eu un score de 34%. En ce qui est des CDS, les scores trouvés ont été globalement bas (<55%) pour tous les produits attendus.

Nous avons procédé également à l'analyse de la corrélation entre ces deux scores d'évaluation. Il est ressorti que la corrélation négative trouvée entre les deux scores moyens de performance (BDS d'étude versus CDS y rattachés) est très faible car le coefficient de corrélation est : 0,083 (racine carré du coefficient de détermination $R^2=0,0069$). Ceci signifiant par ailleurs que 0,7% du score moyen de performance des CDS sont

la seule contribution des scores de performance des BDS. De même, selon le modèle, plus la performance des BDS augmente d'1%, plus celle des CDS diminue de 0,0577.

Nous avons enfin cherché à dégager les facteurs qui seraient intrinsèquement liés à la performance des CDS aussi bien au niveau CDS qu'au niveau BDS. Ainsi, il a été constaté que l'organisation régulière des réunions mensuelles d'évaluation des activités du PAS, l'analyse régulière des données du SIS, la bonne gestion des intrants, la supervision financière du BDS au CDS ; sont autant de facteurs qui justifient la bonne performance des CDS.

Conclusion :

A l'issue de cette étude, il est constaté que pendant que les BDS enregistrent de bonnes performances, ceci n'est pas retrouvé au niveau des CDS de leurs ressorts qu'ils sont appelés à renforcer techniquement. L'équipe d'évaluation suggère que les produits attendus d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des CDS qui nécessitent un appui substantiel de certaines catégories des membres de l'ECD soient directement prises en compte lors de l'évaluation de la performance de l'ECD.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	i
RAPPORT DE MISSION	ii
RESUME EXECUTIF	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES FIGURES	x
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS.....	xi
1. CONTEXTE DE L'ETUDE	1
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	4
2.1. Objectif général.....	4
2.2. Objectifs spécifiques.....	4
3. APPROCHE METHODOLOGIQUE POUR L'ETUDE	5
3.1. Design global de l'Etude.....	5
3.2. Etapes de l'étude.....	5
3.2.1. Revue documentaire.....	5
3.2.2. Collecte des données sur terrain et outils	5
3.3. Organisation pratique de l'étude.....	9
3.3.1. Composition de l'équipe d'étude.....	9
3.3.2. Collecte des données et répartition des tâches	11
3.3.3. Traitement et analyse des données.....	12
3.3.4. Validation et Diffusion des résultats de l'étude.....	12
3.4. Considérations éthiques	12
4. LES RESULTATS.....	14
4.1. Description des sujets de l'étude.....	14
4.2. Evaluation des effets de la performance des BDS sur la performance des CDS qui leurs sont rattachés.....	15
4.2.1. Comparaison des scores de performance entre les BDS et les CDS au niveau national	15
4.2.2. Comparaison des scores de performance entre les BDS et les CDS d'étude.....	17
4.3. Mesure des performances des BDS et CDS d'étude.....	20

4.3.1. Etat des lieux des performances au niveau des CDS	20
4.3.2. Etat des lieux des performances au niveau des BDS	36
4.4. Analyse des performances des CDS en lien avec les performances des BDS	53
4.4.1. Score pour les BDS	53
4.4.2. Scores pour les CDS.....	54
4.4.3. Scores des BDS en comparaison de ceux des CDS y rattachés	55
4.4.4. Analyse de la corrélation entre le score de performance des BDS et des CDS	56
4.5. Facteurs de performance liés intrinsèquement à la performance des CDS	57
4.5.1. Facteurs relatifs au fonctionnement du CDS	57
4.5.2. Facteurs relatifs au BDS	61
5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONSPERCEPTION	68
5.1. Conclusion	68
5.2. Recommandations :	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taille de l'échantillon par statut des Centres de santé et par district sanitaire	7
Tableau 2 : Synthèse des outils de collecte des données validés pour l'étude.....	9
Tableau 3 : Répartition des sujets d'étude selon leurs caractéristiques	14
Tableau 4 : Répartition des CDS selon l'organisation de l'administration	20
Tableau 5 : Disponibilité des outils de gestion/administration.....	21
Tableau 6 : Organisation des réunions au niveau des CDS.....	22
Tableau 7 : Répartition des CDS selon le contenu des feedbacks des rapports d'analyse des données SIS.....	24
Tableau 8 : Profil des participants dans les réunions d'analyse des données SIS.....	25
Tableau 9 : Disponibilité au CDS des documents de gestion (n=62).....	26
Tableau 10 : Respect des procédures de gestion financière et comptable.....	28
Tableau 11 : Etat des lieux sur la supervision, la formation en gestion pharmaceutique.....	29
Tableau 12 : Disponibilité des copies de rapports de supervision pour la période allant d'Octobre 2020 à Septembre 2021.....	30
Tableau 13 : Contenu des copies de rapports de supervision pour la période allant d'Octobre 2020 à Septembre 2021.....	31
Tableau 14 : Existence des feed-back à l'issue de la supervision.....	32
Tableau 15 : Disponibilité et contenu des rapports d'appui technique des CDS dans l'encadrement des ASC.....	33
Tableau 16 : Disponibilité du matériel clé pour la communication et le rapportage.....	34
Tableau 17 : Participation du MCD et MDH dans les réunions hebdomadaires.....	36
Tableau 18 : Points discutés lors des réunions hebdomadaires de juillet.....	37
Tableau 19: Points discutés lors des réunions hebdomadaires d'Août.....	37
Tableau 20: Disponibilité des rapports des réunions mensuelles d'analyse des données	38
Tableau 21 : Contenu des rapports mensuels d'analyse des données SIS.....	38
Tableau 22 : participation dans les réunions mensuelles de validation des données des CPVV	39
Tableau 23 : encadrement des CDS par les BDS dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités.....	40
Tableau 24 : Etat des lieux dans la formation en cours d'emploi par les BDS.....	41
Tableau 25 : approvisionnement des CDS et HD en médicaments essentiels et autres consommables	42
Tableau 26 : Fonctionnalité des dispositifs de référence et contre référence	43

Tableau 27 : supervisions des BDS aux CDS.....	44
Tableau 28 : Contenu des rapports de supervision.....	45
Tableau 29 : Réunions de coordination et état de participation des membres de la communauté	46
Tableau 30: Disponibilité des équipements	48
Tableau 31 : équipements de la salle des réunions :	49
Tableau 32 : Bureaux des superviseurs et leurs équipements	49
Tableau 33 : Bureaux des gestionnaires et leurs équipements.....	50
Tableau 34 : Bureaux des gestionnaires des pharmacies et leurs équipements.....	50
Tableau 35 : Bureaux des chargés du SIS et leurs équipements	51
Tableau 36 : situation du parc automobile en plus des ambulances	52
Tableau 37 : Analyse de l'association entre l'organisation des réunions et le score de performance des CDS	58
Tableau 38 : Analyse de l'association entre la gestion des données et le score de performance des CDS.....	59
Tableau 39 : Analyse de l'association entre la gestion des intrants et le score de performance des CDS.....	60
Tableau 40 : Analyse de l'association entre la gestion financière/comptabilité et le score de performance des CDS.....	61
Tableau 41 : Disponibilité des ressources humaines au sein des BDS par diplôme et par ancienneté	62
Tableau 42 : Influence du profil de certains cadres de l'ECD sur la Performance globale des CDS	63
Tableau 43 : Influence du profil des superviseurs sur le score de performance des soins curatifs et préventifs.....	64
Tableau 44 : Influence du profil des gestionnaires financiers sur le score de performance en gestion des intrants au CDS.....	65
Tableau 45 : Influence du profil des gestionnaires du SIS sur le score de performance en gestion du SIS au CDS.....	65
Tableau 46 : Influence du profil des gestionnaires de la pharmacie sur le score de performance en gestion pharmaceutique au CDS	66
Tableau 47: Analyse de l'association entre la supervision par les BDS et le score de performance des CDS.....	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Comparaison des scores de performance des BDS et CDS pour la période de 2017 à 2020	15
Figure 2 : Comparaison des tendances des scores de performance des BDS et des CDS	16
Figure 3 : Analyse de corrélation entre les scores de performance des BDS et des CDS	16
Figure 4 : Comparaison des scores moyens de performance des BDS et CDS pour la période de 2017 à 2020	17
Figure 5 : Comparaison des tendances des scores de performances des BDS et des CDS	18
Figure 6 : Analyse de corrélation entre les scores moyens de performance des BDS et des CDS	18
Figure 7 : Procès-verbaux des réunions mensuelles d'analyse des données SIS	23
Figure 8 : état d'analyse des 5 indicateurs clés dans les rapports d'analyse des données SIS	25
Figure 9 : Profil des personnes qui encadrent les ASC	34
Figure 10 : Répartition des BDS selon les scores obtenus par item	54
Figure 11: Répartition des CDS selon les scores obtenus par item	54
Figure 12 : Comparaison des scores de performances entre les BDS et les CDS y rattachés	55
Figure 13 : Analyse de la corrélation entre les scores de performances des BDS et des CDS	56

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AR	: Aire de Responsabilité
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CDS	: Centre de Santé
CPVV	: Comité Provincial de Vérification et de Validation
DGP	: Direction Générale de la Planification
DHIS 2	: District Health Information Software version 2
DODS	: Direction de l'Offre et de la Demande des Soins
DPSE	: Direction de la Planification et du Suivi Evaluation
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
DUE	: Délégation de l'Union Européenne
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FOSA	: Formation Sanitaire
GASC	: Groupement des Agents de Santé Communautaire
HAR	: Hors Aire de Responsabilité
HD	: Hôpital de District
HN	: Hôpital National
INSP	: Institut National de Santé Publique
ISTEEBU	: Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
LQAS	: Lot Quality Assurance Sampling
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA
NC	: Nouveau Cas
ODK	: Open Data Kit
OMDs	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
PAISS	: Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé
PASS-FBP	: Programme d'Appui au système de santé à travers l'outil du Financement Basé sur la Performance
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planning Familial
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PRISM	: Performance of Routine Health Information System Management
PRONIANUT	: Programme National Intégré pour l'Alimentation et la Nutrition
PTFs	: Partenaires Techniques et Financiers
PV	: Procès-Verbal
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

SIS	:	Système d'Information Sanitaire
SISR	:	Système d'Information Sanitaire de Routine
TPS	:	Technicien de Promotion de la Santé
UE	:	Union Européenne

1. CONTEXTE DE L'ETUDE

En 2006, le gouvernement burundais a adopté des réformes importantes dans le financement du système de santé. En effet, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes a été introduite et, au cours de la même année, le financement basé sur la performance a débuté par une expérience pilote dans 3 provinces du pays (Bubanza, Cankuzo et Gitega) puis mis à l'échelle nationale depuis Avril 2010. Les deux stratégies ont par la suite été fusionnées pour remédier aux difficultés liées à la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Cette stratégie de financement vise à: (i) améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et en particulier aux groupes vulnérables dont les Batwa, (ii) améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte, celle qui accouche et des enfants de moins de 5 ans, (iii) motiver et stabiliser le personnel de santé, (iv) inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques, (v) renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé et (vi) prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

La mise en œuvre de cette stratégie bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires techniques et financiers. C'est dans ce cadre qu'une convention de financement entre l'Union Européenne et le gouvernement du Burundi a été signée au titre du 11^{ème} FED en vue du Programme d'Appui au système de santé à travers l'outil du financement basé sur la performance- gratuité ciblée des soins -UE- PASS-FBP ciblant les 18 Provinces sanitaires du pays. Il s'agit de renforcer l'accès équitable aux soins de santé de qualité pour toute la population du Burundi en général, les femmes enceintes et qui accouchent dans les formations sanitaires ainsi que les enfants de moins de cinq ans en particulier.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre, les audits techniques et financiers réalisés dans de très nombreuses formations sanitaires ont permis de voir l'état des lieux et de relever les manquements dans leur fonctionnement. C'est ainsi qu'il ressort des goulots d'étranglements à savoir : (i) le niveau de qualité des soins qui reste encore insuffisant, (ii)

la faiblesse dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments et autres intrants à l'origine de ruptures de stocks au niveau des formations sanitaires, (iii) l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé surtout au niveau périphérique, (iv) l'absence de registres standards du SIS dans certaines FOSA, (v) le faible niveau d'investissement en faveur d'une amélioration de la qualité des soins au niveau des FOSA, (vi) le non-respect des procédures administratives, financières et comptables au niveau des FOSA, (vii) un faible encadrement/supervision des CDS par les Bureaux des Districts Sanitaires, (viii) une faible participation des équipes cadres de district dans les réunions de planification des CDS, (ix) une insuffisance dans l'élaboration, l'exécution et le suivi - évaluation des plans d'action annuels et des plans d'action semestriels des FOSA, (x) une faible capacité d'analyse des données y compris celles générées par le FBP/Gratuité à tous les niveaux, (xi) les résultats des enquêtes communautaires qui sont rarement restitués aux FOSA par manque de moyens financiers et lorsqu'ils le sont, on note une faible capacité d'analyse et d'utilisation des résultats des enquêtes communautaires par les prestataires des FOSA et (xii) la mauvaise compréhension de la définition de certains indicateurs par les prestataires avec comme conséquences des discordances entre les données déclarées par les FOSA et les données vérifiées par le CPVV entraînant des mésententes lors les séances de vérifications.

Bien plus, il est couramment relevé des incohérences entre les scores de qualité technique de certains BDS qui se retrouvent avec des pourcentages élevés voir très élevés et la moyenne des scores de qualité des centres de santé dont ils assurent le suivi qui est très basse et souvent sur plusieurs trimestres.

Ceci est ainsi au moment où les BDS constituent le niveau le plus décentralisé de régulation du MSPLS avec comme missions premières : (i) l'encadrement et la supervision des FOSA qui se trouvent dans leurs aires de responsabilité en vue d'améliorer leurs performances, (ii) la formation continue du personnel, (iii) l'approvisionnement des FOSA en médicaments et consommables médicaux à travers la pharmacie de district. Le fait que le rapport de mise en œuvre du financement basé sur la performance et de la gratuité des soins pour 2019 au Burundi met un focus important dans la partie « recommandations » sur la nécessité d'un renforcement de l'accompagnement des FOSA par les BDS comme un

des piliers à renforcer, montre à suffisance que les insuffisances mentionnées ci – dessus peuvent être réduites si les équipes cadres BDS jouaient correctement leur rôle.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude commanditée par le programme UE-PASS-FBP-II, financé par l'Union Européenne ; en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi. Il s'agira de mieux comprendre les liens qui existent entre les performances des BDS et celles des CDS qui leurs sont rattachés et ainsi proposer des solutions idoines à mettre en œuvre en vue de renforcer la performance des BDS et partant celle des CDS.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

Contribuer à la performance du système de santé du Burundi à travers la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation des effets de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui leurs sont rattachés.

2.2. Objectifs spécifiques

1. Evaluer les effets de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui leurs sont rattachés ;
2. Mesurer les performances des BDS et des CDS rattachés sur la base des critères de performance reconnus ;
3. Analyser les performances des CDS en lien avec les performances de leurs BDS ;
4. Identifier les facteurs de performance des CDS liés intrinsèquement à la performance de leur BDS ;
5. Proposer au MSPLS des recommandations et un plan d'opérationnalisation en vue de renforcer à court termes les performances des BDS;
6. Proposer un indicateur à ajouter aux indicateurs de performance des BDS utilisés dans le cadre du FBP et permettant d'indexer les scores de performance des BDS aux performances de leurs CDS.

3. APPROCHE METHODOLOGIQUE POUR L'ETUDE

3.1.Design global de l'Etude

Des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) ont été utilisées pour la réalisation de cette « *Etude sur l'Influence de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des Centres de Santé qui y sont rattachés* ».

Concrètement, un certain nombre de visites sur terrain et des échanges avec les acteurs clés (cadres des différents niveaux du système de santé ainsi que les prestataires des CDS concernés) ont été réalisés. Par ailleurs, l'équipe d'experts a procédé à des évaluations instantanées des performances des BDS et des CDS concernés par l'étude.

3.2.Etapes de l'étude

3.2.1. Revue documentaire

La 1^{ère} étape de l'étude a concerné l'exploitation et l'analyse des documents normatifs du MSPLS (Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP couplé à la gratuité ciblée seconde génération, Normes sanitaires, Outils de mise en œuvre du FBP/gratuité, etc...) ainsi que les rapports de mise en œuvre du couple FBP-Gratuité. Par ailleurs tout autre document jugé indispensable pour la bonne réussite de la mission a été consulté (Rapports d'audits, etc....).

Les documents ci-haut cités ont renseigné entre autre sur les indicateurs d'évaluation de la performance de ces entités ainsi que sur le cahier de charge des BDS par rapport aux CDS de leurs ressorts.

3.2.2. Collecte des données sur terrain et outils

3.2.2.1. Technique de collecte des données et objectifs

➤ Volet quantitatif

Ce volet quantitatif a permis spécifiquement d'(i) évaluer les effets de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui leurs sont rattachés, (ii) mesurer les performances des BDS et des CDS rattachés sur la base des critères de performance reconnus, (iii) analyser les performances des CDS en lien avec les

performances de leurs BDS, (iv) identifier les facteurs de performance des CDS liés intrinsèquement à la performance de leur BDS. C'est au travers de ce volet également que les performances instantanées de ces deux niveaux ont été mesurées et les scores obtenus classés puis analysés par district et par CDS y rattachés.

