

**REPUBLIQUE DU BURUNDI**



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

**DIRECTION GENERALE DE LA PLANIFICATION**

**DIRECTION DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION  
SANITAIRE**

**GUIDE D'ANALYSE ET DE REVUE DES DONNEES DU  
SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE**



**Janvier, 2022**

## PREFACE

Le Gouvernement du Burundi, à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), s'est engagé dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDSIII) 2019-2023 pour l'amélioration de la santé de la population. Le suivi de la mise en œuvre de ces différents plans nécessite un système d'information performant, capable de mettre à la disposition des décideurs, des responsables de santé et des partenaires au développement des informations fiables et valides en temps réel.

Pour garantir la disponibilité des données en temps réel, depuis 2015, le MSPLS à travers la Direction du Système National d'Information Sanitaire a opté le renforcement de la mise en œuvre de la plateforme DHIS2 à tous les niveaux du système de santé. Ce déploiement du DHIS2 a permis l'intégration des données de tous les programmes et départements de santé dans le Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR), ce qui a permis par conséquent de réduire sensiblement la collecte parallèle des données sanitaires. Ainsi, les données disponibles en DHIS2 doivent être analysées et utilisées à tous les niveaux et par tous les intervenants en vue d'améliorer la santé de la population.

Le guide d'analyse et de revue des données est un document normatif unique, simple, souple, standard qui donne des orientations, à tous les niveaux du système de santé, sur la collecte, le traitement, l'analyse, l'interprétation ainsi que l'utilisation des données produites afin d'orienter les décisions des directions et programmes nationaux de santé, y compris des actions proactives rapides prises pour faire face aux baisses importantes ou au manque d'amélioration des prestations et/ou des couvertures spécifiques. Le guide d'analyse et de revue des données s'inspire des autres documents existant et vient renforcer l'amélioration de la disponibilité et la fiabilité de l'information sanitaire. Ce guide a pour objectif d'accroître la disponibilité, la fiabilité et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décisions basées sur l'évidence.

Le MSPLS invite les acteurs intervenant dans la gestion de l'information sanitaire à s'en approprier pleinement. Cela est d'autant plus important, de par l'intérêt qu'ils en tireront à travers l'information produite.

L'élaboration de ce document a été possible grâce à la contribution de tous les acteurs impliqués à qui nous exprimons notre gratitude et notre entière reconnaissance. Nous adressons une mention particulière aux Départements, Programmes et Projets de santé pour leur participation effective au processus.

Nos remerciements s'adressent particulièrement à l'OMS pour son appui technique et financier conséquents dans l'élaboration de ce précieux document. Nous remercions enfin les membres de la commission technique et toutes les personnes ressources qui ont contribué à son élaboration.

Le Ministre de la Santé Publique  
et de la Lutte contre le SIDA

Dr Sylvie NZEYIMANA



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ABREMA	: Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments
ACT	: Artemisinin-based Combination Therapy
ARV	: Anti Rétroviral
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPE	: Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BCF	: Bruit du Cœur Fœtal
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BPCO	: Bronco Pneumopathie Constrictive et Obstructive
BPS	: Bureau Provincial de la Santé
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS	: Centre de Santé
CDT	: Centre de Traitement
COC	: Contraceptifs Oraux et Combinés
COCOLS	: Comité Collinaire de Lutte contre le Sida
COGES	: Comité de Gestion
COP	: Contraceptifs Oraux à Progestérone
COSA	: Comité de Santé
COVID	: Coronavirus Disease
CPN	: Consultation Périnatale
CPPS	: Coordinateur Provincial de Promotion de la Santé
CTN	: Cellule Technique Nationale
DATIM	: Data Accountability Transparency Impact
DGP	: Direction Générale de la Planification
DHIS2	: District Health Information Software 2
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DMPA	: Dépôt Médroxy Progestérone Acétate
DPSE	: Direction de la Planification et de Suivi –Evaluation
DPS-SCE	: Direction de la Promotion de la Santé, Soins Communautaires et Environnementaux
DS	: District Sanitaire
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
DTC	: Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EAC	: East African Community
ECD	: Equipe Cadre de District
ECP	: Equipe Cadre de la Province
FARN	: Foyen d'Apprentissage et de Rééducation Nutritionnelle
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FOSA	: Formation Sanitaire
GASC	: Groupement d'Agent de Santé Communautaire
GAVI	: Global Alliance Vaccination and Immunization
HTA	: Hypertension Artérielle
iCCM	: integrated Community Case Management
IM	: Intra Musculaire
INH	: Isoniazide
ISTEEBU	: Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi

LMIS	: Logistic Management Information Systems
MCD	: Médecin Chef de District
MCR	: Maladie Chronique Restrictive
MDH	: Médecin Directeur de l'Hôpital
MIILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MTN	: Maladie Tropicale Négligée
MUAC	: Mid-Upper Arm Circunference
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PMN	: Poudre de Micro-Nutriments
PNDIS	: Plan National de Développement de l'Informatique Sanitaire
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
PNILP	: Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNILT	: Programme National Intégré de Lutte contre la Tuberculose
PNIMTNC	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PRONIANUT	: Programme National Intégré de l'Alimentation et de la Nutrition
PSM	: Procurement and Supply Management
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PV	: Procès Verbal
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
RR	: Rubéole Rougeole
S/C	: Sous Cutané
SARA	: Disponibilité et la capacité opérationnelle des services
S&E	: Suivi -Evaluation
SIDA	: Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SISCOM	: Système d'Information Sanitaire Communautaire
SISR	: Système d'Information Sanitaire de Routine
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SR	: Santé de la Reproduction
SSN	: Service de Supplémentation Nutritionnel
SSR	: Santé Sexuelle Reproductive
SSt	: Service de Stabilisation thérapeutique
STA	: Services Thérapeutiques Ambulatoires
TD	: Tétanos Diphtérie
TDR	: Test de Dépistage Rapide
TIC	: Technologie de l'Information et Communication
TPIg	: Traitement Préventif Intermittent Pendant la Grossesse
TPS	: Technicien de Promotion de la Santé