➤ **Volet qualitatif**

Pendant la collecte des données sur terrain, les entretiens ont été réalisés auprès des acteurs clés à différents niveaux du système de santé. Ce volet qualitatif a permis de (i) dégager les jugements des constats sur terrain ainsi que les recommandations à proposer au MSPLS, (ii) identifier les critères essentiels d'indicateurs de performance des BDS utilisés dans le cadre du FBP à ajouter et permettant d'indexer les scores de performance des BDS aux performances de leurs CDS.

L'équipe d'étude a ciblé les informateurs clés dans la mise en œuvre du FBP-gratuité à différents niveaux du système de santé. Il s'agit de :

- Niveau central : CT-FBP, DGSSLS
- Partenaires Techniques et Financiers : UE-PASS-FBP
- Bureaux des Districts Sanitaires ;
- Centres de Santé ;

Un guide d'entretien a été élaboré et administré auprès de ces acteurs pour recueillir des informations qualitatives. L'équipe d'étude a procédé également à la triangulation avec les informations issues de la revue documentaire.

3.2.2.2. Population d'étude et échantillonnage

Pour cette étude et dans le souci d'obtention des informations aussi variées que possible, une subdivision du territoire national en 4 régions (strates) auxquelles on ajoute la mairie de Bujumbura pour ses spécificités a été proposée. Cette subdivision du pays en 4 régions qui est d'usage dans d'autres enquêtes nationales comme l'EDS tient compte de leur homogénéité géographique et sociodémographique.

La méthode probabiliste et la technique de choix aléatoire à deux degrés ont été utilisées :

- Le choix pour le 1^{er} degré concernait les districts regroupés par région. Un quart des districts sanitaires dans chacune des régions groupées a été considéré tel que décrit ci-après :
 - **Région de Bujumbura Mairie ;**
 - **Région nord :** Kayanza, Kirundo, Muyinga et Ngozi;
 - **Région centre-est :** Cankuzo, Gitega, Karusi, Muramvya et Ruyigi;
 - **Région Ouest :** Bubanza, Bujumbura et Cibitoke
 - **Région sud :** Bururi, Makamba, Mwaro Rutana et Rumonge
- Le 2^{eme} degré concerne le choix des CDS dans chaque district. Le nombre total des CDS ayant un contrat principal FBP dans les 12 districts identifiés pour l'étude est 189 dont 143 publics et 46 confessionnels. Ainsi, nous avons considéré le quart (1/4) de ces CDS dans chaque district sanitaire d'étude. La taille de l'échantillon devient 63 CDS, l'allocation proportionnelle a permis d'avoir 48 CDS publics et 15 CDS confessionnels à inclure dans l'étude.

Le tableau suivant illustre le nombre de CDS tirés par choix aléatoire simple au niveau de chaque district sanitaire.

Tableau 1 : Taille de l'échantillon par statut des Centres de santé et par district sanitaire

Région	Province	District	Nombre des CDS dans les districts d'étude				Nombre des CDS à inclure dans l'étude			
			Confessionnel	Privé	Public	Total	Confessionnel	Privé	Public	Total
Mairie	Buja Mairie	Buja Nord	3	0	3	6	1	0	1	2
Ouest	Bubanza	Bubanza	3	0	11	14	1	0	3	5
Ouest	Bujumbura	Kabezi	2	0	10	12	1	0	3	4
Centre Est	Cankuzo	Cankuzo	3	0	14	17	1	0	5	6
Centre Est	Gitega	Kibuye	8	0	7	15	3	0	2	5
Centre Est	Karusi	Buhiga	3	0	14	17	1	0	5	6
Nord	Kayanza	Gahombo	5	0	8	13	2	0	3	4
Nord	Kirundo	Vumbi	3	0	12	15	1	0	4	5
Nord	Ngozi	Ngozi	4	0	17	21	1	0	6	7
Sud	Makamba	Makamba	5	0	17	22	2	0	6	7
Sud	Rumonge	Rumonge	4	0	14	18	1	0	5	6
Sud	Rutana	Rutana	3	0	16	19	1	0	5	6
Total			46	0	143	189	15	0	48	63

Un échantillonnage systématique simple a été appliqué pour déterminer les CDS à inclure au sein de chaque district tiré.

3.2.2.3. Choix des enquêtés

➤ Volet Quantitatif

Il s'agissait dans *un premier temps* de faire recours à la base des données open RBF pour extraire les données sur les scores trimestriels obtenus par les BDS et CDS ciblés sur une période de quatre ans (2017-2020).

Dans *un deuxième temps*, les grilles habituelles d'évaluation des performances des deux niveaux (CDS et BDS) ont été considérées et adaptées en tenant compte des missions spécifiques des BDS par rapport aux CDS de leurs ressorts.

Dans *un troisième temps* et aussi bien au niveau CDS qu'au niveau BDS, une fiche de dépouillement sous forme de checklist préalablement élaborée a été administrée au responsable concerné. Il s'agissait de recueillir les données par rapport aux caractéristiques de chaque BDS/CDS de l'étude compte tenu des dispositions des normes sanitaires et des autres documents normatifs connus des deux niveaux.

➤ Volet Qualitatif

L'étude s'est appuyée également sur une synthèse des opinions et des expériences des informateurs clés. Des entretiens avec des informateurs clés du niveau central et des niveaux concernés par l'étude ont été réalisés. Le principe de variation maximale en ce qui est des personnes à interviewer a été appliqué. La sélection progressive jusqu'à saturation de l'information a été assurée. Comme les entretiens étaient ouverts, le guide d'entretien a été adapté, ajusté au fur des entretiens avec le retrait des thèmes déjà couverts et/ou l'ajout des thèmes émergeant en fonction des réponses précédentes. Tous les entretiens ont été faits en face à face soit en Français ou en Kirundi en fonction de chaque situation pour permettre à l'informateur d'être à l'aise tout au long de l'entretien.

3.2.2.4. Récapitulatif de la population d'étude, outils et technique de collecte des données par niveau

Tableau 2 : Synthèse des outils de collecte des données validés pour l'étude

Niveau	Population d'étude	Outils et technique de collecte des données
CDS	- Prestataires - CDS - Responsable FOSA	- Grille d'évaluation de la qualité technique du CDS - Fiche de dépouillement - Guide d'entretien
BDS	- Equipe cadre de district	- Grille d'évaluation de la qualité technique du CDS - Fiche de dépouillement - Guide d'entretien
Niveau central : CT-FBP, DGSSLS, PTFs	- Responsable	- Guide d'entretien

3.3. Organisation pratique de l'étude

3.3.1. Composition de l'équipe d'étude

L'équipe d'étude est constituée de trois consultants et huit assistants.

3.3.1.1. Le profil des consultants

❖ **Expert chef de mission : Dr NIMPAGARITSE Manassé**

Médecin Spécialiste en santé publique, avec expérience du système de santé Burundais de plus de 15ans, il possède une expertise en recherche sur les systèmes de santé, financement de la santé et plus spécifiquement le financement basé sur la performance, organisation des systèmes de santé et en épidémiologie. Enseignant-Chercheur à l'Institut National de Santé Publique (INSP), il est porteur du titre de Docteur (PhD) en Santé Publique conféré par l'Université Catholique de Louvain (UCL) en Belgique. Sa thèse de doctorat a porté sur « *Comprendre les résultats de l'intégration de nouvelles activités dans un montage de Financement Basé sur la Performance (FBP) existant : cas des indicateurs de la malnutrition dans les centres de santé du Burundi* ». Il enregistre à son actif plusieurs

publications dans des revues scientifiques internationales dont trois articles portent sur ce sujet de pilotage de la prise en charge de la malnutrition au moyen des indicateurs de performance. Avec son passage professionnel auprès des entités d'appui au MSPLS (10ème FED UE-AMAGARA MEZA, HNTPO), il a consolidé également son expertise sur l'élaboration des politiques ainsi que le suivi-évaluation de la mise en œuvre des différentes stratégies de renforcement du système de santé et plus particulièrement le suivi-évaluation de la mise en œuvre du Couple FBP-Gratuité.

A son actif, en plus du travail approfondi sur l'intervention FBP-Nutrition dans les FOSA du Burundi réalisé dans le cadre de sa thèse de Doctorat, il a effectué plusieurs évaluations pour le compte de différentes entités dont le MSPLS, ENABEL, UNICEF, BM, Ces diverses consultances réalisées lui confèrent une expertise avérée sur différentes interventions visant les services de santé essentiels, leur implémentation et les effets obtenus comparativement aux attentes dictées par les normes aussi bien nationales qu'internationales.

❖ **Médecin expérimenté en management de district sanitaire : Dr MANIRAMPA Juvénal**

Juvénal MANIRAMPA est actuellement, depuis bientôt trois ans, Chef de l'Unité Suivi-Evaluation et recherche Opérationnelle au sein du Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme. A ce titre, il est souvent membre du comité technique qui assure la Coordination des différentes enquêtes notamment les enquêtes EUV (*End User Verification*) réalisées les années 2017, 2018, 2019 et 2020 ; la collecte des données sur la durabilité des MIILDA, etc.....

Il possède une expérience avérée en ce qui est du management de district d'abord en tant que supervisé du Bureau de District Sanitaire en qualité de Directeur de l'hôpital de District pendant une année et demi, puis en tant que Manager du District (en qualité de Médecin Chef de District Sanitaire) pendant plus de deux ans et en tant que superviseur/encadreur du district sanitaire (en qualité de Médecin Directeur de la Province sanitaire) pendant environ deux ans. Notons que les activités du PNILP se font directement avec les différents districts sanitaires du pays.

❖ **Spécialiste en analyse des données : Mme MUNEZERO Florence**

Licenciée en Sciences Mathématiques avec un diplôme de master en Epidémiologie. Elle est actuellement chercheur enseignant et gestionnaire du Programme Master à l'Institut National de Santé Publique (INSP) et doctorante en Santé Publique, spécialité épidémiologie à l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah au Bénin. Sa thèse de doctorat porte sur : « *Evaluation de l'informatisation du système d'information hospitalier : structure, processus, effets, enjeux et perspectives au Burundi* ». Un des objectifs de sa thèse est de relever les effets de l'informatisation sur les vérifications des prestations quantitatives et qualitatives dans le cadre du FBP. En outre, elle a mené des recherches portant sur le système de santé en particulier sur le SIS et a participé comme consultante dans la conduite des études quantitatives (modélisation). Elle a une expérience dans la gestion des données du SNIS tant national qu'international (Madagascar, Bénin). Elle a également travaillé avec des organisations internationales comme USAID et CTB.

3.3.1.2. Identification des assistants

L'équipe de consultants s'est fait aider par huit (8) assistants expérimentés dans la collecte et la retranscription des données. Ils ont été identifiés dans la base des données de l'INSP constituée au fur et à mesure des différents travaux de recherche sur terrain à lui confiés par les différents partenaires/entités du MSPLS.

3.3.1.3. Formation des assistants

Peu avant le déploiement sur terrain pour la collecte, une formation des assistants a été conduite sur un jour étant donné que les candidats assistants devront se familiariser avec les outils de mise en œuvre du couple FBP-gratuité. Au cours de la formation, les exercices pratiques de simulation ont été effectués et ont permis de mieux s'imprégner des outils de collecte.

3.3.2. Collecte des données et répartition des tâches

La collecte des données sur terrain a duré 10 jours. Pour les données quantitatives, les téléphones Android ont été utilisés. Le logiciel web Open Data Kits (ODK) a été préalablement installé dans ces téléphones tout au début de la formation et les

questionnaires adaptés après le débriefing du pré-test . Pour les informations qualitatives, la collecte a été faite sur outils papiers et avec des enregistreurs.

Chaque assistant avait à visiter un CDS ou BDS par jour sous la supervision des consultants. Ces derniers avaient également à mener des entretiens avec les différents informateurs clés.

3.3.3. Traitement et analyse des données

Pour les données quantitatives, un programme robuste de saisie reflétant la structure du questionnaire a été développé sous une plateforme Web (ODK). Ce programme a été installé dans des téléphones androïdes. Les données saisies ont été régulièrement transmises sur le serveur pour l'apurement. Les données apurées ont été exportées vers le logiciel STATA 15 pour la sortie des tableaux et indicateurs.

Les données qualitatives collectées avec les guides d'entretien et les transcrits ont été codés et analysés thématiquement. Les thèmes récurrents ont été groupés.

3.3.4. Validation et Diffusion des résultats de l'étude

Les résultats issus de l'étude sont soumis au commanditaire de l'étude qui va analyser et valider les résultats produits par l'équipe de recherche. Cette dernière va intégrer toutes les observations et remarques qui seront formulées par les partenaires intervenant dans la mise en œuvre du programme de l'activité UE-PASS-FBP2 et les responsables des directions et départements du MSPLS du Burundi impliqués dans l'étude en l'occurrence la DGSSLS et la CT-FBP.

3.4.Considérations éthiques

La méthodologie qui a été utilisée dans cette étude a pris en compte les principes d'éthique suivants : le respect des personnes enquêtées, la maximisation des bénéfices que les utilisateurs des services de santé pouvaient tirer de cette étude et le principe de justice. Des efforts ont été faits pour protéger l'autonomie des individus, minimiser le mal que l'étude pouvait entraîner chez ces personnes et maximiser le bénéfice qu'elles pouvaient gagner, distribuer de façon équitable les risques et les bénéfices en utilisant des procédures

qui sont compatibles avec de bons protocoles de recherche qui prennent en compte ces questions. Cette étude ne présentait pas de risques physiques liés à des interventions physiques, comme le prélèvement de sang ou autres expériences sur le corps humain. Toute l'enquête était basée sur les échanges verbaux et l'observation.

Aucun participant n'a été interviewé sans son consentement oral. Avant la collecte des données, les enquêtés potentiels rencontrés dans les CDS/BDS ont été informés de la fiche de consentement et celle-ci leur a été lue par l'assistant.

Les participants étaient encouragés à contacter l'expert en Santé Publique & chef de mission et le Directeur de la Recherche à l'INSP, à n'importe quel moment pour discuter des sujets qu'ils pouvaient avoir sur l'étude.

4. LES RESULTATS

4.1. Description des sujets de l'étude

L'équipe d'étude n'a pas eu accès aux informations dans un CDS ainsi que dans deux bureaux des districts sanitaires (BDS) sur les 12 choisis. Ainsi, comme le montre le tableau ci-dessous, au total 62 CDS ont été enquêtés et la majorité était des CDS publics (75,8%). La majorité des répondants dans les CDS était des titulaires (77,4%) et au niveau des BDS, la majorité des répondants étaient des gestionnaires (60,0%).

Tableau 3 : Répartition des sujets d'étude selon leurs caractéristiques

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Statut des CDS (n = 62)		
Confessionnel	15	24,2
Public	47	75,8
Profil des répondants dans les CDS (n = 62)		
Titulaire du centre de santé	48	77,4
Titulaire Adjoint du CDS	12	19,4
Infirmier dans le service	1	1,61
Chef du service de promotion de la santé	1	1,61
Profil des répondants dans les BDS (n = 10)		
Chef de District	1	10,0
Superviseur	3	30,0
Gestionnaire des Ressources	6	60,0

4.2. Evaluation des effets de la performance des BDS sur la performance des CDS qui leurs sont rattachés

Cette section concerne l'analyse des scores de performance des BDS et des CDS obtenus dans le contexte du FBP ; il s'agit des scores obtenus avec les évaluations trimestrielles de la qualité technique. Les résultats sont présentés d'abord au niveau national pour la période de 2017 à 2020 et ensuite pour les districts de l'étude.

4.2.1. Comparaison des scores de performance entre les BDS et les CDS au niveau national

4.2.1.1. Comparaison des scores de performance des BDS et CDS pour la période de 2017 à 2020

Pour toute la période de 2017 à 2020, les scores moyens obtenus par les BDS sont supérieurs à ceux des CDS Comme le montre le graphique suivant ci-après.

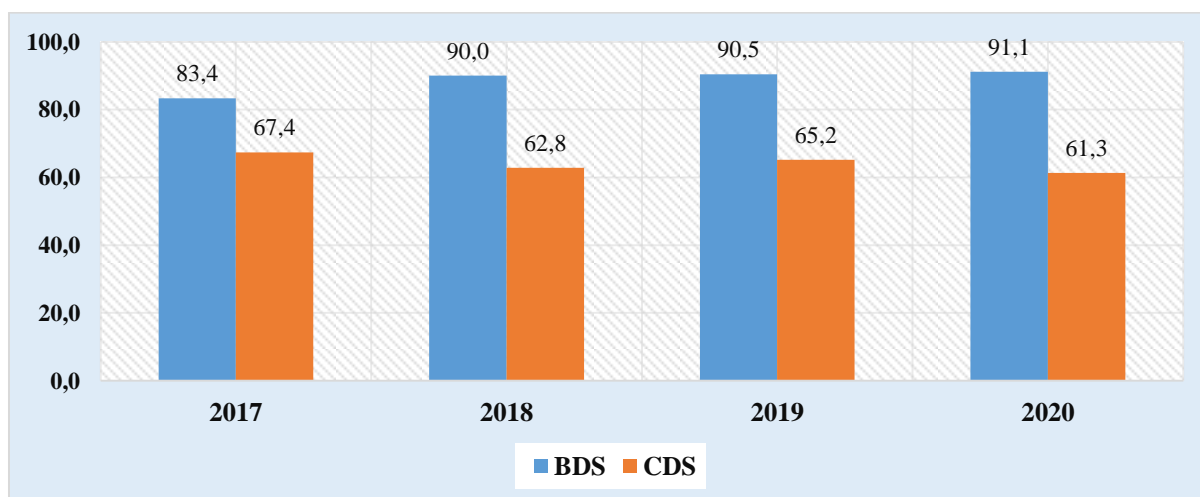


Figure 1 : Comparaison des scores de performance des BDS et CDS pour la période de 2017 à 2020

Le score de performance était respectivement de 83,4% ; 90,0% ; 90,5% et de 91,1% pour les BDS alors qu'il était de 67,4% ; 62,8% ; 65,2% et de 61,3% pour les CDS.