UNDAF : United Nations Development Assistance Framework  
USAID : United States Agency of International Development  
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine  
WHO : World Health Organization

## Table des matières

PREFACE .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
LISTE DES ABREVIATIONS .....	i
Table des matières .....	v
I. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE .....	1
I.1. Niveau central .....	1
I.2. Niveau intermediaire.....	1
I.3. Niveau peripherique.....	1
I.4. Niveau communautaire .....	1
III. FONCTIONNEMENT DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE ..	2
III.1. Fonctionnement.....	2
III.1.1. AU NIVEAU CENTRAL.....	2
III.1.2. Au niveau du Bureau Provincial de la Santé.....	3
III.1.3. Au niveau du Bureau du District Sanitaire.....	3
III.1.4. Au niveau des Formations Sanitaires .....	3
III.1.5. Au niveau communautaire .....	4
III.2. Circuit et délais de transmission de l'information sanitaire .....	4
III.2.1. Au niveau des FOSA.....	4
III.2.2. Au niveau du BDS.....	4
III.2.3. Au niveau du BPS .....	4
III.2.4. Au niveau central .....	4
III.3. Composantes du Systeme d'Information Sanitaire .....	4
III.3.1. Intrants.....	5
III.3.2. Processus .....	5
III.3.3. Extrants.....	5
IV. OBJECTIF DU GUIDE .....	6
V. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	6
VI. DIAGNOSTIC PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE .....	7
VI.1. Niveau communautaire .....	7
VI.2. Niveau des formations sanitaires .....	10
VI.3. Niveau du District sanitaire.....	12
VI.3. Niveau du Bureau provincial de santé .....	14
VI.4. Niveau central .....	14
VII. ANALYSE ET UTILISATION DE L'INFORMATION SANITAIRE.....	16
VII. 1. Au niveau communautaire .....	16
VII.2. Au niveau des formations sanitaires .....	19
VII.2.1. Au niveau des centres de santé .....	19
VII.2.2. Au niveau des hôpitaux .....	24
VII.3. Au niveau des districts sanitaires.....	30
VII.4. Au niveau des provinces sanitaires.....	31
VII.5. Au niveau central.....	32
VIII. DONNEES DEMOGRAPHIQUES .....	33
Références .....	34

Annexes .....	a
entretiens et visites de terrain .....	a
Traitement et analyse des données de terrain .....	b

## **I. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE**

Au Burundi, le système de santé est organisé sous forme pyramidale et s'articule autour de quatre niveaux à savoir : central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

### **I.1. NIVEAU CENTRAL**

Le niveau central comprend le Cabinet du Ministre, Secrétariat Permanent, l'Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida, quatre Directions Générales centrales (Services de Santé, Offre de Soins, Ressources et Planification). En outre, il comprend 10 administrations à gestion personnalisées.

### **I.2. NIVEAU INTERMEDIAIRE**

Le niveau intermédiaire est un niveau déconcentré du Ministère. Il comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans leur zone de responsabilité.

### **I.3. NIVEAU PERIPHERIQUE**

Le niveau périphérique est composé de 48 districts sanitaires et constitue le niveau opérationnel du système de santé. Il a le rôle de coordonner l'action sanitaire et d'encadrer les activités communautaires.

### **I.4. NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

Le niveau communautaire comprend les relais communautaires que sont les associations locales, les agents de santé communautaire, les Mamans Lumière, les comités de santé, les accoucheuses traditionnelles, les guérisseurs traditionnels ... Ces relais ont pour rôle d'assurer certaines prestations au niveau communautaire et servent de pont entre la communauté et le centre de santé. De façon opérationnelle, les prestations offertes au niveau communautaire sont sous la responsabilité du district sanitaire.

## **II. PRIORITES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE**

Le Burundi fait face au double fardeau de la morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. Les principales causes étant les maladies transmissibles (paludisme, le VIH/Sida, tuberculose, les autres infections respiratoires, les hépatites, Covid-19 etc.), les maladies non transmissibles [les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle (HTA), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies métaboliques comme le diabète, les cancers etc.

Face à ces divers défis, et pour contribuer à la réduction de la mortalité, de la morbidité, des handicaps et invalidités dont la majeure partie d'entre elles sont évitables par l'offre et l'utilisation de soins et services de santé de qualité, le MSPLS s'est doté d'un PNDS-III qui couvre la période 2019-2023. Articulé autour des 12 axes prioritaires ci-après, ce PNDS III



s'inscrit en droite ligne avec la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et du Plan National de Développement 2018-2027 et contribue à l'atteinte de leurs objectifs respectifs.

1. L'amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et du jeune, de la personne âgée ainsi que de la santé nutritionnelle de qualité ;
2. Le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
3. L'amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé ;
4. L'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques, des produits de laboratoire, du sang et des produits sanguins, et divers autres produits de santé ;
5. L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires ;
6. Le renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé ;
7. Le renforcement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
8. Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ;
9. Le renforcement des interventions du niveau communautaire ;
10. La lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé ;
11. Le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie, de la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles ;
12. Le renforcement de la gestion des questions des populations pour tendre vers le dividende démographique.

Le PNDS constitue un cadre de référence pour toutes les actions de développement sanitaire du pays, depuis le niveau central jusqu'au niveau communautaire.