4.2.1.2. Analyse de corrélation entre les scores de performance des BDS et des CDS pour la période de 2017 à 2020

L'analyse de corrélation entre les scores de performance des BDS et ceux des CDS a été réalisée en utilisant les scores obtenus par trimestre, de 2017 à 2020.

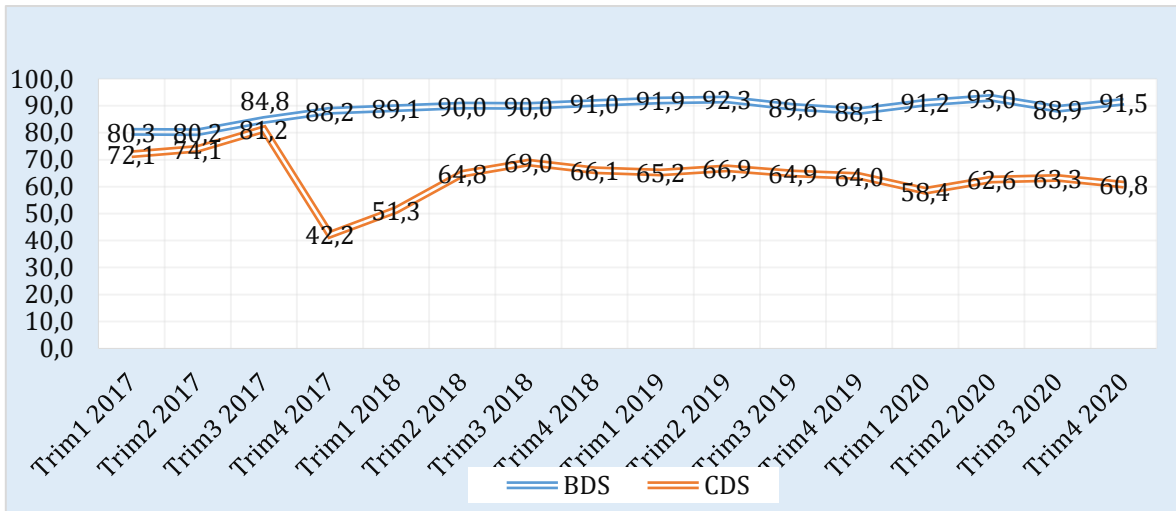


Figure 2 : Comparaison des tendances des scores de performance des BDS et des CDS

Le graphique ci-dessus montre que pour les 3 premiers trimestres de 2017, les deux scores de performance ont évolué dans le même sens, les écarts étaient également de moins de 10%. A partir du 4^{ème} trimestre de 2017, les scores de performances des CDS ont chuté sensiblement et les écarts avec les scores obtenus par les BDS sont devenus de plus en plus important.

Nous avons cherché à dégager le niveau de corrélation entre les deux courbes :

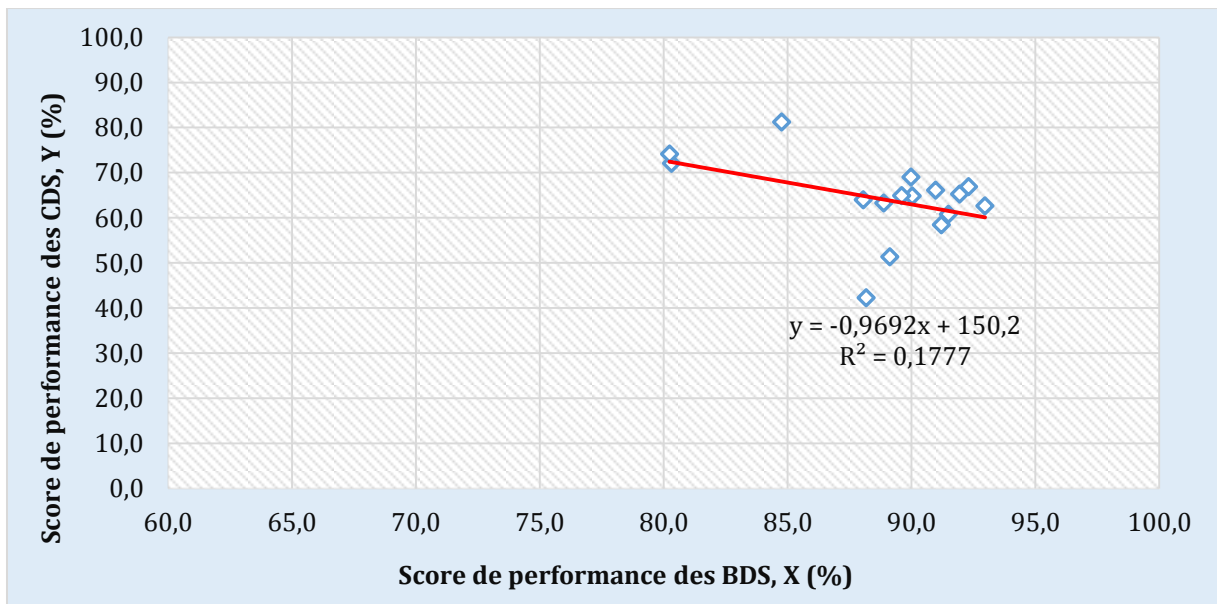


Figure 3 : Analyse de corrélation entre les scores de performance des BDS et des CDS

Ainsi, le graphique ci-dessus montre que la corrélation entre les deux scores de performance est faible car le coefficient de corrélation est de 0,4215 (racine carré du coefficient de détermination $R^2 = 0,1777$). De plus, la contribution des BDS dans la

performance des CDS est très faible à hauteur de moins de 20% ; ce qui veut dire d'après ce graphique que 17,8% du score de performance des CDS sont expliqués par les scores de performance des BDS. D'après le modèle, plus la performance des BDS augmente de 1%, plus celle des CDS diminue de 0,9692. Les données associées à ce graphique sont les scores moyens obtenus par trimestre, de 2017 à 2018.

4.2.2. Comparaison des scores de performance entre les BDS et les CDS d'étude

4.2.2.1. Comparaison des scores de performance des BDS et CDS pour la période de 2017 à 2020

Nous avons considéré par la suite les BDS d'étude et avons collecté les informations sur les scores de performance obtenus lors des différentes évaluations trimestrielles de 2017 à 2020. Les résultats sont synthétisés sur le graphique qui suit :

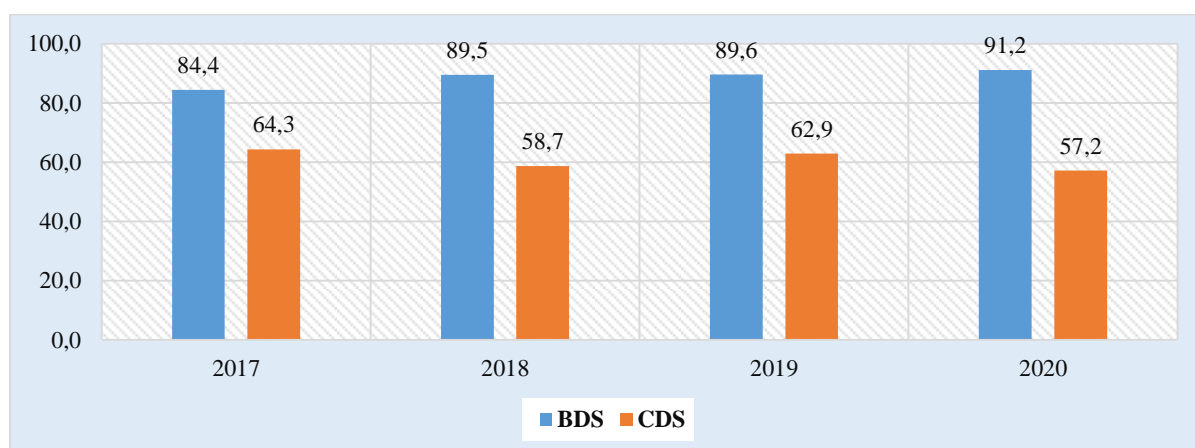


Figure 4 : Comparaison des scores moyens de performance des BDS et CDS pour la période de 2017 à 2020

Il ressort que les scores moyens obtenus par les BDS qui étaient inclus dans l'étude sont supérieurs à ceux des CDS rattachés à ces districts sanitaires, pour la période de 2017 à 2020. En effet, le score moyen de performance était respectivement de 84,4% ; 89,5% ; 89,6% et de 91,2% pour les BDS alors qu'il était de 64,3% ; 58,7% ; 62,9% et de 57,2% pour les CDS au cours de la même période.

4.2.2.2. Analyse de corrélation entre les scores de performance des BDS et des CDS pour la période de 2017 à 2020

L'analyse de corrélation entre les scores de performance des BDS d'étude et ceux des CDS y rattachés a été réalisée en utilisant les scores obtenus par trimestre, de 2017 à 2020.

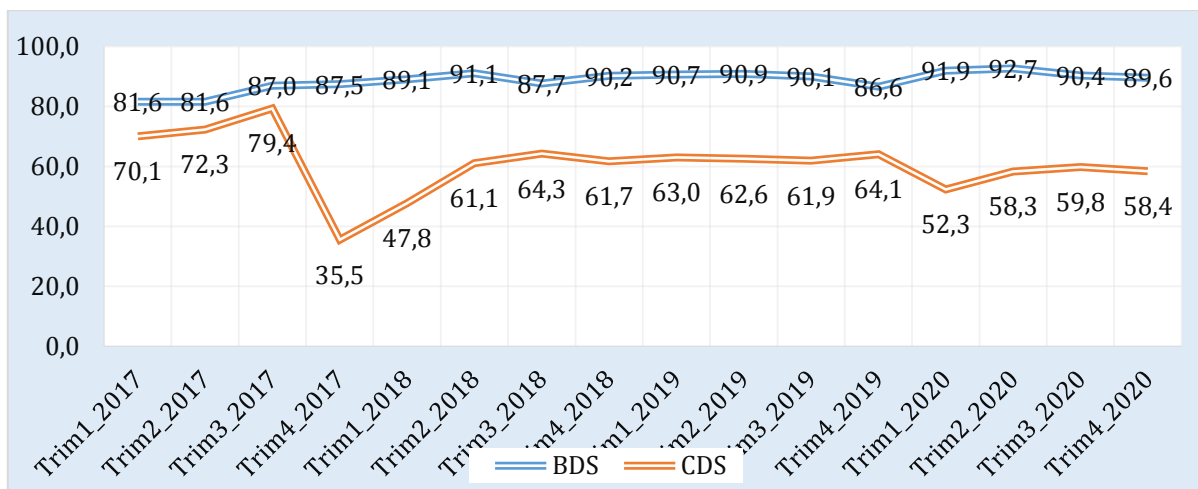


Figure 5 : Comparaison des tendances des scores de performances des BDS et des CDS

Le graphique ci-dessus montre que pour les 3 premiers trimestres de 2017, les deux scores de performance ont évolué dans le même sens, les écarts étaient moins importants comparativement à la période qui a suivi et correspondant au début du 4^{ème} trimestre de 2017, les scores de performances des CDS ont chuté sensiblement et ceux obtenus par les BDS sont restés stagnants et variaient entre 86% et 92%.

Nous avons par la suite cherché la corrélation comme le montre le graphique suivant :

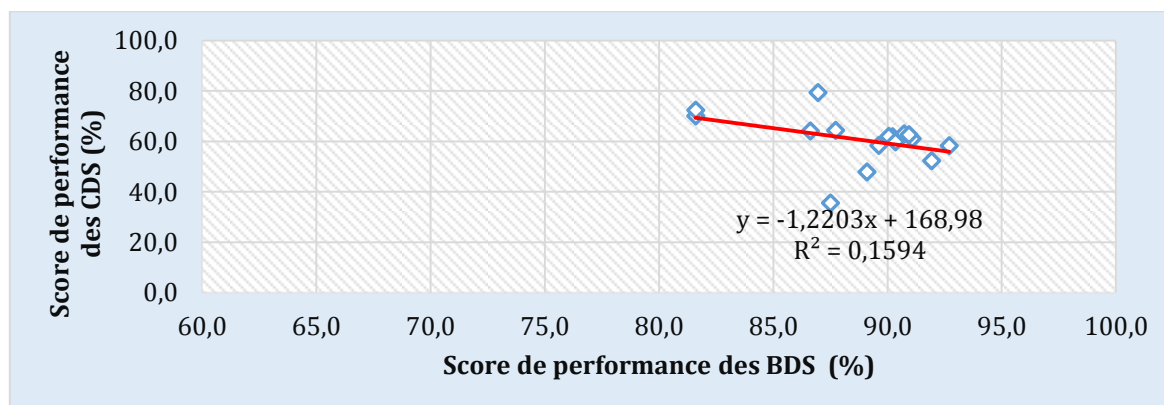


Figure 6 : Analyse de corrélation entre les scores moyens de performance des BDS et des CDS

Il ressort de ce graphique que la corrélation négative trouvée entre les deux scores

moyens de performance (BDS d'étude versus CDS y rattachés) est très faible car le coefficient de corrélation est : 0,3992 (racine carré du coefficient de détermination $R^2=0,1594$). Ceci signifie par ailleurs que 15,9% du score moyen de performance des CDS sont la seule contribution des scores de performance des BDS. De même, selon le modèle, plus la performance des BDS augmente d'1%, plus celle des CDS diminue de 1,2203. Les données associées à ce graphique sont les scores moyens obtenus par trimestre, de 2017 à 2018 (*cfr figure 5*).

4.3. Mesure des performances des BDS et CDS d'étude

4.3.1. Etat des lieux des performances au niveau des CDS

4.3.1.1. La coordination

4.3.1.1.1. Administration et gestion

Dans cette rubrique de coordination au niveau des CDS, nous avons cherché à connaître d'abord l'état des lieux par rapport à l'administration et gestion. Les données collectées sont synthétisées dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Répartition des CDS selon l'organisation de l'administration

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Le CDS dispose un COSA	62	45	72,6
Le CDS dispose d'un comité de gestion	62	36	58,1
Le CDS dispose d'un comité de gestion FBP	62	21	33,9
Evaluation régulière des membres du personnel	62	33	53,2
Existence des rapports ou registres de ces évaluations	33	22	66,7
Le CDS procède régulièrement à l'inventaire des stocks de médicaments du CDS	62	49	79,0
Elaboration du budget de l'exercice 2020-2021	62	49	79,0
Le CDS dispose d'un registre de supervision informant sur les visites de supervision ou d'appui technique	62	58	93,5

Il ressort des résultats repris dans le tableau ci-dessus que sur les 62 CDS de l'étude ; 72,6% des CDS disposaient des COSA ; 58,1% disposaient des comités de gestion et 33,9% de ces CDS disposaient des comités de gestion FBP.

Bien plus ; 53,2% de ces CDS faisaient des évaluations régulières des membres du personnel et pour 66,7% il existait des rapports ou registres de ces évaluations. Une proportion de 79,0% des CDS procédaient régulièrement à l'inventaire des stocks de médicaments du CDS.

Nous nous sommes intéressés par ailleurs aux outils indispensables pour l'administration/gestion de la structure sanitaire ;

Tableau 5 : Disponibilité des outils de gestion/administration

Les documents suivants, étaient présents et à jour au sein du CDS	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Organigramme de la structure	62	33	53,2
Registre des présences	62	56	90,3
Registre de garde	62	52	83,9
Contrats de travail du personnel propre à la structure	62	51	82,2
Fiches de poste	62	25	40,3
Registre / fiches de suivi des formations	62	11	17,8
Suivi des accidents du travail/	62	5	8,1
Documents de statut du personnel	62	25	40,3

Le tableau ci-dessus montre alors que les registres des présences étaient disponibles dans 90,3% des CDS alors que le document de suivi des accidents du travail n'était disponible que dans 8,1% des CDS de l'étude.