### **III. FONCTIONNEMENT DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE**

#### **III.1. FONCTIONNEMENT**

Les données des soins et services de santé proviennent du recueil quotidien au niveau communautaire, des Centres de Santé et des Hôpitaux. Toute formation sanitaire (FOSA) fonctionnelle au Burundi a le devoir de transmettre les données sur les outils standards du SNIS. Il importe donc de décrire la méthodologie de collecte et d'analyse qui est utilisée à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

##### **III.1.1. Au Niveau Central**

Au niveau central ou national, la DSNIS est le lieu de convergence de toutes les informations sanitaires venant de tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle coordonne au niveau national toutes les activités en rapport avec la gestion du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) : (i) l'élaboration des directives de gestion du SISR, (ii) élaboration des outils standards (registres, canevas de rapportage, les outils de supervision) ; (iii) élaboration des curricula de formation sur la gestion du SISR et (iv) l'administration et la gestion du logiciel

DHIS2. La DSNIS veille au renforcement des capacités des cadres du niveau central, des BPS et BDS sur la gestion du SISR.

La DSNIS organise le traitement et l'analyse des données transmises par les formations sanitaires à travers le DHIS2 en collaboration avec les différents Programmes et Directions de Santé. Elle évalue la complétude, la promptitude et la qualité des données et puis élabore les rapports périodiques entre autres l'annuaire des statistiques sanitaires et les bulletins trimestriels. Elle fait également la retro information envers les Bureaux des Districts Sanitaires et des Provinces de Santé. Enfin, elle diffuse les données auprès des utilisateurs (administration, les partenaires, les ONGs, institutions de recherche et formation, ...).

### **III.1.2. Au niveau du Bureau Provincial de la Santé**

Le niveau provincial est le lieu de convergence de toutes les informations venant du niveau district. La province sanitaire veille au respect des normes et directives de la gestion du SISR, à la supervision et au renforcement des capacités des BDS sur la gestion du SISR.

Ce niveau organise le traitement et l'analyse des données transmises par les Districts Sanitaires à travers le DHIS2. Il évalue la complétude, la promptitude et la qualité des données, le processus de validation doit être terminé pour permettre au niveau supérieur d'avoir accès aux données. Il fait également la rétro-information envers les Districts Sanitaires. Enfin, il diffuse les données auprès des utilisateurs locaux (administration, les partenaires locaux, les confessions religieuses, les ONGs, ...).

### **III.1.3. Au niveau du Bureau du District Sanitaire**

Le district sanitaire veille au respect des normes et directives de la gestion du SISR, à la supervision et au renforcement des capacités des FOSA sur la gestion du SISR.

Ce niveau organise le traitement et l'analyse des données transmises par les formations sanitaires en utilisant le DHIS2. Il évalue la complétude, la promptitude et la qualité des données après le 10<sup>ème</sup> jour à compter la fin du mois concerné. Le processus de validation doit être terminé pour permettre les niveaux supérieurs d'avoir accès aux données. Il fait également la rétro information envers les FOSA. Enfin, il diffuse les données auprès des utilisateurs locaux (administration, les partenaires locaux, les confessions religieuses, les ONGs, ...).

### **III.1.4. Au niveau des Formations Sanitaires**

#### **➤ Au niveau des hôpitaux**

Les données sont collectées et analysées par service. A la fin de chaque mois, les chargés du SIS compilent ces données et préparent les rapports de statistiques mensuels. Les données sont disponibles et analysées en DHIS2 avant le 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant. Une analyse des données du SIS est organisée par le comité de gestion. Certains hôpitaux utilisent le système informatisé du dossier patient (Open Clinic, SidaInfo,...).

#### **➤ Au niveau des Centres de santé**

Les registres standards sont utilisés pour collecter les données des patients/clients. Le CDS compile et prépare les rapports de statistiques mensuels. Il analyse la complétude et la qualité des données (SISR et communautaire) et saisit les rapports mensuels dans le DHIS2 jusqu'au 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant. Les données du SIS communautaire sont également saisies au niveau des centres de santé.

### **III.1.5. Au niveau communautaire**

Les ASC se réunissent en Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC) pour produire un rapport mensuel GASC compilé sous la supervision du centre de santé au plus tard le 4<sup>ème</sup> jour du mois suivant. Les données des activités des Mamans Lumières sont intégrées dans le rapport GASC qui est transmis au CDS au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant.

## **III.2. CIRCUIT ET DÉLAIS DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SANITAIRE**

Les informations provenant du niveau communautaire sont transmises au niveau du CDS. Elles sont alors compilées, saisies et analysées au niveau des CDS. Les données produites par toutes les FOSA sont saisies dans le DHIS2 et accessibles pour les districts, provinces sanitaires et niveau central.

### **III.2.1. AU NIVEAU DES FOSA**

La saisie des rapports dans le DHIS2 doit être terminée au plus tard le dixième (10<sup>ème</sup>) jour du mois suivant après des corrections et ajustements appropriées dans le DHIS2. Le responsable de la formation sanitaire (MDH ou Titulaire du CDS) organise l'analyse et la validation des données de la FOSA et de la communauté (pour le CDS).

### **III.2.2. AU NIVEAU DU BDS**

L'analyse des données, par l'ECD, commence dès la saisie des données dans le DHIS2 faite par les chargés du SIS des FOSA. Une séance mensuelle d'analyse et correction des données est organisée au niveau du District à l'intention des Responsables des FOSA et des PTFs sous le lead du MCD. Ce dernier approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 25<sup>ème</sup> 28<sup>ème</sup> jour du mois suivant après cette séance.

### **III.2.3. AU NIVEAU DU BPS**

Le Médecin Directeur de la province sanitaire approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 30<sup>ème</sup> jour du mois suivant après analyse et validation faites par l'équipe cadre.

### **III.2.4. AU NIVEAU CENTRAL**

La base des données DHIS2 est verrouillée le 11<sup>ème</sup> jour du mois suivant afin d'éviter toute modification dans les données pendant la vérification FBP. Elle est ouverte de nouveau après la vérification pour des éventuelles corrections. Une séance mensuelle d'analyse des données est organisée par chaque Programme en collaboration avec les points focaux du SNIS avant le 20<sup>ème</sup> jour du mois suivant. Les rapports d'analyse sont transmis à la DSNIS pour compilation et transmission au niveau intermédiaire et périphérique au plus tard le 24<sup>ème</sup> jour du mois suivant pour correction. Les programmes et DSNIS doivent s'assurer conjointement que la correction a été faite par les chargés du SIS BDS/FOSA.