4.3.1.1.2. Tenue des réunions

Nous avons cherché à savoir à quel degré les CDS d'étude organisent des réunions. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau 6 : Organisation des réunions au niveau des CDS

Organisation des réunions dans les CDS	Oui		Non	
	n	%	n	%
Existence des PV de la réunion mensuelle d'évaluation de l'exécution du PAS (n=62)				
pour le mois de Juillet	29	46,8	33	53,2
pour le mois d'Août	27	43,5	35	56,5
pour le mois de Septembre	25	40,3	37	59,7
Participation effective dans les réunions pour Août (n=27)				
Au moins 70% de tout le personnel du CDS	25	92,6	2	7,4
Le président du COSA	20	74,1	7	25,9
Le vice-président du COSA	18	66,7	9	33,3
Le président du COGES	20	74,1	7	25,9
Le président du GASC	20	74,1	7	25,9
Les éléments retrouvés dans les PV pour Août (n =27)				
Le suivi des recommandations précédentes	25	92,6	2	7,4
Les problèmes relevés lors la mise en œuvre	21	77,8	6	22,2
Les actions proposées	24	88,9	3	11,1
Les responsables	19	70,4	8	29,6
Les échéances de mise en œuvre	21	77,8	6	22,2
Les éléments retrouvés dans les PV pour Septembre (n = 25)				
Le suivi des recommandations précédentes	22	88,0	3	12,0
L'évaluation des actions proposées	15	60,0	10	40,0
Le S&E en rapport avec le problème identifié en Août	11	44,0	14	56,0
Les observations des superviseurs y sont présentés et le suivi des recommandations effectué	15	60,0	10	40,0
Les observations des équipes de vérificateurs du CPVV y sont présentées également aux participants et le suivi des recommandations effectué	11	44,0	14	56,0

Ainsi, il ressort des résultats ci-dessus qu'il existait des PV des réunions mensuelles d'évaluation de l'exécution du PAS pour moins de 50% des CDS visités (respectivement 46,8%, 43,5% et 40,3%, pour les mois de juillet, Août et septembre.

Par rapport à la participation, les réunions tenues en Août dans 92,6% des CDS qui avaient pu montrer le PV avaient au moins connu la participation de 70% de tout le

personnel dans ces réunions. Il est à noter cependant l'absence du Président du COSA et celui du COGES dans ces réunions dans plus de 25% des CDS de l'étude.

En ce qui est des sujets traités, s'il est vrai que sur la majorité des PV d'août (pour environ 93% des CDS), on y trouve systématiquement le suivi des recommandations précédentes, les échanges sur les problèmes relevés lors de la mise en œuvre, les responsables des actions proposées ainsi que les échéances ne sont pas systématiquement retrouvées dans environ 25% des CDS.

Bien plus et en considérant le mois suivant, le suivi évaluation par rapport au mois précédent ainsi que les échanges sur les observations des vérificateurs du CPVV ne sont objectivées que dans moins de 45% des CDS.

4.3.1.1.3. Collecte, analyse et utilisation de l'information sanitaire pour l'amélioration de la qualité des services

Nous sommes également intéressés au système national d'information sanitaire. En premier lieu, nous avons cherché à savoir ce qu'il en est de la tenue des réunions mensuelles d'analyse des données SIS et le feedback sur les procès-verbaux de ces réunions. Les résultats sont repris sur la figure ci-dessous :

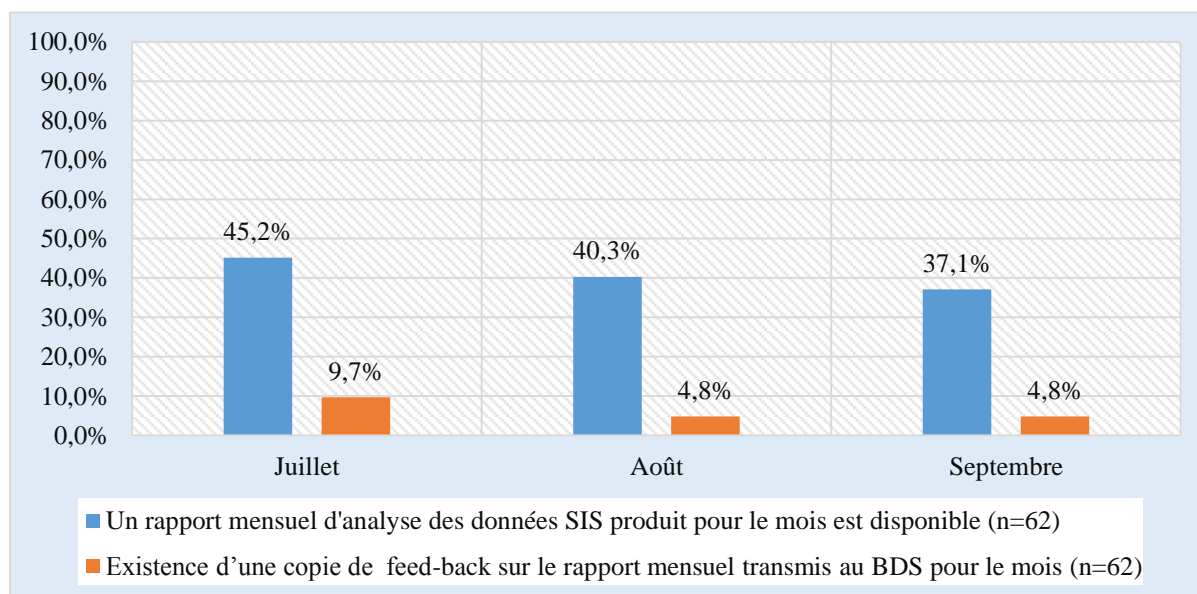


Figure 7 : Procès-verbaux des réunions mensuelles d'analyse des données SIS

Ainsi, nous déduisons de ces résultats que la majorité des CDS n'avaient pas des compte rendus des réunions mensuelles d'analyse des données SIS disponibles physiquement avec respectivement 45,2% pour le mois de juillet ; 40,3% pour le mois d'août et 37,1%

pour le mois de septembre. Moins de 10% des CDS avaient reçu les feedback sur les compte rendus de ces réunions d'analyse des données transmis au BDS (juillet : 9,7%; Août : 4,8% et en septembre : 4,8%).

Pour le peu de feedback retrouvés, nous avons analysé les éléments qui ont fait objet de point d'attention du BDS vers le CDS comme le montrent les résultats repris dans le tableau ci-après :

Tableau 7 : Répartition des CDS selon le contenu des feedbacks des rapports d'analyse des données SIS

Le feedback pour le mois porte à chaque fois sur :	Juillet (n = 6)	Août (n = 3)	Septembre (n = 3)
	n (%)	n (%)	n (%)
La Promptitude	4 (66,7)	2 (66,7)	2 (66,7)
La Complétude	4 (66,7)	2 (66,7)	2 (66,7)
L'exactitude	2 (33,3)	2 (66,7)	2 (66,7)
les actions correctrices proposées	2 (33,3)	2 (66,7)	2 (66,7)
les échéances de mise en œuvre	2 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)

Les résultats montrent que les feedback pour les trois mois portaient sur la complétude (66,7%), la promptitude (66,7%) alors que les échéances de mise en œuvre apparaissaient dans peu de feedback (33,3%) pour les trois mois d'étude

Idéalement, toute analyse des données mensuelles doit porter au moins sur cinq indicateurs qui sont : (1) accouchements assistés par un personnel qualifié, (ii) vaccination, (iii) PF, (iv) CPN et (v) fréquentation des services de consultation curative. Le niveau du focus sur ces indicateurs lors des différentes réunions d'analyse est présenté sur le graphique ci-dessous :

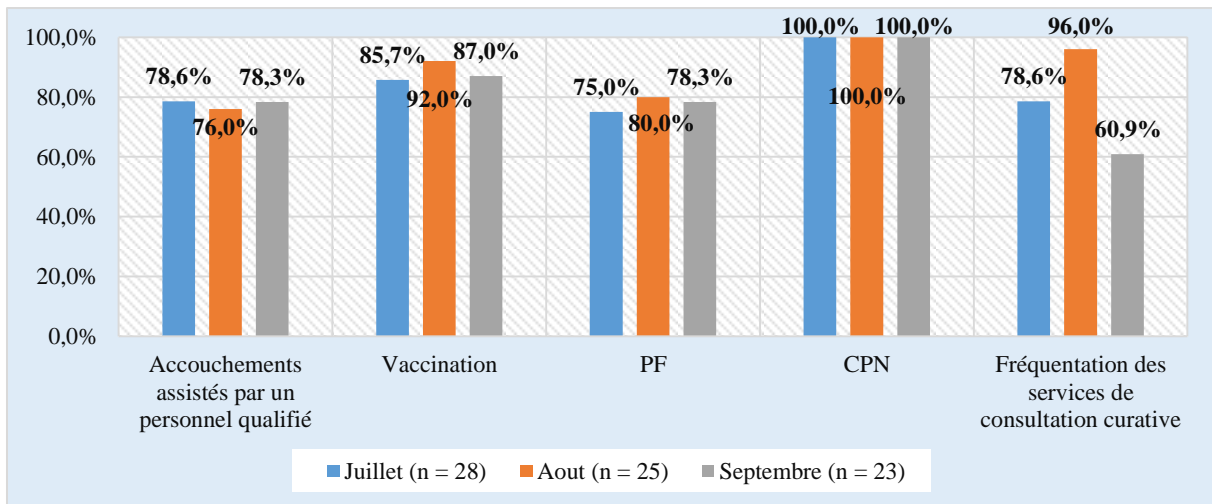


Figure 8 : état d'analyse des 5 indicateurs clés dans les rapports d'analyse des données SIS

Nous constatons que l'indicateur concernant la CPN était retrouvé dans tous les rapports d'analyse (100%). Pour le mois de Septembre, l'indicateur concernant la *fréquentation des services de consultation curative* n'était pas retrouvé dans environ 40% des rapports d'analyse des données mensuelles SIS.

Par rapport aux profils des participants dans ces réunions d'analyse des données SIS, le tableau 8 ci-dessous montre l'état des lieux :

Tableau 8 : Profil des participants dans les réunions d'analyse des données SIS

Le PV pour le mois montre la participation du :	Juillet (n = 28)	Aout (n = 25)	Septembre (n = 23)
	n (%)	n (%)	n (%)
personnel qualifié du centre de santé	24 (85,7)	22 (88,0)	20 (87,0)
président du COSA	24 (85,7)	20 (80,0)	18 (78,3)
président du COGES	23 (82,1)	21 (84,0)	17 (73,9)
président du GASC	23 (82,1)	20 (80,0)	20 (87,0)

Il ressort du tableau ci-dessus que s'il est vrai que la participation du personnel qualifié est retrouvé dans plus de 85% des CDS sur les trois mois considérés, on note l'absence du président du COSA dans les proportions de 15%, 20% et 21% respectivement pour les mois de juillet à Septembre. Ceci est ainsi au moment où cet acteur est celui qui co-signe avec le titulaire le Plan d'action ainsi que le contrat avec le CPVV.

4.3.1.1.4. Disponibilités des intrants nécessaires pour mener les activités dans les CDS

Pour sa fonctionnalité optimale, le CDS doit disposer des intrants nécessaires. L'un des éléments qui aide à assurer la disponibilité de ces ressources est une tenue correcte des documents de gestion. Le tableau ci-dessous montre la situation retrouvée dans les 62 CDS d'étude.

Tableau 9 : Disponibilité au CDS des documents de gestion (n=62)

Documents de gestion des intrants	Oui		Non	
	n	%	n	%
Existence d'un rapport de suivi du plan d'approvisionnement mensuel en matériel et consommables non médicaux	36	58,1	26	41,9
Existence d'un rapport de suivi des investissements prévus dans le plan d'action semestriel	35	56,4	27	43,6
Les fiches de stock du matériel et consommables non médicaux indiquent que tous les services du CDS n'ont connu aucune rupture de stock au cours du trimestre évalué	42	67,7	20	32,3
Existence dans le PAS d'un calendrier de formation en cours d'emploi du personnel du CDS de l'étude validé par l'ECD	17	27,4	45	72,6
Existence des copies de rapports de formation d'au moins 70% des formations planifiées	14	22,6	48	77,4

Il ressort des résultats de ce tableau ci-dessus que les rapports de suivi relatifs au plan d'approvisionnement mensuel en matériel et consommables non médicaux et aux investissements prévus dans le plan d'action semestriel n'ont pas été retrouvés dans plus de 40% des CDS de l'étude. D'un autre côté, il est clair que plus de 30% des CDS avaient connu une rupture de stock en matériel et consommables non médicaux au cours du trimestre précédent l'étude.

S'agissant des ressources humaines, l'existence dans le PAS d'un calendrier de formation en cours d'emploi du personnel du CDS validé par l'ECD n'a pas été objectivée dans plus de 70% des CDS au moment où les rapports de formation d'au moins 70% des formations planifiées ne l'ont pas été dans plus de 75% de ces CDS.

4.3.1.1.5. La gestion financière et comptable du centre de santé respecte les bonnes pratiques

Un autre produit attendu des CDS qui a retenu l'attention de l'étude est en rapport avec le respect des bonnes pratiques de gestion financière et comptable. Les données sur la situation dans les 62 CDS de l'étude sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau 10 : Respect des procédures de gestion financière et comptable

Procédures de gestion financière et comptable	Total	Oui		Non	
		n	%	n	%
Existence du manuel des procédures administratives, financières et comptables des CDS	62	41	66,1	21	33,9
Existence d'une copie rapport de supervision financière faite par le BDS (au 1er Semestre)	62	10	16,1	52	83,9
Le respect des seuils sur caisse	10	9	90,0	1	10,0
L'état du rapprochement bancaire mensuel	10	9	90,0	1	10,0
La concordance entre les livres des recettes avec le quittancier	10	10	100,0	0	0,0
L'existence d'un document d'autorisation pour chaque dépense	10	9	90,0	1	10,0
Concordance des écritures comptables du livre des dépenses avec les pièces justificatives	10	9	90,0	1	10,0
Archivage des documents comptables*	10	10	100,0	0	0,0
Inventaire mensuel de chacune des caisses	10	10	100,0	0	0,0
Etat de la fiche de suivi des dettes de la pharmacie et autres dettes	10	9	90,0	1	10,0
Etat de la fiche de suivi des créances	10	9	90,0	1	10,0
La présentation du rapport d'exécution budgétaire en réunion mensuelle SIS	10	8	80,0	2	20,0
L'endossement par le Président du COSA du rapport d'exécution budgétaire	10	7	70,0	3	30,0
Existence dans la copie du rapport de suivi du PAS du taux d'exécution des dépenses prévues pour le mois concerné ;	62	22	35,5	40	64,5

**documents comptables : livres de caisse, livre de banque, historique de compte, extrait bancaire, les facturiers ou quittanciers, les factures et chéquiers, etc...*

Nous constatons que plus de 30% des CDS de l'étude n'ont pas à leur disposition d'un manuel des procédures administratives, financières et comptables. Bien plus, seuls 16% (10) des CDS de l'étude avaient connu une supervision financière au cours du 1^{er} semestre de l'année 2021.

Pour ces CDS dont les services en charge de la gestion administrative, financière et comptable avaient été supervisés, nous avons exploré les rapports de supervision pour déceler les principaux points d'attention des superviseurs. Il est clair que les éléments sur lesquels chaque superviseur devrait se focaliser l'ont été pour la majorité de ces CDS supervisés.

Par ailleurs, nous constatons malheureusement que 65% (40) des CDS ne renseignent pas sur le taux d'exécution des dépenses prévues pour le mois concerné dans le rapport de suivi du PAS.

4.3.1.1.6. Information logistique des médicaments

Nous avons également focalisé notre attention sur la collecte de l'information logistique des médicaments. Nous avons synthétisé les données en rapport avec la formation/recyclage des gestionnaires des pharmacies et la supervision dans le tableau qui suit :

Tableau 11 : Etat des lieux sur la supervision, la formation en gestion pharmaceutique

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage(%)
Date de la dernière supervision en pharmacie (n = 53)		
Moins de 3 mois	19	35,9
Entre 3 mois et 6 mois	20	37,7
Plus de 6 mois	14	26,4
Date de la dernière formation/recyclage en pharmacie (n = 21)		
Moins de 3 mois	13	61,9
Entre 3 mois et 6 mois	2	9,5
Plus de 6 mois	6	28,6

Les résultats repris dans le tableau ci-dessus montrent que sur les 62 gestionnaires des pharmacies des CDS de l'étude, seuls 53 se souvenaient de la date de la dernière supervision en pharmacie au moment où seuls 21 se souvenaient de la dernière date de leur formation/recyclage en pharmacie. Nous pouvons constater que dans plus de 25% de ces CDS, la supervision datait de plus de six mois. En ce qui est de la dernière formation/recyclage, sur les 21 CDS ayant répondu à la question y relative, leur formation/recyclage datait de plus de six mois pour environ 29% d'entre eux..

4.3.1.2. La supervision

Pour une meilleure offre des soins aussi bien curatifs que préventifs, les CDS doivent être supervisés par l'ECD pour un renforcement des capacités. Nous avons cherché à savoir si ces supervisions ont eu lieu durant l'année précédant l'étude. Pour cela, il a été considéré la disponibilité des rapports de supervision comme preuves que ces supervisions ont eu lieu. Les résultats sont donnés dans le tableau qui suit :

Tableau 12 : Disponibilité des copies de rapports de supervision pour la période allant d'Octobre 2020 à Septembre 2021

	Total (N)	Rapport de supervision des activités curatives		Rapport de supervision des activités préventives	
		n	%	n	%
Aucun rapport	62	46	74,2	51	82,3
2 à 3 rapports	62	9	14,5	7	11,3
4 à 5 rapports	62	5	8,1	3	4,8
6 rapports	62	2	3,2	1	1,6

Le constat est que les copies des rapports de supervision des activités préventives n'ont été objectivées que dans seulement moins de 20% des CDS de l'étude alors que pour les activités curatives, elles l'ont été dans moins de 35% de ces CDS. Au moment où on s'attend à avoir six supervisions au cours de l'année étant donné que le rythme de supervision est bimestrielle, il a été constaté un CDS avec six rapports mais portant uniquement sur les activités préventives tandis que pour deux CDS, les six rapports objectivés rapportent la supervision sur les activités curatives. Globalement, sur un total d'au moins 372 rapports de supervision attendus, seuls 99 (27%) ont été objectivés au niveau des CDS de l'étude ; soit 58 relatifs à la supervision des activités curatives et 41 se rapportant aux activités préventives.