## **III.3. COMPOSANTES DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE**

La présente section rappelle les six composantes d'un système d'information sanitaire conformément au Réseau de Métrologie Sanitaire abrité par l'Organisation Mondiale de la Santé et les normes requises pour chacune des composantes, ainsi que la façon dont ces composantes interagissent pour produire une meilleure information en vue d'améliorer la

santé et la prise de décisions. Ces six composantes sont organisées en trois catégories comprenant les intrants, les processus et les extrants. Les intrants font référence aux ressources ; les processus renvoient à la façon de choisir les indicateurs et les sources de données et de recueillir et gérer les données ; tandis que les extrants traitent de la production, de la diffusion et de l'utilisation d'information. Ces six composantes s'articulent comme suit :

### III.3.1. Intrants

- **Ressources du système d'information sanitaire :** Cela inclut notamment :
  - Le cadre politique et institutionnel, infrastructures, ressources humaines matérielles et financières.
  - Le cadre politique identifie les principaux acteurs et les mécanismes de coordination et garantit les interactions nécessaires au suivi ;
  - La planification de l'information sanitaire est impérative pour en garantir la disponibilité, l'échange, la qualité et le partage opportuns pour assurer le plein fonctionnement du système de soins de santé, ainsi que les ressources requises pour faire en sorte qu'un tel système soit fonctionnel. Ces ressources comprennent le personnel, le financement, le soutien logistique, les technologies de l'information et des communications (TIC), ainsi que les mécanismes de leadership, gouvernance et de coordination des six composantes et de leurs éléments.

### III.3.2. Processus

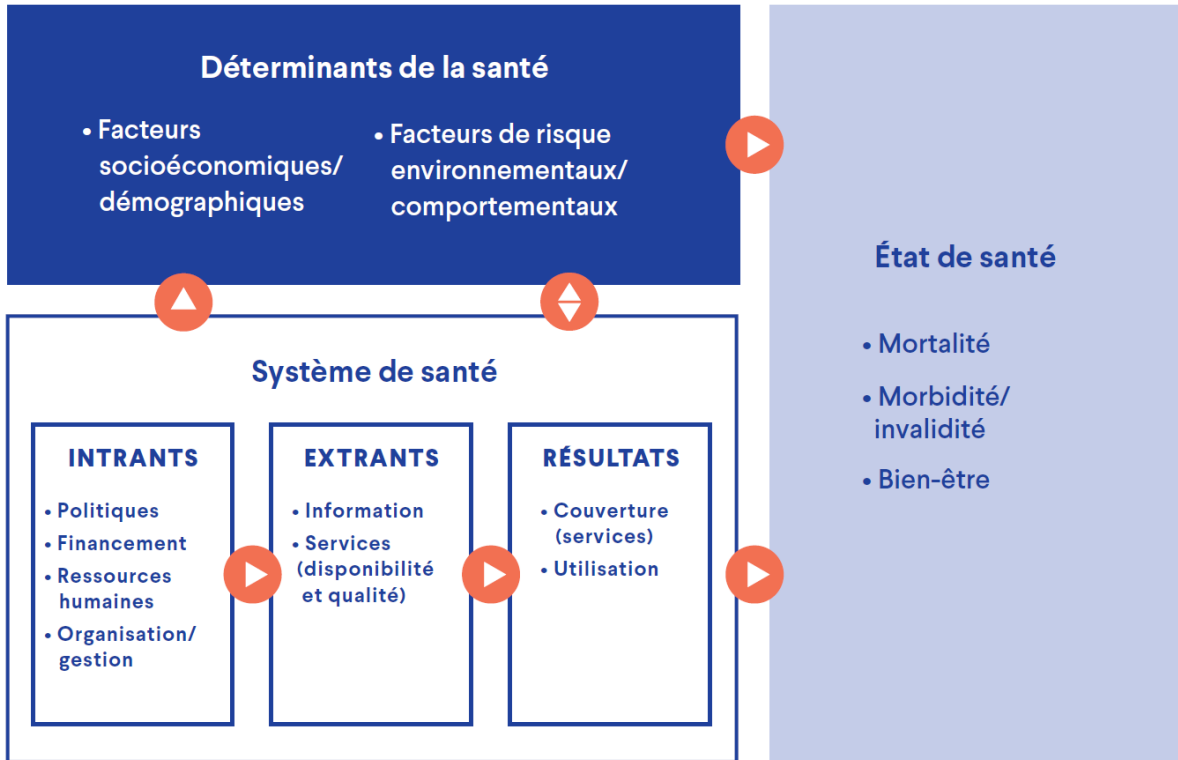
- **Indicateurs relatifs aux déterminants de la santé, au système sanitaire et à l'état de santé de la population.** Les plans et stratégies d'élaboration d'un système d'information sanitaire doivent reposer sur un ensemble d'indicateurs de base et de cibles connexes pour chacun des trois domaines d'information sanitaire. Les indicateurs englobent les déterminants de la santé, les intrants, extrants et résultats du système de santé, et l'état de santé.
- **Sources de données :** Les sources de données sont réparties en deux grandes catégories : (i) les données en population (bureaux de recensements et enquêtes populationnelles, enregistrements des faits d'état civil) et (ii) les données institutionnelles (dossiers individuels dans les formations sanitaires, dossiers de services et dossiers de ressources). Une variété d'autres approches de collecte de données et sources de données ne correspondent pas à ces grandes catégories, mais sont susceptibles de fournir une information complémentaire utile. Parmi celles-ci figurent des recherches, enquêtes et autres renseignements sur la santé que produisent occasionnellement des organisations de la société civile (OSC).
- **Gestion de données à l'aide de procédures écrites :** La gestion de données couvre l'ensemble des aspects du traitement des données, de leur collecte et stockage à l'assurance de leur qualité, en passant par leur compilation, analyse, publication et dissémination. Des exigences spécifiques touchant leur périodicité et degré d'actualité sont définies lorsque cela est essentiel, comme dans le cas de la surveillance des maladies.