Il a été procédé par la suite à l'analyse du contenu des rapports de supervision trouvés au niveau des CDS de l'étude.

Tableau 13 : Contenu des copies de rapports de supervision pour la période allant d'Octobre 2020 à Septembre 2021

Eléments disponibles dans le rapport	Rapports de supervision			
	activités curatives N = 58		activités préventives N = 41	
	n	%	n	%
Les activités supervisées	57	98,3	41	100,0
Les objectifs de la supervision	58	100,0	41	100,0
Le suivi des engagements pris lors de la supervision précédente	56	96,6	41	100,0
Les problèmes soulevés par le personnel supervisé	57	98,3	40	97,6
Les points forts et les points faibles identifiés	57	98,3	40	97,6
Les recommandations formulées, y compris les responsables et délais de mise en œuvre	58	100,0	41	100,0
La liste des personnes supervisées/rencontrées	56	96,6	41	100,0

Ainsi, nous pouvons constater que globalement, sans entrer en profondeur sur la cohérence, les éléments attendus au minimum d'un rapport de supervision s'y trouvaient dans plus de 96% de ces rapports. Enfin sur cette rubrique de supervision, il a été procédé à vérifier si les ECD remettent un feedback immédiat aux CDS visités juste après la supervision. De même, il a été évalué si les rapports de supervision rédigés après la supervision sont transmis dans les délais aux CDS supervisés (sous huitaine). Les données y relatives sont synthétisées dans le tableau ci-après :

Tableau 14 : Existence des feed-back à l'issue de la supervision

	Total	Oui		Non	
		n	%	n	%
Existence au CDS d'une copie de feed-back immédiat à l'issue de la supervision					
Supervision préventive	62	12	19,4	50	80,6
Supervision Curative	62	14	22,6	48	77,4
Le rapport de supervision du CDS lui a été transmis sous huitaine					
Supervision préventive	62	4	6,5	58	93,5
Supervision Curative	62	5	8,1	57	91,9

Il ressort de ces données présentées dans ce tableau ci-dessus que les feedback immédiats à l'issue des supervisions n'ont pas été objectivés dans plus de 77% et 80% respectivement pour la supervision des activités curatives et celle des activités préventives. S'agissant de la transmission de la copie du rapport de supervision, elle a été faite sous huitaine uniquement dans moins de 10% des CDS et cela pour toutes les deux catégories de supervision.

4.3.1.3. L'encadrement des ASC par le centre de santé

Nous nous sommes intéressés au chapitre de la promotion de la santé et participation communautaire. En effet, il est attendu de la part des CDS un bon encadrement des ASC en vue de renforcer leur contribution à l'amélioration de la santé de la population.

Les données en rapport avec l'appui apporté par les CDS aux GASC de leurs ressorts sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau 15 : Disponibilité et contenu des rapports d'appui technique des CDS dans l'encadrement des ASC

	Total	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Existence d'une copie de rapport d'appui technique du CDS dans l'encadrement des ASC	62	33	53,2
Le rapport contient la tenue des réunions avec les GASC	33	30	90,9
Le rapport contient les éléments du rapport d'activités des GASC en lien avec leur cahier de charge	33	31	93,9
Le rapport contient l'exécution du calendrier des descentes sur terrain	33	17	51,5
Le rapport contient l'élaboration et exécution du plan de formation des acteurs communautaires (inclus dans le PAS)	33	20	60,6

Il ressort de ces résultats repris dans le tableau ci-dessus que près de la moitié des CDS de l'étude (47%) n'avaient pas de copies de rapport d'appui technique des CDS dans l'encadrement des ASC pour attester de cet appui. Par la suite, il a été procédé à l'analyse de ces rapports disponibles. Ainsi, s'il est vrai que plus de 90% de ces rapports contenaient les informations sur la tenue des réunions avec les GASC (90,9%) et celles sur le rapport d'activités des GASC en lien avec leur cahier de charge (93,9%), il est clair que les éléments en rapport avec l'exécution du calendrier des descentes sur terrain et l'élaboration et l'exécution du plan de formation des acteurs communautaires (inclus dans le PAS) ; ne sont pas retrouvées dans respectivement près de la moitié (48,5%) et environ 40% (39,4%) des CDS ayant présenté un rapport d'encadrement des ASC.

Par ailleurs, il a été question de savoir s'il existe au niveau de chaque CDS un point focal santé communautaire qui est nommé par le titulaire au cas où il n'y aurait pas de TPS affecté spécifiquement à ce CDS

Les résultats sont donnés sur figure suivante :

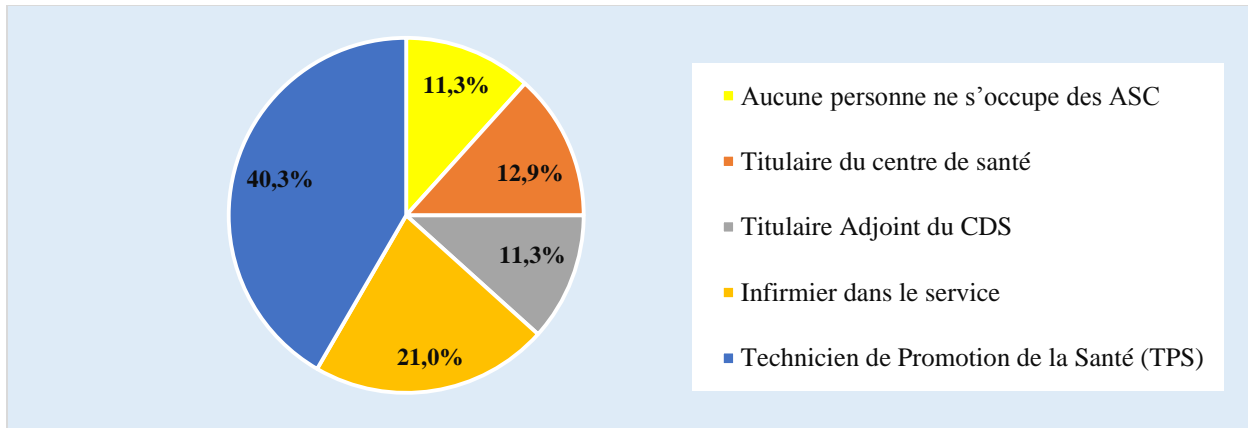


Figure 9 : Profil des personnes qui encadrent les ASC

Il ressort en effet que malgré tout les TPS ne sont présents et s'occupent de l'encadrement des ASC que dans moins de la moitié (40%) des CDS de l'étude. Dans les CDS sans TPS, les ASC sont encadrés majoritairement par un infirmier. Il est noté que 11% des CDS de l'étude n'ont pas de personne dédiée à l'encadrement des ASC.

4.3.1.4. Disponibilité du matériel et équipement

Nous avons cherché à savoir si le dispositif pouvant servir de production et transmission des documents administratifs ainsi que la communication avec l'ECD et la FOSA de référence sont disponibles au niveau des CDS de l'étude. Les résultats sont donnés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Disponibilité du matériel clé pour la communication et le rapportage

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Le CDS dispose d'un téléphone portable pour la RCR	62	40	64,5
Le CDS dispose d'un ordinateur fonctionnel	62	46	74,2
Le CDS dispose d'une imprimante fonctionnelle	62	41	66,1
Le CDS dispose d'une connexion internet	62	16	25,8

Il ressort de ces résultats que globalement l'équipement informatique est disponible dans plus de 65% des CDS visités au moment où la possibilité de communiquer par téléphone

portable avec le niveau de référence des patients est disponible dans environ 65% de ces CDS. Il est à noter que seuls 25,8% de ces CDS disposaient d'une connexion internet.

4.3.2. Etat des lieux des performances au niveau des BDS

4.3.2.1. Coordination et gestion des ressources

4.3.2.1.1. Réunions hebdomadaires de Coordination de l'ECD

Il est attendu que l'Equipe Cadre du District assure le leadership du District Sanitaire. Ceci s'effectue en premier par l'organisation des réunions hebdomadaires de l'ECD qui doivent obligatoirement connaître la présence effective du Médecin Chef de District et du Médecin Directeur de l'Hôpital à au moins 3 de ces réunions, ainsi que 80% au minimum des autres membres de l'ECD. Il a été procédé à la vérification si cette exigence est remplie par les ECD des BDS visités pour les mois de juillet, Août et Septembre. La tenue de ce genre de réunions n'a été objectivée que dans deux BDS seulement sur les 10 qui ont été visités. Les données recueillies en rapport avec la participation de ces deux responsables sont présentées dans le tableau qui suit :

Tableau 17 : Participation du MCD et MDH dans les réunions hebdomadaires

Le PV pour le mois montre la participation de :	Total (N)	Juillet n (%)	Août n (%)	Septembre n (%)
MCD et MDH	8	5 (62,5)	6 (75,0)	2 (25,0)
MCD	8	4 (50,0)	3 (37,5)	1(12,5)

Il ressort de ces données que pour les deux districts de l'étude ; sur un total de 8 PV attendus pour le mois concerné, la présence simultanée dans ces réunions du MCD et MDH a été objectivée dans plus de 60% des PV attendus soit pour les mois de Juillet et Août mais a été rare (25%) pour le mois de septembre. Il est constaté également l'absence dans ces réunions du MCD objectivée dans plus dans 60% des PV consultés pour le mois d'Août et Septembre.

Nous avons par la suite cherché à savoir si les éléments recommandés comme devant faire objet de l'ordre du jour l'ont été effectivement. Pour cela nous avons considéré les procès-verbaux que nous avons trouvés en juillet dans ces deux BDS. Les résultats obtenus sont repris dans le tableau suivant :

Tableau 18 : Points discutés lors des réunions hebdomadaires de juillet

Les PV font ressortir les points suivants discutés lors de ces réunions	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
L'organisation et le fonctionnement des centres de santé	5	1	20,0
Le suivi des mécanismes de référence et contre référence	5	1	20,0
L'analyse des recommandations des supervisions effectuées, des audits cliniques et des feedback du CPVV	5	2	40,0
L'analyse du rapport mensuel du district et des rapports SIS de chaque formation sanitaire	5	1	20,0
Les problèmes relevés	5	2	40,0
Les actions proposées	5	2	40,0
Responsables	5	0	0,0
Echéances de mise en œuvre	5	1	20,0

En considérant les PV du mois de juillet, nous constatons que ces points sont rarement abordés en tout cas majoritairement uniquement dans 20% des PV consultés.

Nous avons par ailleurs voulu analyser la cohérence entre les réunions hebdomadaires du mois en cours par rapport à celles du mois passé. Ainsi, nous avons considéré les PV trouvés pour le mois d'Août et les données recueillies sont reprises dans ce tableau qui suit :

Tableau 19: Points discutés lors des réunions hebdomadaires d'Août

Les PV font ressortir les points suivants discutés lors de ces réunions	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Le suivi des recommandations de juillet	6	2	33,3
Le suivi des actions proposées en juillet par rapport aux échéances de mise en œuvre	6	2	33,3

Ainsi, il ressort que la suite logique entre les réunions n'a été décelée que dans deux PV seulement sur les six identifiés au niveau des deux BDS.

4.3.2.1.2. Réunions mensuelles d'analyse des données

En deuxième lieu, le leadership du district sanitaire doit s'effectuer au travers de l'organisation d'une réunion mensuelle d'analyse des données SIS. Il a été procédé à l'évaluation de l'effectivité de l'exercice de cette action dans les 10 BDS visités comme le montrent les résultats repris dans le tableau suivant :

Tableau 20: Disponibilité des rapports des réunions mensuelles d'analyse des données

Nombre de PV de réunions disponibles pour le mois de :	Total (N)	n (%)
Juillet	10	2 (20,0)
Aout	10	2 (20,0)
Septembre	10	1 (10,0)

Il ressort que les rapports mensuels d'analyse des données SIS produits étaient disponibles dans 20,0% des BDS pour les mois de juillet et Août (il s'agit seulement de deux BDS qui ont pu montrer les PV pour ces deux mois) et dans 10,0% des DS pour le mois de septembre (un des deux BDS qui en avaient les mois passés).

La réunion doit aboutir à un rapport qui doit contenir certains éléments indispensables. Nous avons alors considéré les 5PV trouvés et avons analysé ces éléments obligatoires qui sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 21 : Contenu des rapports mensuels d'analyse des données SIS

le rapport contient les éléments suivants	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Le suivi des recommandations précédentes	5	3	60,0
L'évolution d'au moins 5 des principaux indicateurs	5	2	40,0
Les problèmes relevés	5	3	60,0
Les actions correctrices proposées	5	3	60,0
Responsables	5	1	20,0
Echéances de mise en œuvre	5	2	40,0

Il ressort de ces résultats que l'analyse de l'évolution d'au moins 5 des principaux indicateurs ainsi que les échéances de mise en œuvre des actions correctrices proposées

pour faire face aux problèmes identifiés sont retrouvés dans moins de 50 % des rapports considérés. Les responsables pour ces actions quant à eux le sont dans uniquement 20% des rapports considérés.

4.3.2.1.3. Réunions mensuelles de validation des données du CPVV

En troisième lieu, le leadership du district sanitaire passe par la participation du MCD et du chargé du SIS dans les réunions mensuelles de validation des données du CPVV pour s'enquérir de la mise en œuvre du FBP dans les FOSA du district sanitaire. La situation des BDS visités est présentée dans le tableau qui suit :

Tableau 22 : participation dans les réunions mensuelles de validation des données des CPVV

	Juillet n (%)	Août n (%)	Septembre n (%)
Existence de la copie de PV d'une réunion mensuelle de validation des données du CPVV	2 (20,0)	1 (10,0)	1 (10,0)
Participation du MCD dans la réunion mensuelle de validation des données du CPVV	1 (50,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
Participation du SIS dans la réunion mensuelle de validation des données du CPVV	1 (50,0)	1 (100,0)	1 (100,0)

Il ressort de ces données que la preuve de participation dans ces réunions qui doit être matérialisée par la disponibilité du PV de ladite réunion au niveau du BDS n'a été objectivée que dans 2BDS pour le mois de juillet et dans un seul des deux BDS pour les mois d'Août et Septembre. En analysant les PV de ces réunions, il ressort que la participation à la fois du MCD et du SIS dans ces réunions sur les trois mois a été observée dans un seul district..

4.3.2.1.4. Encadrement des CDS dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités

Toujours dans la rubrique de la Coordination du district sanitaire, l'ECD doit assurer l'encadrement des formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités. L'état des lieux dans les BDS visités est donné dans le tableau ci-après :

Tableau 23 : encadrement des CDS par les BDS dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Existence d'un Plan d'action semestriel de chaque CDS de l'étude	10	8	80,0
Existence d'une copie de feedback sur le PAA transmis par l'ECD à chaque CDS de l'étude	10	4	40,0
Existence d'une copie du rapport de la réunion d'élaboration du PAA de chaque CDS	10	6	60,0
Participation effective d'au moins deux membres de l'ECD dans chaque réunion	10	5	50,0
Existence d'une copie de feedback sur la validation transmis dans les délais par le BDS sur chaque PAA et PAS des CDS selon le canevas de la DGP	10	4	40,0
Existence d'une copie du PV des réunions mensuelles de suivi de l'exécution du PAS ou réunion avec les GASC pour chaque CDS	10	5	50,0
Participation effective d'au moins un cadre de l'ECD dans ces réunions mensuelle des Centres de santé	10	5	50,0
Existence d'une copie de synthèse des rapports mensuels d'activités des CDS de l'étude transmises au BPS	10	1	10,0
Existence d'un PV de réunion trimestrielle de coordination	10	5	50,0
Présentation dans cette réunion des rapports de supervision	5	5	100,0

Il ressort de ces résultats que les Plans d'action semestriels des CDS ont été trouvés dans la majorité des BDS visités (80%) ; cependant, la preuve d'échanges entre les BDS et les CDS par rapport aux projets des plans d'action (feedback sur le PAA transmis) n'a été objectivée que dans moins de 50% de ces BDS ; il en est de même du feedback sur la validation de ce plan. Bien plus, dans 40% des BDS visités, l'étude n'a pas objectivé de rapport de réunion d'élaboration du PAA de chaque CDS.

En ce qui du suivi de l'exécution des PAS, nous constatons que la participation d'un cadre de l'ECD dans la réunion mensuelle du CDS y relative n'est observable que dans la moitié des BDS visités.

La tenue par l'ECD d'une réunion trimestrielle de coordination n'a été objectivée que dans la moitié des BDS visités qui montrent tous des traces d'échanges sur les constats des supervisions.

Il est à noter enfin que la synthèse des rapports mensuels d'activités des CDS n'est réalisée et transmise au BPS que par un seul BDS parmi ceux de l'étude. ..