### III.3.3. Extrants

- **Produits d'information** issus de la compilation et manipulation systématique des données de sources distinctes - agrégation, calcul, nettoyage, normalisation, fusion des

tableaux, combinaison et transposition des valeurs et codes, etc. – Les données sont converties en éléments de preuve et connaissances, deviennent information, base factuelle utile à la prise de décision qui serviront à orienter l'intervention en matière de santé.

- **Diffusion et utilisation de l'information** aux différents niveaux de la pyramide sanitaire – On peut accroître la valeur de l'information sanitaire en mettant cette information à la portée des décideurs (en tenant compte des contraintes sur les plans comportemental et organisationnel).



*Figure 1 : Composantes du Système d'Information Sanitaire*

#### IV. OBJECTIF DU GUIDE

Ce guide a pour but de faciliter la maîtrise, aux différents échelons (du niveau communautaire jusqu'au niveau central), de la collecte des données, de leur analyse et de leur interprétation, de leur revue et de leur utilisation. En outre, ce guide contribuera à orienter d'une part, les processus de prise de décisions par les programmes de santé et divers échelons de la pyramide sanitaire nationale et, d'autre part, les processus de planification à tous les échelons de la pyramide sanitaire nationale. Un tel exercice requiert des données valides, de qualité, justes, fiables et disponibles au moment opportun.

#### V. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Pour élaborer le présent Guide, une démarche méthodologique participative, inclusive, interactive et consensuelle impliquant les différents acteurs et partenaires à tous les échelons de la pyramide sanitaire et du système de soins a été adoptée.

La revue documentaire (en annexe) et les entretiens semi structurés conduits par le Consultant avec les différents acteurs et intervenants à tous les échelons du système national de santé ont

été complétés par des contributions écrites émanant des différentes institutions consultées. La collecte d'information s'est basée sur des recherches et analyses documentaires, des visites de terrain et des interviews des principaux acteurs et partenaires du MSPLS, en plus des focus-groupes.

## VI. DIAGNOSTIC PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Une analyse situationnelle par niveau de la pyramide sanitaire nationale a été conduite par le Consultant d'une part, pour mettre en exergue les principaux progrès réalisés, identifier les opportunités qui ont facilité l'atteinte des résultats notés ; et d'autre part pour dégager les défis majeurs ainsi que les contraintes qui ont entravé l'atteinte des résultats ; ainsi que les principaux éléments de convergence entre des entités de même échelon dans la pyramide sanitaire nationale. La section qui suit en présente succinctement les principaux résultats.

### VI.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE

#### ➤ Etat des lieux

- Le Burundi a développé un système de santé communautaire lui permettant d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire national. Ainsi, le Manuel des procédures en santé communautaire recommande un tandem d'ASC par sous-colline<sup>1</sup>, soit un homme et une femme.
- Les ASC regroupent les relais communautaires dont les accoucheuses traditionnelles, les tradipraticiens, les agents du comité collinaire de lutte contre le SIDA (COCOLS) et les groupes des « Mamans – Lumière ». Pour faciliter la collaboration avec les ASC ainsi que leur encadrement, la CTN/FBP recommande que ceux-ci soient organisés en **“Groupements d'agents de santé communautaire” (GASC)**. Les GASC signent des contrats de performance avec les FOSA et la CTN/FBP. Dans le cadre de la réalisation d'un paquet communautaire d'activités, les GASC sont formés à la collecte et à la compilation des données. A la fin de chaque mois, chaque GASC produit un rapport mensuel sous la forme d'un “Registre de synthèse”.
- Le MSPLS attribue une “zone d'intervention” à chaque partenaire au développement ainsi qu'aux partenaires de mise en œuvre. De manière globale, les GASC qui opèrent dans des zones d'intervention bénéficiant de l'appui d'un partenaire sont privilégiés (notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités, l'appui logistique, ...). Cependant, il convient de rappeler que certaines zones d'intervention ne disposent pas de partenaires d'appui.
- La planification est introduite progressivement à chaque niveau de la pyramide sanitaire, y compris au niveau des GASC.
- Sous la coordination du CDS et avec l'encadrement du TPS, l'ASC organise des réunions, prend en charge des cas, récupère les abandons et perdus de vue, organise des visites à domicile, surveille des événements survenus dans la communauté et contrôle l'hygiène et assainissement dans les ménages.
- L'ASC doit disposer d'outils de collecte pour une bonne gestion et transmission des données du SIS. Les données relatives aux services communautaires sont enregistrées

---

<sup>1</sup> Une sous-colline représente une entité administrative d'environ 1.000 habitants.

dans des outils standards conçus pour ce niveau. Pour le rapportage, les ASC réunis au sein du GASC rédigent le rapport en se servant des outils standardisés de collecte des données mis à leur disposition. Le GASC transmet le rapport d'activités mensuelles au plus tard le 5ème jour du mois suivant au CDS. Cependant, en cas de suspicion d'une maladie à potentiel épidémique, le rapportage se fait immédiatement au CDS. Les données compilées par le GASC sont mensuellement transmises au centre de santé auquel il est rattaché.

- **Chaque ASC est responsable du remplissage du registre.** Les registres du SIS communautaire sont standardisés et harmonisés. Remplir impérativement les registres qui consistent à renseigner les activités de routine menées par l'agent de santé communautaire ; l'ASC doit remplir clairement et lisiblement tous les outils de collecte de données ; l'ASC doit vérifier que tous les éléments de données et toutes les colonnes du registre sont correctement remplis ; les registres pleins sont classés au CDS dans un endroit sécurisé. Le président du GASC assure la compilation des données sous la supervision du TPS. La compilation des données se fait au plus tard le 4ème jour du mois suivant. Le rapport mensuel de la communauté est transmis au CDS au plus tard le 5ème jour du mois suivant.
- **Le TPS de la formation sanitaire est responsable de l'analyse des données du SIS communautaire.** A cet effet, il convoque une réunion mensuelle du GASC pour la compilation et l'analyse des données. La réunion d'analyse des données est tenue au plus tard le 5ème jour du mois suivant le mois rapporté. Tous les ASC, le président du GASC et le titulaire de la FOSA ou son représentant participent à la réunion d'analyse des données communautaires. Les participants à la réunion analysent la cohérence des données en comparant les données des services censés avoir les mêmes chiffres (par exemple : le nombre total des enfants testés positifs devrait être égal au total des blisters d'ACT administrés au cours du mois). Ils vérifient s'il n'y a pas de données aberrantes et procèdent à la correction. Ils analysent les tendances des principaux indicateurs de santé communautaire en comparant les périodes et les entités entre elles. Ils identifient les mesures à prendre en fonction des différentes situations que révèlent les données. Le TPS fait son rapport mensuel d'analyse qui montre la complétude des données, les tendances des indicateurs et les mesures proposées pour améliorer la situation.
- **Le Président du GASC est responsable de la transmission et de l'archivage des rapports mensuels d'activités.** Le président du GASC met à jour les données sur base des remarques de la réunion d'analyse des données. Le président du GASC pose sa signature sur le rapport mensuel définitif. Le président du GASC transmet une copie du rapport mensuel au titulaire du CDS de son ressort. Le titulaire du CDS ou son représentant doit signer pour la réception du rapport en marquant ses noms et prénoms, la date de réception et le cachet du CDS. Une copie du rapport mensuel du GASC est conservée dans un endroit sécurisé du bureau du GASC au CDS.
- Les registres servant à la collecte de données sont élaborés conjointement par la DSNIS et la DPS-SCE avec l'appui des partenaires du MSPLS. L'attention croissante accordée à la mesure des performances des services œuvrant à l'amélioration de l'état de santé de la population nécessite une révision périodique de ces supports pour répondre de manière satisfaisante à un maximum de besoins d'informations. A cet effet, la révision de ces registres se fait selon une périodicité triennale.
- **Nombre et nature des outils à compléter par le niveau communautaire**

Au niveau communautaire, la nature des registres s'articule autour de registres des cas traités, des registres de distribution à base communautaire, des registres d'hygiène et assainissement, des registres de récupération des abandons, des registres de référence et

contre-référence, des registres de sensibilisation, des registres de visite à domicile, des registres de surveillance épidémiologique et le canevas de rapport GASC pour les agents de santé communautaire.

Chaque ASC complète mensuellement les 8 registres ci-après, ainsi qu'une fiche de stock pour chaque intrant reçu dans le cadre du SIGL. Il s'agit des registres suivants :

1. Registre "Visite à domicile (*Igitabo c'ingo zagendewe*)"
2. Registre "Sensibilisation (*Igitabo c'inyigisho zijanye n'amagara meza*)"
3. Registre "Hygiène et assainissement (*Igitabo c'ivyerekeye isuku no gutunganya aho tubaye*)"
4. Registre "Distribution à base communautaire" (*Igitabo co gutunganya imiti n'ibindi bikoresho*)"
5. Registre "Récupération des abandons" (*Igitabo c'abarondewe bagasubizwa ku miti*)"
6. Registre "Référence et contre-référence" (*Igitabo canditswemwo abarungitwe kw'ivuriro n'icemeza ko bashitseyo*)"
7. Registre "Evenements survenus à domicile" (*Igitabo co gukurikirana indwara z'ivyaduka n'izindi ngorane zashitse mu vyerekeye amagara y'abantu*)"
8. Les ASC chargés de traiter les maladies au sein de la communauté (ICCM, Paludisme, Pneumonie, Maladies diarrhéiques, Dépistage de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans) sont tenus de compléter un 8ème registre « Cas traités ».

A la fin de chaque mois, les ASC se retrouvent au sein du GASC pour préparer leur rapport mensuel en intégrant les données qui proviennent du registre « FARN et suivi post FARN » tenu par les Mamans Lumière.

### ➤ Défis

Cinq (05) principaux défis sont notés :

- La multiplicité et la grande diversité de variables à collecter par l'ASC et les GASC (en plus des multiples activités confiées à ces acteurs et reprises dans le cahier de charges de l'ASC<sup>2</sup>) génèrent une forte surcharge de travail incompatible avec le statut de bénévole des ASC et de profil éducationnel relativement faible.
- Les effectifs des ASC sont relativement réduits et leur faible profil éducationnel ne leur permet pas de répondre correctement aux prescrits de leur cahier de charges et de remplir les tâches qui leur sont confiées. En effet, le niveau minimal de formation exigé pour un ASC de 6ème primaire<sup>3</sup> en fonction de la disponibilité des candidats ne semble pas en adéquation avec son cahier de charges qui lui demande de collecter les données, de conduire, d'une part, une analyse approfondie des données collectées et de détecter, le cas échéant, d'éventuelles "anomalies" et, d'autre part, d'utiliser ces données dans des processus de planification et de prise de décisions ... avant de les transmettre aux CDS. Les faibles capacités techniques des ASC limitent la profondeur des analyses conduites : il est, de ce fait, difficile de comprendre sur quels principes se fait cette analyse ; quelles données sont analysées ; comment s'organise la triangulation des données (exemple: nombre d'enfants vaccinés versus nombre de doses administrées). Selon toute vraisemblance, il s'agit là d'une opportunité manquée.