4.3.2.1.5. La formation en cours d'emploi du personnel des CDS par les BDS

Dans la rubrique de coordination et gestion des ressources, il est attendu des BDS qu'ils assurent une formation continue des ressources humaines de leurs ressorts. Nous avons procédé à la vérification de l'exercice de cette mission et avons synthétisé les résultats dans le tableau qui suit :

Tableau 24 : Etat des lieux dans la formation en cours d'emploi par les BDS

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Existence dans le PAT d'un calendrier de formation en cours d'emploi du personnel des CDS de l'étude validé par l'ECD	10	6	60,0
Existence des rapports de formation d'au moins 80% des formations planifiées	6	3	50,0
Existence dans le calendrier des supervisions (Octobre, Novembre et Décembre) du suivi des personnes formées pendant ce trimestre (Juillet, Août, Septembre)	3	2	67,0

Comme le montrent ces résultats du tableau, il est constaté que 40 % des BDS visités ne prévoient pas de formation en cours d'emploi de leur personnel. Bien plus, même pour les BDS ayant programmé des formations, les rapports de celles-ci n'ont été trouvés que

dans la moitié de ces BDS. On note enfin que 67% de ces CDS qui avaient à leur disposition les rapports de formation prévoient le suivi des personnes formées au cours du trimestre suivant.

4.3.2.1.6. L'approvisionnement de la pharmacie du BDS aux pharmacies des CDS en ME et consommables

Le pharmacie du BDS doit par ailleurs s'assurer d'un approvisionnement régulier et correct des CDS et HD en médicaments essentiels et autres consommables. Les données collectées sur cette dimension sont rapportées dans le tableau qui suit :

Tableau 25 : approvisionnement des CDS et HD en médicaments essentiels et autres consommables

	Total (N)	Effectif Oui (n)	Pourcentage (%)
Aucune rupture de stock de médicament traceur n'est objectivée	10	6	60,0
Pour chaque commande des CDS de l'étude, le taux de satisfaction totale des produits traceurs est de 100%	10	6	60,0
Pour chaque commande des CDS de l'étude, le taux de satisfaction partielle de l'ensemble des produits sollicités est inférieur ou égal à 20%	10	4	40,0
Taux de satisfaction totale des commandes (TSTC) en % *	10	3	30,0
Taux de satisfaction partielle (ou de non-satisfaction) des commandes (TSPC) en % **	10	3	30,0

**Nb de produits livrés en quantité égale à la quantité commandée/Nb de produits commandés*

***Nb de produits livrés en quantité inférieure à la quantité commandée x100/Nb de produits commandés*

Il ressort de ces données du tableau ci-dessus qu'en analysant 5 fiches tirées au hasard dans chaque pharmacie de district, 60% de ces districts visités n'avaient pas connu de rupture de stock de médicament traceur et que le taux de satisfaction totale des produits traceurs était optimal dans ces mêmes districts. Dans quatre districts, et pour chaque commande des CDS de l'étude, le taux de satisfaction partielle de l'ensemble des produits sollicités était inférieur ou égal à 20%.

4.3.2.1.7. Les mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels

Un autre aspect important dans cette rubrique de coordination est que le BDS doit garantir des mécanismes de référence et contre référence qui soient fonctionnels. Cette mission a aussi été évaluée et les données y relatives sont reprises dans le tableau qui suit :

Tableau 26 : Fonctionnalité des dispositifs de référence et contre référence

	Total (N)	Effectif Oui (n)	Pourcentage (%)
Existence dans l'ambulance d'un Carnet de bord précisant l'infirmier accompagnateur pour chaque sortie (ou copie du carnet si l'ambulance n'est pas sur place)	10	7	70,0
Existence d'une synthèse du carnet de bord de l'ambulance qui reprend au moins l'utilisation, le kilométrage et la consommation en carburant de l'ambulance a été élaborée	7	5	71,0
La synthèse montre que 80% des distances parcourues par l'ambulance ont été consacrées au transport des malades.	5	4	80,0

Selon les résultats du tableau ci-dessus, s'il est vrai que 70% des BDS visités avaient les carnets de bord précisant l'infirmier accompagnateur pour chaque cas référé, seuls Cinq des 7 BDS avaient à leur disposition une synthèse de celle-ci. Cependant un BDS des Cinq n'a pas pu prouver que 80% des distances parcourues par l'ambulance ont été consacrées au transport des malades.

4.3.2.2. Encadrement et supervisions des CDS

En vue de s'assurer que les CDS garantissent une offre optimale du PMA aux différents utilisateurs, l'ECD doit mener des supervisions formatives aux CDS de leurs ressorts. Il a été procédé à la vérification de l'effectivité de l'exercice de cette mission pour les 10 districts visités. Les données y relatives sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 27 : supervisions des BDS aux CDS

Les supervisions ECD	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Existence dans le Plan d'Action trimestriel d'activités, d'un calendrier de descentes sur le terrain pour la supervision des CDS	10	5	50,0
Tous les CDS de l'étude ont été supervisés au cours des mois de Juillet, Août et septembre	10	4	40,0
Existence pour chaque CDS de l'étude d'une copie de feedback immédiat à l'issue de la supervision	4	3	75,0
Existence d'une copie de rapport de supervision pour chaque CDS de l'étude	4	3	75,0
Le rapport de supervision de chaque CDS lui a été transmis sous huitaine	3	2	67,0

Il ressort des résultats repris dans ce tableau ci-dessus que l'existence dans le PAT des BDS d'un calendrier de descentes sur terrain pour la supervision n'a été objectivée que dans la moitié de ceux-ci. Et malheureusement, au moment où il est attendu que chaque CDS doit être supervisé au moins chaque 2 mois, il est constaté que seuls 4BDS avaient pu superviser tous les CDS de l'étude au cours du trimestre précédent la collecte des données. En considérant ces 4 BDS qui avaient mené des supervisions, il est constaté que seuls 3 d'entre eux ont systématiquement laissé un feedback immédiat aux CDS supervisés et ont pu montrer une copie du rapport de supervision, lequel n'a été systématiquement transmis sous huitaine aux CDS supervisés que par 2BDS uniquement.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés au contenu des rapports de supervisions trouvés dans les 3BDS. Les données recueillies sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau 28 : Contenu des rapports de supervision

Pour chaque rapport on trouve les éléments suivants	Total (N)	Effectif Oui(n)	Pourcentage (%)
Les activités supervisées	3	2	67,0
Les objectifs de la supervision	3	2	67,0
Le suivi des engagements pris lors de la supervision précédente	3	2	67,0
Les problèmes soulevés par le personnel supervisé	3	3	100,0
Les points forts et les points faibles identifiés	3	3	100,0
Les recommandations formulées, y compris les responsables et délais de mise en œuvre	3	3	100,0
La liste des personnes supervisées/rencontrées	3	3	100,0

Ainsi, il ressort de ces données que les activités supervisées, les objectifs de la supervision et le suivi des engagements pris lors de la supervision précédente n'étaient pas retrouvés dans les rapports d'un des trois districts.

4.3.2.3. Promotion de la santé et participation Communautaire

4.3.2.3.1. Participation des membres de la communauté à l'animation et à la coordination du district sanitaire

Il est attendu que les membres de la communauté participent à l'animation du district sanitaire notamment par la participation dans des réunions de coordination. Nous avons cherché à savoir si ces réunions sont organisées et si ces membres de la communauté y participent. Les données y relatives recueillies sont reprises dans le tableau ci-après :

Tableau 29 : Réunions de coordination et état de participation des membres de la communauté

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Existence d'une réunion trimestrielle de coordination du district impliquant la participation des présidents des COSA des CDS de l'étude	10	6	60
Existence d'un PV de réunion semestrielle de l'ECD/Comité de Pilotage du District ayant connu la présentation de la synthèse des recommandations des enquêtes communautaires	10	4	40
Existence d'un PV d'une réunion trimestrielle des membres du réseau des acteurs communautaires œuvrant dans le district	10	5	50
Existence d'un PV d'une réunion trimestrielle du comité de pilotage du district sanitaire	10	5	50

Il ressort des résultats que la tenue des réunions trimestrielles de coordination impliquant les COSA des CDS de l'étude a été objectivée dans 60,0% des districts visités. La présentation de la synthèse des recommandations des enquêtes communautaires n'a été objectivée que dans les PV des réunions semestrielles de l'ECD/Comité de Pilotage du district trouvés dans seulement 4BDS. En ce qui est des réunions trimestrielles aussi bien des membres du réseau des acteurs communautaires œuvrant dans le district que du comité de pilotage du district sanitaire, les PV y relatifs ont été objectivés dans la moitié des BDS visités.

Nous avons voulu explorer les aspects en rapport avec les comités de pilotage. Ainsi, nous avons constaté que les PV des réunions prouvant la fonctionnalité de cet organe ont été objectivés dans 7 BDS sur les 10 visités. Le rythme de ces réunions était trimestriel dans six des sept BDS.

Par ailleurs, il a été noté dans 3 BDS l'existence des bureaux pour les COSA et que 60,0% des districts de l'étude réunissaient les COSA et GASC à un rythme trimestriel pour cinq BDS sur les six.

4.3.2.3.2. Appui au CDS dans la gestion et l'encadrement des ASC

Il est attendu que le BDS dispose d'une base actualisée trimestriellement des ASC (indiquant : le nom, prénom, âge, sexe, colline, sous colline, niveau de formation, formation en santé communautaire déjà reçues) avec un système de suivi de la dynamique des ASC dans les GASC indiquant, par trimestre, par GASC, les départs et les causes de départ. Par ailleurs, l'ECD doit appuyer techniquement les CDS dans l'encadrement des ASC au moins trimestriellement.

Ainsi, dans 60,0% des BDS visités les rapports d'appui technique des CDS de l'étude dans l'encadrement des ASC ont été objectivés. Quant à la base des ASC, elle n'a été objectivée que dans quatre des 10 BDS visités.

4.3.2.3.3. Analyse de la contribution des GASC dans l'offre du PMA

Enfin, il est attendu également de l'ECD qu'elle organise une réunion mensuelle d'analyse des prestations des GASC devant établir une comparaison entre prestations des CDS à celles des GASC pour apprécier la contribution de ces derniers. Nous avons évalué l'effectivité de cette action et avons trouvé les rapports y relatifs dans 60% des BDS visités.

4.3.2.4. *Disponibilité du matériel et équipement*

Pour mieux mener les activités planifiées par le Bureau de district sanitaire, celui-ci a besoin des infrastructures appropriées.

Nous avons cherché à comprendre l'environnement de travail des ECD. La situation en rapport avec certains équipements est donnée dans le tableau suivant :

Tableau 30: Disponibilité des équipements

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Ordinateur de bureau pour le MCD	10	3	30,0
Ordinateur portable dans le bureau pour le MCD	10	9	90,0
Imprimante dans le bureau pour le MCD	10	7	70,0
Scanner dans le bureau pour le MCD	10	3	30,0
Photocopieur dans le bureau pour le MCD	10	6	60,0
Le BDS dispose d'un téléphone portable avec flotte pour la RCR	10	4	40,0
Le BDS dispose d'une ambulance pour acheminer les patients en provenance des CDS	10	8	80,0
Le BDS dispose d'une ambulance pour acheminer les patients de l'HD vers les hôpitaux de 2 ^{ème} référence	10	6	60,0
le BDS dispose d'une Salle de réunion et de formation	10	6	60,0
Le BDS dispose d'un groupe électrogène fonctionnel	10	5	50,0

Il ressort de ces résultats du tableau ci-dessus que sauf pour le scanner, l'équipement informatique pour le MCD est disponible dans la majorité des BDS visités. En ce qui est de l'équipement pour la référence et contre référence, le téléphone portable a été objectivé dans moins de BDS (40%) au moment où l'ambulance pour les mouvements internes au sein de l'aire de responsabilité n'a pas été objectivée dans 2 BDS.

Bien plus, la disponibilité d'un groupe électrogène de secours n'a pas été objectivé dans la moitié des BDS visités au moment où l'existence d'une salle de réunion/formation pouvant

accueillir tous les membres de l'ECD, les titulaires des CDS et les présidents des COSA pour la coordination du district n'a été trouvée que dans 6 BDS sur les 10.

Nous nous sommes intéressés aux conditions qu'offrent cette salle de réunion dans ces BDS où elle a été objectivée. ,

Tableau 31 : équipements de la salle des réunions

	Total (N)	Effectif Oui (n)	Pourcentage (%)
La salle de réunion et de formation possède LCD	6	1	16,7
La salle de réunion et de formation possède l'écran	6	0	0,0
La salle de réunion et de formation possède un chevalet	6	0	0,0

Ainsi, il est constaté qu'en ce qui est de l'équipement de projection, l'existence d'un LCD n'a été objectivée que dans un seul BDS.

Nous avons par ailleurs cherché à comprendre l'environnement de travail des cadres du BDS qui sont appelés à superviser les CDS.

Tableau 32 : Bureaux des superviseurs et leurs équipements

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage e (%)
Le BDS dispose d'un bureau pour les superviseurs	10	9	90,0
3 bureaux pour les superviseurs	9	0	0,0
3 ordinateurs de bureau	9	3	33,3
Une imprimante commune	9	7	77,8
Un photocopieur	9	5	55,6
Le stabilisateur	9	5	55,6

Il a été constaté un BDS qui n'avait pas de bureau affecté aux superviseurs mais plutôt partagé avec deux autres postes au sein de l'ECD. Dans la totalité des BDS qui avaient ce bureau, celui-ci est partagé par les trois superviseurs. Cependant, l'existence d'un ordinateur de bureau pour chacun des superviseurs n'a été objectivée que dans seulement

3 BDS alors que ces superviseurs n'avaient pas à leur disposition d'une imprimante et d'un photocopieur dans respectivement deux et quatre BDS.

Les normes sanitaires prévoient également un environnement de travail propice pour le gestionnaire des ressources du district sanitaire. Nous avons ainsi évalué si les conditions de travail des gestionnaires étaient propices pour leur travail.

Tableau 33 : Bureaux des gestionnaires et leurs équipements

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Existence d'un bureau du gestionnaire des ressources du DS	10	7	70,0
Equipé d'un ordinateur de bureau	7	3	42,9
Equipé d'une imprimante	7	6	85,7
Equipé d'une étagère pour le rangement des documents comptables	7	5	71,4
Equipé d'une armoire pour le classement	7	6	85,7

Il ressort des résultats du tableau l'existence d'un bureau destiné au gestionnaire des ressources du DS dans sept des BDS visités dont quatre n'avaient pas d'ordinateur de bureau.

Nous nous sommes en outre intéressés aux conditions de travail des cadres en charge de la gestion des pharmacies de district dans les dix qui ont été visités. Tout d'abord, le tableau ci-après montre la situation en ce qui est du bureau du gestionnaire de la pharmacie.

Tableau 34 : Bureaux des gestionnaires des pharmacies et leurs équipements

	Total (N)	Effectif Oui (n)	Pourcentage (%)
Existe un bureau du Gestionnaire de la pharmacie du DS et de son Assistant	10	8	80,0
Dispose de l'ordinateur de bureau	8	8	100,0
Dispose de l'imprimante	8	7	87,5
Dispose de Stabilisateur	8	5	62,5
Dispose une étagère de classement des fiches de stock	8	7	87,5

Il ressort des résultats de ce tableau que 2 BDS ne disposent pas d'un bureau affecté au gestionnaire de la pharmacie de district.

Ensuite, il a été procédé à l'évaluation de l'état des lieux en ce qui est des infrastructures pour le stockage des produits. Ainsi, un bâtiment de stock du DS avec stock pour intrants secs a été retrouvé dans les dix districts visités, la salle des réfrigérateurs et congélateurs a été retrouvée dans huit BDS au moment où la salle de stocks des produits et matériel d'hygiène ne l'a été que dans la moitié des BDS.

Le système d'information sanitaire Nous avons alors cherché à savoir l'état des lieux en ce qui est de l'environnement de travail du chargé du SIS.

Tableau 35 : Bureaux des chargés du SIS et leurs équipements

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Existence d'un bureau du Chargé du SIS et son Assistant	10	7	70,0
Dispose de 2 ordinateurs de bureau destinés aux données SIS	7	1	14,3
Dispose d'une imprimante	7	3	42,9
Dispose d'un stabilisateur	7	1	14,3
Dispose d'un téléphone	7	2	28,6
Dispose d'un dispositif de connexion internet	7	4	57,1
Dispose de 2 jeux de disques durs externes	7	1	14,3
Dispose d'un logiciel de traitement des données	7	7	100,0

Il ressort des résultats de ce tableau que l'existence d'un Bureau affecté au chargé du SIS a été objectivée dans sept des dix BDS visités dont 3 étaient équipés d'une imprimante et 4 disposaient d'un dispositif de connexion internet.

Enfin, les normes sanitaires prévoient un cadre qui doit s'assurer du développement de l'interaction avec le niveau communautaire. Ainsi, seuls 30,0% des districts disposaient des bureaux des Coordonnateurs de promotion de la santé du District bien que ces bureaux n'eussent pas d'ordinateurs.

Pour l'exercice de ses missions, le BDS doit disposer en plus de l'ambulance d'un parc automobile notamment pour les activités de supervision et d'approvisionnement en médicaments et autres produits.