---

<sup>2</sup> Manuel des procédures de santé communautaire

<sup>3</sup> Ecole élémentaire



- En dépit des difficultés documentées ci-dessus, les GASC planifient comme stipulé dans leur cahier de charges, mais utilisent rarement - dans leur processus de planification - les données qu'ils ont collectées. Il y a lieu de s'interroger sur la pertinence des données que les GASC collectent, mais qu'ils ne vont pas utiliser.
- Chaque GASC est encadré par un TPS, mais plus de 50% des CDS ne disposent pas actuellement de TPS. Dans les provinces sanitaires visitées par la mission, on trouve un TPS pour 2 à 3 CDS (effectifs largement en-deçà des prescrits des Normes sanitaires nationales). Dans les CDS qui ne disposent de TPS, la circulaire ministérielle N° 5357/CAB/2020 confie ce rôle à l'infirmier titulaire-adjoint du CDS qui, par ailleurs, est également en charge de la saisie des données communautaires et celles générées par le CDS dans la plateforme DHIS2. Une telle situation est à la base d'une surcharge de travail des points focaux censés suppléer l'absence de TPS. Il en résulte un faible encadrement des ASC.
- La rétro-information du CDS en direction du niveau communautaire ne se fait pas: cette rétro-information aurait permis de valoriser le travail des ASC et de corriger certaines insuffisances. L'absence de TPS et la surcharge des titulaires – adjoints des CDS explique partiellement cette situation.

## **VI.2. NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES**

### **➤ Etat des lieux**

#### **Centres de santé :**

- Le CDS compile toutes les données générées par le niveau communautaire et au niveau du CDS lui-même. Le CDS est en principe chargé de vérifier et de valider ces données avant de les saisir dans la plateforme DHIS2.
- Les données sur les maladies à potentiel épidémiques sont analysées et transmises via DHIS2 à un rythme journalier. Les données des prestations de services sont analysées sur un rythme mensuel à travers le DHIS2. L'analyse se fait en équipe à travers les données saisies en DHIS2 ou en utilisant les rapports papiers en cas de besoin. Un exemplaire du rapport est systématiquement rempli et photocopié : une copie est transmise au niveau supérieur, l'autre est gardée et classée. Au niveau de la structure sanitaire, la conservation des données se fait sur les formulaires de rapports, rassemblés dans un classeur annuel. Chaque formulaire de rapport mensuel doit être également saisi dans la base de données DHIS2. Les données de prestation de services sont compilées, et saisies dans DHIS2.
- Le CDS renseigne les 19 registres suivants chaque mois: (1) accueil, (2) consultation curative enfant, (3) consultation curative adulte, (4) accouchement, (5) consultation prénatale, (6) consultation postnatale, (7) vaccination des enfants, (8) décès, (9) éducation pour la santé, (10) laboratoire, (11) mise en observation, (12) planification familiale, (13) service de supplémentation nutritionnelle, (14) service thérapeutique ambulatoire, (15) supervision et visite, (16) surveillance infantile, (17) vaccination des femmes en âge de procréer, (18) jeunes et adolescents, (19) dépistage volontaire et le canevas de rapport mensuel pour les CDS.
- Le chargé du SIS doit consulter tous les registres pour élaborer le rapport mensuel du CDS, saisir les données dans DHIS2 et assurer la qualité des données.
- Le / la titulaire-adjoint (e) - désigné (e) par la Circulaire ministérielle N° 5357/CAB/2020 comme étant en charge du SIS au niveau du CDS – collecte, saisit les données dans la plateforme DHIS2 et les transmet à l'échelon supérieur, très souvent sans les avoir

analysées “faute de temps” et par souci “de respecter les délais imposés” par le calendrier de transmission des données...

- Le chargé du SIS au niveau du CDS est responsable de la compilation et de la saisie des rapports mensuels dans le DHIS2. A cet effet, il vérifie si les dossiers et registres sont bien remplis, bien tenus et bien classés. Il compile les données de tous les services du CDS dans le rapport mensuel d’activités du CDS. Il assure la saisie des données du CDS et de la communauté dans le DHIS 2. La saisie des rapports (de la formation sanitaire et de la communauté) dans le DHIS2 doit être terminée au plus tard le cinquième (5ème) jour du mois suivant. Il vérifie la complétude et la cohérence des données transmises par les différents services, et procède aux corrections et ajustements appropriés dans le DHIS2. Il fait la mise à jour des données de la FOSA (et de la communauté) après la réunion d’analyse et de validation des données organisée par le responsable. Il assure l’archivage des rapports mensuels d’activités et des registres remplis dans un local approprié et sécurisé. Il s’assure de la disponibilité permanente des formulaires et registres dans l’institution.

## **Hôpitaux**

- Le Chargé du SIS compile toutes les données générées par les services de l’hôpital. Il est en principe chargé de vérifier et de valider ces données avant de les saisir dans la plateforme DHIS2.
- Les données sur les maladies à potentiel épidémiques sont analysées et transmises via DHIS2 à un rythme journalier. Les données des prestations de services sont analysées sur un rythme mensuel à travers le DHIS2. L’analyse se fait en équipe à travers les données saisies en DHIS2 ou en utilisant les rapports papiers en cas de besoin.
- Au niveau de l’hôpital, on y trouve les registres de (1) accueil hospitalisations, (2) consultation curative enfant, (3) consultation curative adulte, (4) accouchement, (5) consultation prénatale, (6) consultation postnatale, (7) urgences, (8) décès, (9) transfusion, (10) laboratoire, (11) actes, (12) planification familiale, (13) SST, (14) Gynéco-obstétrique, (15) supervision et visite, (16) Bloc opératoire, (17) Entrées et sorties, (18) Accueil consultation externe, (19) dépistage volontaire.
- Le chargé du SIS doit consulter tous les registres pour élaborer le rapport mensuel de l’hôpital, saisir les données dans DHIS2 et assurer la qualité des données.