Tableau 36 : situation du parc automobile en plus des ambulances

	Total (N)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Le BDS dispose du Parc automobile suivant en plus des Ambulances	10	6	60,0
2 véhicules de supervision double-cabines	6	1	16,7
1 véhicule d'approvisionnement simple-cabine	6	0	0,0
1 moto pour le TPS	6	0	0,0

Il ressort des résultats repris dans le tableau ci-dessus que 4 BDS ne disposaient pas d'autres véhicules en plus de l'ambulance. L'existence de deux véhicules pour la supervision n'a été objectivée que dans un seul district. En ce qui est de l'existence d'un véhicule spécifiquement affecté à l'approvisionnement, elle n'a été objectivée dans aucun BDS de même que la moto pour le TPS.

4.4. Analyse des performances des CDS en lien avec les performances des BDS

La section suivante concerne la comparaison des scores faite entre les BDS et les CDS y rattachés.

Les items qui ont été évalués pour les BDS sont : (i) réunion de coordination de l'ECD, (ii) l'encadrement et supervision des CDS, (iii) la formation du personnel des CDS, (iv) l'approvisionnement des pharmacies des CDS par les BDS, (v) la référence et contre référence et (vi) les interventions communautaires.

Les items qui ont été évalués pour les CDS sont : (i) la coordination, (ii) la gestion de l'information sanitaire, (iii) la gestion des intrants nécessaires pour mener ses activités, (iv) la gestion financière et comptable, (v) la logistique des médicaments, (vi) la supervision et (vii) l'encadrement des ASC par le centre de santé.

4.4.1. Score pour les BDS

L'évaluation des performances des BDS visités s'est faite à l'aide d'une grille d'évaluation confectionnée en adaptant la grille qui est habituellement utilisée lors des évaluations trimestrielles de la qualité technique. Il a été retenu des produits attendus qui ont un impact direct sur les activités des CDS. Les résultats obtenus sont donnés sur le graphique suivant

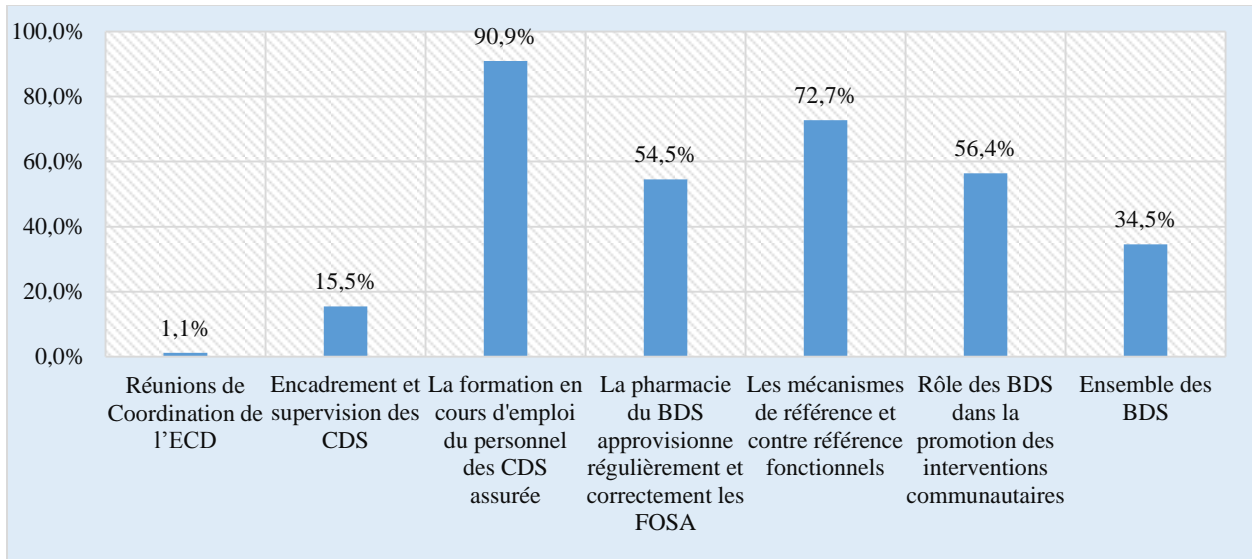


Figure 10 : Répartition des BDS selon les scores obtenus par item

Il ressort de ce graphique que les BDS ont eu un grand score -90,9%- pour la formation en cours d'emploi du personnel des CDS -72,7%- pour le mécanisme de référence et contre-référence. Deux items ont un score de moins de 50%, il s'agit de la tenue des réunions de coordination (1,1%) et de l'encadrement et supervision des CDS (15,5%). Le score de l'ensemble des districts ayant participé dans l'étude est de 34%.

4.4.2. Scores pour les CDS

Nous avons fait le même exercice avec les CDS comme le montre le graphique suivant :

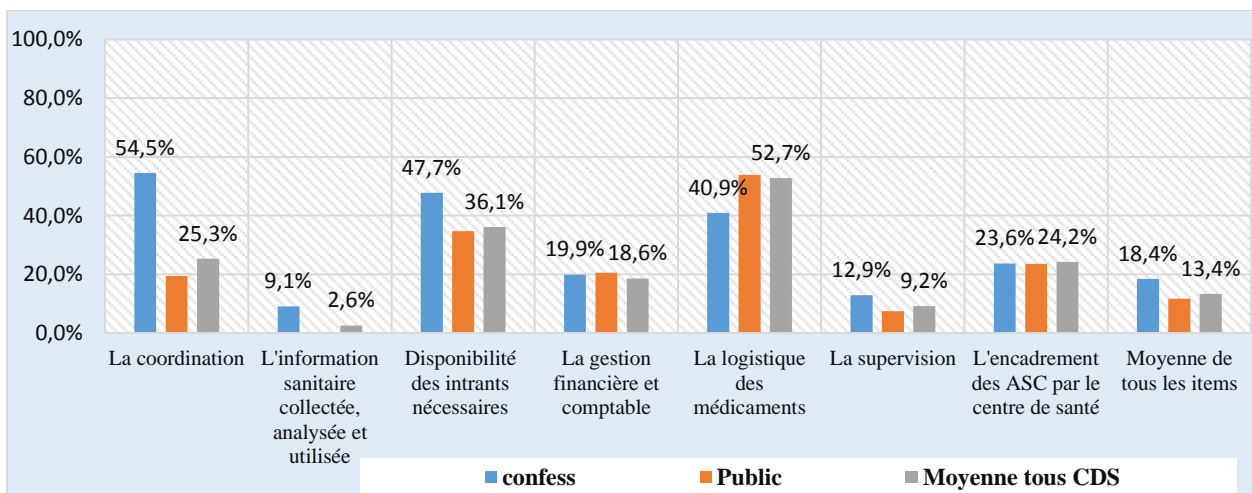


Figure 11: Répartition des CDS selon les scores obtenus par item

Il est constaté que globalement les scores sont bas (<55%) pour tous les produits attendus. Bien plus, le score de plus de 50% est retrouvé uniquement pour le produit attendu 'la gestion logistique des médicaments et autres consommables (52,7%). L'information sanitaire et la supervision des activités curatives et préventives ont eu un score de moins de 10% respectivement de 2,6% et de 9,2% pour l'ensemble des 62 CDS enquêtés. Le score de l'ensemble des CDS ayant participé dans l'étude est de 13,4% dont 18,4% pour les CDS confessionnels et 11,7% pour les CDS publics.

4.4.3. Scores des BDS en comparaison de ceux des CDS y rattachés

Nous avons considéré les scores obtenus par les BDS que nous présentons sur le graphique suivant avec la moyenne des scores des CDS rattachés à chaque BDS.

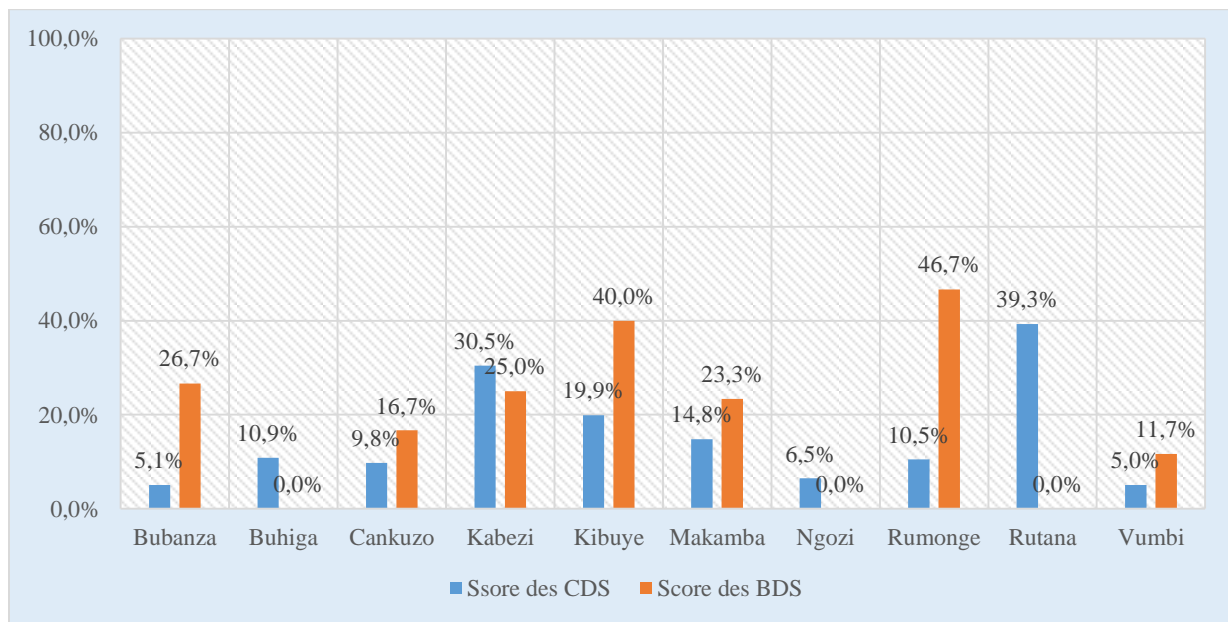


Figure 12 : Comparaison des scores de performances entre les BDS et les CDS y rattachés

Il ressort de ce graphique que les BDS Bubanza, Kibuye et Rumonge avaient un score de performance au moins 2 fois plus supérieur à la moyenne des scores des CDS qui leur sont rattachés. Par ailleurs, il est noté des BDS ayant obtenu le score nul en utilisant notre grille adaptée.

4.4.4. Analyse de la corrélation entre le score de performance des BDS et des CDS

Nous avons procédé à une analyse de la corrélation entre les scores obtenus par les BDS et ceux des CDS qui leur sont rattachés en vue de voir le sens de leur association. Les résultats sont repris sur la figure suivante :

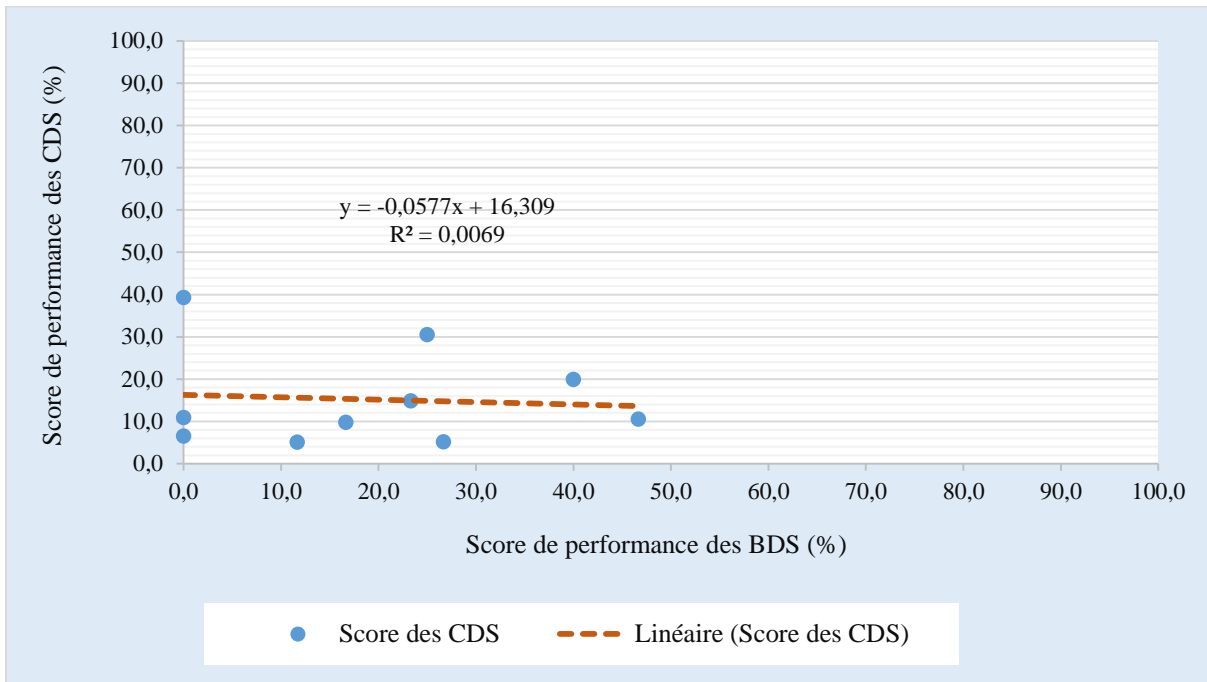


Figure 13 : Analyse de la corrélation entre les scores de performances des BDS et des CDS

Il ressort de ce graphique que la corrélation négative trouvée entre les deux scores moyens de performance (BDS d'étude versus CDS y rattachés) est très faible car le coefficient de corrélation est : 0,083 (racine carré du coefficient de détermination $R^2 = 0,0069$). Ceci signifie par ailleurs que 0,7% du score moyen de performance des CDS sont la seule contribution des scores de performance des BDS. De même, selon le modèle, plus la performance des BDS augmente d'1%, plus celle des CDS diminue de 0,0577. Les données associées à ce graphique sont les scores moyens obtenus en procédant à une évaluation instantanée des deux entités à l'aide de la grille adaptée.

4.5. Facteurs de performance liés intrinsèquement à la performance des CDS

La section suivante décrit les résultats de l'analyse bi-variée faite entre la performance des CDS (*le score au-dessus de la moyenne*) et les variables explicatives d'abord relatives au fonctionnement du CDS et regroupées dans les items à savoir (i) tenu des réunions au niveau des CDS, (ii) gestion des données du SIS, (iii) disponibilité des intrants, (vi) gestion financière et (vi) supervision). Par la suite, nous procéderons à la même analyse en ce qui est des variables explicatives relatives au BDS.

4.5.1. Facteurs relatifs au fonctionnement du CDS

4.5.1.1. Analyse de l'association entre l'organisation des réunions et le score de performance des CDS

Premièrement nous considérons qu'une évaluation régulière des résultats atteints en équipe avec la participation des principaux acteurs est une bonne habitude qui permet une amélioration continue et que par conséquent ça influence le score à obtenir. L'analyse statistique effectuée est reprise dans le tableau ci-après :

Tableau 37 : Analyse de l'association entre l'organisation des réunions et le score de performance des CDS

	n	CDS ayant le score au-dessus de la moyenne	P-value
Existence des PV de la réunion mensuelle d'évaluation de l'exécution du PAS (n=62) : mois de Juillet			
Oui	29	62,1	0,000*
Non	33	12,1	
Existence des PV de la réunion mensuelle d'évaluation de l'exécution du PAS (n=62) : mois d'Août			
Oui	27	66,7	0,000*
Non	35	11,4	
Existence des PV de la réunion mensuelle d'évaluation de l'exécution du PAS (n=62) : mois de Septembre			
Oui	25	64,0	0,000*
Non	37	16,2	
Existence des PV de la réunion mensuelle d'évaluation de l'exécution du PAS pour 3 mois (Juillet - Septembre)			
Oui	24	66,7	0,000*
Non	38	15,8	
Le président du COSA participe dans les réunions pour le mois Août			
Oui	21	71,4	0,623
Non	6	50,0	
Le président du COGES participe dans les réunions pour le mois Août			
Oui	20	65,0	0,999
Non	7	71,4	
Le président du COSA et du COGES participe dans les réunions pour le mois Août			
Oui	19	68,4	0,274
Non	8	17,5	
Les observations des superviseurs y sont présentées et le suivi des recommandations effectué est retrouvé dans les PV pour Septembre			
Oui	16	75,0	0,274
Non	9	44,4	
Les observations des CPVV y sont présentées également aux participants et le suivi des recommandations effectué est retrouvé dans les PV pour Septembre			
Oui	15	73,3	0,444
Non	10	50,0	

Il ressort des résultats de ce tableau que 66,7% des CDS avaient les PV des réunions disponibles pour les trois mois. On note ainsi une association entre le fait d'avoir eu le score de performance supérieur à la moyenne et le fait d'avoir les PV des réunions pour les trois mois d'étude (p=0,000).

4.5.1.2. Analyse de l'association entre la gestion des données du SIS et le score de performance des CDS

Deuxièmement, nous considérons que une analyse régulière des données du SIS est une bonne habitude qui permet une amélioration continue et que par conséquent ça influence le score à obtenir. L'analyse statistique effectuée est reprise dans le tableau ci-après

Tableau 38 : Analyse de l'association entre la gestion des données et le score de performance des CDS

CDS ayant le score au-dessus de la moyenne									
	Juillet			Août			Septembre		
	n	(%)	p-value	n	(%)	p-value	n	(%)	p-value
Un rapport mensuel d'analyse des données SIS (n=62)									
Oui	28	64,3	0,000	25	64,0	0,000	23	60,9	0,001
Non	34	11,8		37	16,2		39	20,5	
Un feedback du rapport mensuel d'analyse des données SIS (n=62)									
Oui	6	50,0	0,739	3	66,7	0,590	3	66,7	0,590
Non	56	33,9		59	33,9		59	33,9	
Le personnel qualifié participe dans les réunions d'analyse des données SIS									
Oui	24	70,8	0,227	22	72,7	0,068	20	70,0	0,093
Non	4	25,0		3	0,0		3	0,0	
Le président du COSA participe dans les réunions d'analyse des données SIS									
Oui	24	66,7	0,935	20	65,0	0,999	18	66,7	0,573
Non	4	50,0		5	60,0		5	40,0	
Le président du COGES participe dans les réunions d'analyse des données SIS									
Oui	23	65,2	0,999	21	66,7	0,945	17	64,7	0,882
Non	5	60,0		4	50,0		6	50,0	

Nous constatons d'après les résultats repris dans le tableau ci-dessus qu'une proportion de 64,3% ; 64,0% et de 60,9% des CDS ayant le score au-dessus de la moyenne, respectivement pour les mois de Juillet, Août et Septembre avaient les rapports mensuels d'analyse des données SIS disponibles avec une association significative.

4.5.1.3. Analyse de l'association entre la gestion des intrants et le score de performance des CDS

Troisièmement, nous considérons que le fait d'avoir le CDS avec une bonne gestion des intrants témoigne d'une bonne habitude dans la planification et exécution des activités et par conséquent influence le score à obtenir. L'analyse statistique effectuée est reprise dans le tableau ci-après :

Tableau 39 : Analyse de l'association entre la gestion des intrants et le score de performance des CDS

	n	CDS ayant le score de performance au-dessus de la moyenne (%)	P-value
Existence d'un rapport de suivi du plan d'approvisionnement mensuel en matériel et consommables non médicaux			
Oui	36	55,6	0,000
Non	26	7,7	
Existence des copies de Rapports de formation d'au moins 70% des formations planifiées			
Oui	14	64,3	0,010
Non	48	27,1	

Nous constatons à partir des résultats repris dans le tableau ci-dessus que 55,6% des CDS ayant le score au-dessus de la moyenne avaient un rapport de suivi du plan d'approvisionnement mensuel en matériel et consommables non médicaux (p=0,000) et 64,3% des CDS ayant le score au-dessus de la moyenne avaient des copies des rapports de formation d'au moins 70% des formations planifiées (p=0,010).

4.5.1.4. Analyse de l'association entre la gestion financière/comptabilité et le score de performance des CDS

Quatrièmement, nous considérons que du fait de l'encadrement du BDS dans la gestion financière, le CDS va garder les bonnes pratiques en matière de gestion financière ; ce qui influencera à chaque fois le score de performance.

L'analyse statistique effectuée est reprise dans le tableau ci-après :

Tableau 40 : Analyse de l'association entre la gestion financière/comptabilité et le score de performance des CDS

	n	CDS ayant le score de performance au-dessus de la moyenne (%)	P-value
Existence d'une copie du rapport de supervision financière faite par le BDS (au 1^{er} Semestre)			
Oui	10	70,0	0,033*
Non	52	28,9	
Période de supervision financière faite par le BDS (au 1er Semestre)			
Moins de 6 mois	45	35,6	0,703
6 mois et plus	8	50,0	
La présentation du rapport d'exécution budgétaire en réunion mensuelle SIS			
Oui	8	87,5	0,121
Non	2	0,0	

Nous constatons en effet que 70,0% des CDS ayant le score au-dessus de la moyenne avaient été supervisés sur le thème de gestion financière (au 1er Semestre 2021) avec une p valeur de 0,033.

4.5.2. Facteurs relatifs au BDS

4.5.2.1. Profil de certains du staff de l'ECD et le score de performance des CDS

Les normes sanitaires 2021-2027¹ prévoient la composition des ressources humaines en termes de profils et de cahiers de charges de celles-ci. Dans ce cadre il est prévu des diplômes spécifiques qui sont requis pour certains cadres qui doivent apporter un appui

¹ MSPLS. Normes Sanitaires pour La mise en œuvre de La stratégie sectorielle 2021-2027. *TOME 2 : Niveau périphérique et intermédiaire*. District Sanitaire ; Hôpital Communal et Hôpital de District Province Sanitaire et Hôpital de 3^{ème} Référence . Novembre 2021

technique aux CDS de leurs ressorts respectifs. Bien plus, il est requis pour ces mêmes cadres un certain nombre d'années d'expérience professionnelle pour pouvoir espérer une prestation optimale de leur part.

Ainsi, nous avons cherché à savoir l'état des lieux par rapport à la disponibilité des ressources humaines respectant ces deux impératifs prescrits par les normes sanitaires. Les données y relatives sont données dans le tableau ci-dessous :

Tableau 41 : Disponibilité des ressources humaines au sein des BDS par diplôme et par ancienneté

Profil	Effectif	Diplôme requis		Ancienneté (≥24mois)	
		n	%	n	%
Superviseurs	30	7	23	28	93
Gestionnaires des finances	10	2	20	7	70
Gestionnaires de la pharmacie	10	5	50	10	100
Gestionnaires du SIS	10	3	30	8	80

Il ressort des résultats repris dans le tableau ci-dessus que s'il est vrai que globalement la majorité des superviseurs et gestionnaires de la pharmacie ont une ancienneté d'au moins deux ans dans leurs postes, très peu de cadres des BDS visités ont le diplôme requis pour leur poste. En effet, il est remarqué que sur 30 superviseurs des 10 BDS visités, seuls 7 (23%) ont le niveau requis pour le poste de superviseur ; il en est de même pour les gestionnaires des finances et les gestionnaires du SIS pour lesquels le niveau requis est retrouvé respectivement chez 20% et 30% d'entre eux. Il est noté par ailleurs des districts (>20%) dont ces deux dernières catégories de cadres sont nouvellement affectés avec une expérience professionnelle de moins de deux ans.

Nous sommes par après intéressés à savoir si ces profils ont une influence sur le score de performance dans les domaines auxquels chacun des cadres ci-dessus est appelé à apporter un appui spécifique.

D'abord nous commençons par s'intéresser au profil de toute l'ECD (superviseurs, Gestionnaire financier, Gestionnaire de la pharmacie et Gestionnaire du SIS) par rapport à la performance globale du CDS.

Les données y relatives sont synthétisées dans le tableau ci-après :

Tableau 42 : Influence du profil de certains cadres de l'ECD sur la Performance globale des CDS

		Score de performance globale des CDS supérieur à la moyenne		p-valeur
		Oui	Non	
Diplôme des membres de l'ECD	Oui	0 (0,0)	0 (0,0)	0,9999
	Non	3 (30,0)	7 (70,0)	
Ancienneté de l'équipe cadre	<2 ans	0 (0,0)	5 (100,0)	0,1173
	≥2 ans	3 (60,0)	2 (40,0)	

Nous constatons d'après les résultats repris dans le tableau ci-dessus qu'aucun des 10 BDS visités n'avait les cadres ci-haut cités remplissant le critère en rapport avec le diplôme requis en totalité. On note cependant que nous avons enregistré dans trois de ces BDS un score de performance de leurs CDS au-dessus de la moyenne lors de l'évaluation instantanée ; avec une association non significative.

S'agissant de l'ancienneté, il est remarqué que dans 5 BDS, tous les cadres ci-haut mentionnés n'ont pas chacun deux ans d'expérience professionnelle comme membres de l'ECD. Parmi les BDS avec tous ses cadres totalisant chacun au moins deux ans d'expérience professionnelle, 60% de ces BDS ont les CDS de l'étude ayant obtenu le score de performance au-dessus de la moyenne lors de l'évaluation instantanée opérée au moment de notre visite ; mais sans association significative.

Ensuite, nous avons considéré le domaine d'appui spécifique à chaque catégorie de cadres de l'ECD. Le tableau ci-après reprend les données en rapport avec le profil des superviseurs sur le produit attendu relatif à la supervision :

Tableau 43 : Influence du profil des superviseurs sur le score de performance des soins curatifs et préventifs

		Score de performance de la supervision supérieur à la moyenne dans les CDS		p-valeur
		Oui n (%)	Non n (%)	
<u>Un</u> des 3 superviseurs a le diplôme requis	Oui	1 (20,0)	4 (80,0)	0,9999
	Non	2 (40,0)	3 (60,0)	
<u>Deux</u> des 3 superviseurs ont le diplôme requis	Oui	3 (33,3)	6 (66,7)	0,9999
	Non	0 (0,0)	1 (100,0)	
<u>Tous</u> les 3 superviseurs ont le diplôme requis	Oui	0 (0,0)	0 (0,0)	0,9999
	Non	3 (30,0)	7 (70,0)	
Ancienneté des superviseurs (2/3)	<2 ans	1 (50,0)	1 (50,0)	0,9999
	≥2 ans	2 (25,0)	6 (75,0)	
Ancienneté des superviseurs (3/3)	<2 ans	0 (0,0)	0 (0,0)	0,9999
	≥2 ans	3 (30,0)	7 (70,0)	

L'analyse des résultats ci-dessus montre qu'aucune association significative n'a été trouvée en ce qui est du profil des superviseurs par rapport au produit attendu de l'évaluation sur les supervisions des soins curatifs et préventifs effectuées par l'ECD en se plaçant au niveau du CDS. En effet, la grille adaptée s'est penchée sur les preuves des supervisions effectuées sur les thématiques en rapport avec les soins curatifs et préventifs dans le but de permettre aux CDS d'assurer une offre du PMA de qualité.

Le tableau qui suit quant à lui reprend les données relatives au profil du gestionnaire par rapport au score de performance des CDS sur les aspects nécessitant un appui du gestionnaire financier.

Tableau 44 : Influence du profil des gestionnaires financiers sur le score de performance en gestion des intrants au CDS

		Score de performance de la gestion des finances dans les CDS supérieur à la moyenne		p-valeur
		Oui n (%)	Non n (%)	
Diplôme du gestionnaire	Oui	4 (50,0)	4 (50,0)	0,9999
	Non	1 (50,0)	1 (50,0)	
Ancienneté du gestionnaire	<2 ans	1 (33,3)	2 (66,7)	0,9999
	≥2 ans	4 (57,1)	3 (42,9)	

Sur cet aspect de gestion, nous avons considéré les produits attendus ‘*Le Centre de Santé a les intrants nécessaires pour mener ses activités*’ et ‘*La gestion financière et comptable du centre de santé respecte les bonnes pratiques*’. Il ressort des résultats repris dans ce tableau qu’il n’a pas été objectivé d’association significative entre le profil des gestionnaires enquêtés et le score obtenu par les CDS sur ces aspects. Toutefois, nous pouvons constater que c’est majoritairement au sein des districts avec des gestionnaires les plus expérimentés (>2 ans) que les CDS évalués ont obtenu des scores au-dessus de la moyenne.

Nous avons procédé de la même façon quant aux gestionnaires du SIS des BDS visités comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 45 : Influence du profil des gestionnaires du SIS sur le score de performance en gestion du SIS au CDS

		Score de performance de la gestion du SIS supérieur à la moyenne dans les CDS		p-valeur
		Oui n (%)	Non n (%)	
Diplôme du gestionnaire du SIS	Oui	0 (0,0)	2 (100,0)	0,9999
	Non	1 (12,5)	7 (87,5)	
Ancienneté du gestionnaire du SIS	<2 ans	0 (0,0)	2 (100,0)	0,9999
	≥2 ans	1 (12,5)	7 (87,5)	

Pour ce volet ci-dessus, nous avons considéré le produit attendu '*L'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services*'. Il ressort des résultats repris dans le tableau ci-dessus qu'il n'y a pas non plus d'association significative entre le profil des gestionnaires SIS enquêtés et le score obtenu par les CDS sur cet aspect. Toutefois, nous pouvons constater qu'au sein des districts ayant les gestionnaires du SIS sans diplôme requis, la majorité d'entre eux (88%) ont leurs CDS avec des scores de performances en dessous de la moyenne. De même, on enregistre dans tous les deux districts ayant des gestionnaires du SIS peu expérimentés (<2 ans) des scores de performances des CDS sur cet aspect qui sont en dessous de la moyenne.

Enfin nous sommes intéressés à la gestion des médicaments en analysant l'évaluation faite sur le produit attendu '*l'information logistique des médicaments est collectée*' en rapport avec le gestionnaire de la pharmacie de district. Les données y relatives sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 46 : Influence du profil des gestionnaires de la pharmacie sur le score de performance en gestion pharmaceutique au CDS

		Score de performance de la gestion de la pharmacie supérieur à la moyenne dans les CDS		p-valeur
		Oui n (%)	Non n (%)	
Diplôme du gestionnaire de la pharmacie	Oui	3 (50,0)	3 (50,0)	0,9999
	Non	2 (50,0)	2 (50,0)	
Ancienneté du gestionnaire de la pharmacie	<2 ans	0 (0,0)	0 (0,0)	0,9999
	≥2 ans	5 (50,0)	5 (50,0)	

Il ressort des résultats repris dans le tableau ci-dessus qu'il n'y a pas non plus d'association significative entre le profil des gestionnaires des pharmacies de district enquêtés et les scores obtenus par les CDS sur cet aspect. L'obtention par les CDS du score de performance en dessous de la moyenne est répartie chaque fois dans des proportions égales selon les deux critères de profil.

4.5.2.2. Analyse de l'association entre la supervision par les BDS et le score de performance des CDS

De même, nous considérons que la supervision par le BDS constitue un moment idéal de renforcement des capacités du personnel du CDS pour lui permettre une amélioration de leurs prestations ; ce qui influencera toujours le score à obtenir. L'analyse statistique effectuée est reprise dans le tableau ci-dessous :

Tableau 47: Analyse de l'association entre la supervision par les BDS et le score de performance des CDS

	n	CDS ayant le score de performance au-dessus de la moyenne (%)	P-value
Disponibilité des copies de rapports de supervision des activités curatives pour la période allant d'Octobre 2020 à Septembre 2021			
Au moins 1 rapport	16	75,0	0,000*
Aucun rapport	46	21,7	
Disponibilité des copies de rapports de supervision des activités préventives pour la période allant d'Octobre 2020 à Septembre 2021			
Au moins 1 rapport	11	81,8	0,001*
Aucun rapport	51	25,5	

Il est constaté alors que 75,0 des CDS ayant le score au-dessus de la moyenne avaient au moins un rapport de supervision des activités curatives pour la période allant d'Octobre 2020 à Septembre 2021 (p=0,000) et alors que 81,8 des CDS avaient au moins un rapport de supervision des activités préventives pour la même période (p=0,001).

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS PERCEPTION

5.1. Conclusion

L'objectif global de la présente étude était de contribuer à la performance du système de santé du Burundi à travers la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation des effets de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui leurs sont rattachés. Plus spécifiquement, il était demandé d'(i) évaluer les effets de la performance des bureaux de districts sanitaires sur la performance des centres de santé qui leurs sont rattachés ; (ii) mesurer les performances des BDS et des CDS rattachés sur la base des critères de performance reconnus ; (iii) analyser les performances des CDS en lien avec les performances de leurs BDS ; (iv) Identifier les facteurs de performance des CDS liés intrinsèquement à la performance de leur BDS; (v) proposer au MSPLS des recommandations et un plan d'opérationnalisation en vue de renforcer à court termes les performances des BDS et (vi) proposer un indicateur à ajouter aux indicateurs de performance des BDS utilisés dans le cadre du FBP et permettant d'indexer les scores de performance des BDS aux performances de leurs CDS.

De prime abord, le constat est que aussi bien pour les évaluations trimestrielles classiques de 2017 à 2020 que pour l'évaluation faite par l'équipe en charge de la présente évaluation, la corrélation négative entre les deux scores de performance (BDS et CDS) trouvée est faible et que la contribution des BDS à la performance des CDS est aussi très faible. Les scores moyens obtenus par les BDS qui étaient inclus dans l'étude sont supérieurs à ceux des CDS rattachés à ces districts sanitaires aussi bien lors des évaluations classiques que lors des évaluations instantanées

Les facteurs qui seraient intrinsèquement liés à la performance des CDS aussi bien au niveau CDS qu'au niveau BDS sont l'organisation régulière des réunions mensuelles d'évaluation des activités du PAS, l'analyse régulière des données du SIS, la bonne gestion des intrants, la supervision financière du BDS au CDS.

5.2. Recommandations :

A l'issu de cette étude, il est constaté que pendant que les BDS enregistrent de bonnes performances, ceci n'est pas retrouvé au niveau des CDS de leurs ressorts qu'ils sont appelés à renforcer techniquement.

L'équipe d'évaluation suggère que les produits attendus d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des CDS qui nécessitent un appui substantiel de certaines catégories des membres de l'ECD soient directement prises en compte lors de l'évaluation de la performance de l'ECD.

Il s'agit des produits attendus : (i) l'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services, (ii) le Centre de Santé a le matériel et consommables non médicaux nécessaires pour mener ses activités, (iii) la gestion financière et comptable du centre de santé respecte les bonnes pratiques, (iv) l'information logistique des médicaments est collectée, (v) tous les produits en rapport avec les services curatifs et préventifs (en insistant sur la supervision) et (vi) un bon encadrement des ASC par les agents du centre de santé a renforcé leur contribution à l'amélioration de la santé de la population.