## **➤ Défis**

L’analyse situationnelle a permis de noter huit (08) principaux défis que la DSNIS et ses partenaires devront s’atteler à relever. Il s’agit notamment de :

- Selon les Normes sanitaires nationales, les CDS mettent en œuvre des activités curatives, préventives, promotionnelles, des stratégies avancées, et réalisent régulièrement des visites à domicile. Cependant, les CDS ne disposent en moyenne que de 2 à 4 infirmiers qualifiés pour s’acquitter de ces activités diverses et variées : selon toute vraisemblance, les effectifs très réduits de RH qualifiées dans les CDS ne sont pas en adéquation avec la nature et le volume de travail confiés aux CDS.

Le CDS doit renseigner, chaque mois, les 19 registres décrits plus haut Il en résulte trop de données à collecter, trop de registres et de variables à renseigner, peu d’analyse réalisée sur les données collectées et peu / pas de rétro-information en direction des GASC du niveau

communautaire. Cette surcharge de travail a un impact effectif sur la qualité et la fiabilité des données.

- En cas d'absence ou d'empêchement du / de la Titulaire, le / la titulaire-adjoint (e) du CDS le / la remplace et prend en charge l'ensemble des activités du CDS. La circulaire ministérielle N° 5357/CAB/2020 confie à l'infirmier titulaire-adjoint du CDS le rôle de saisie des données communautaires et celles générées par le CDS dans la plateforme DHIS2 Dans 50% des cas , les CDS n'ont pas de TPS pour l'encadrement des activités communautaires. Cette surcharge de travail des responsables du CDS ( collecte, saisie et analyse des données, encadrements des ASC là où il n'ya pas de TPS) est susceptible d'avoir un impact négatif sur la qualité, l'exactitude et la fiabilité des données générées à ce niveau.
- Suite à l'insuffisance des ressources humaines, le temps effectivement réservé à la collecte / la saisie / l'analyse / le contrôle de cohérence / la validation des données par le chargé du SIS du CDS (Titulaire-Adjoint) avant leur saisie dans la plateforme DHIS2 et transmission de ces données à l'échelon supérieur est marginal. Le chargé du SIS collecte, saisit et transmet les données, mais n'analyse pas ces données (pour respecter les délais de transmission, et éviter d'accuser un retard qui pourrait lui valoir des pénalités par le FBP). Des conséquences négatives susceptibles d'affecter la qualité et la fiabilité des données s'en suivent, et notamment de nombreuses incohérences retrouvées dans les données enregistrées dans la plateforme DHIS2
- La connexion Internet est peu stable dans de nombreux DS; situation susceptible de générer des retards et de perturber les étapes d'analyse, de validation et d'approbation des données.
- La collecte de l'information sanitaire au niveau des FOSA reste encore mécanique. :tout se passe comme si les prestataires des FOSA collectent les données pour d'autres acteurs et non pour eux-mêmes Il faudrait que les données collectées puissent d'abord être utilisées par celles / ceux qui les produisent.

### **VI.3. NIVEAU DU DISTRICT SANITAIRE**

#### **➤ Etat des lieux**

- Le district sanitaire organise le traitement et l'analyse des données transmises par les formations sanitaires en utilisant le DHIS2. Il assure la coordination, la formation et l'encadrement des FOSA.
- L'Equipe cadre du District sanitaire (ECD) est responsable de l'analyse de la qualité des données. A cet effet, l'ECD (i) analyse la complétude et les règles de validation violées ; ; (ii) élabore pour chaque FOSA un rapport d'analyse qui montre les incohérences dans les données et les valeurs aberrantes ; (iii) transmet officiellement à la FOSA le rapport de retro-information au plus tard le 15ème jour du mois suivant. Cette tâche est coordonnée par le MCD après la réunion d'analyse des données de l'équipe cadre ; (iv) fait le suivi du feed-back du rapport au niveau des FOSA ; (v) s'assure que les rapports des FOSA dans le DHIS2 sont corrigés ; (vi) analyse les tendances des indicateurs de santé sur les données

corrigées. Le MCD est responsable de la validation des données. Le BPS ne peut accéder à ces données qu'après leur validation par le MCD.

- Le chargé du SIS du BDS, est responsable de la Saisie des données, analyse, diffusion de l'information sanitaire et d'archivage des rapports des FOSA. Chaque mois, le chargé du SIS du BDS affiche les tendances des indicateurs sanitaires clés du district. L'ECD identifie les indicateurs en souffrance et propose des solutions pour les améliorer.
- L'affectation d'un agent spécifiquement "Chargé du SIS" au niveau du DS (Gestionnaire SIS / DS) témoigne de l'intérêt que le MSPLS accorde au système d'information sanitaire. Néanmoins, des efforts additionnels restent nécessaires pour impacter significativement le système national d'information sanitaire. Dans son ancien cahier de charge, cet agent était chargé de la saisie des données de l'ensemble du DS. Aujourd'hui, cette tâche est dévolue au CDS qui saisit les données directement dans la plateforme DHIS2.
- Un plan d'informatisation des FOSA est en cours d'exécution : sa mise en œuvre effective pourrait contribuer à atténuer sensiblement et, à terme, résoudrait la problématique de la "collecte parallèle" .

### ➤ Défis

L'analyse situationnelle a permis de retenir les principaux défis ci-après :

- La problématique des dénominateurs : le dernier recensement général de la population et de l'habitant remonte en 2008. Actuellement, la DSNIS applique un taux d'accroissement démographique moyen national de 2.4% par an. Cependant, certaines provinces, notamment celles dont le taux d'accroissement démographique est inférieur au taux d'accroissement démographique moyen national s'accommodent mal de ces taux (exemple : taux d'accroissement démographique en Province de Mwaro : 1.5% par an). Pour se rapprocher de la réalité, certaines provinces appliquent les taux d'accroissement démographique annuels spécifiques à chaque province. D'autres utilisent les projections démographiques communales 2010-2050 éditées par l'ISTEEBU en Février 2020. D'autres encore procèdent à un dénombrement. Mais il arrive que, dans une même province, les DS adoptent des modes de calcul différents, ce qui pose le problème de "comparabilité des données générées".

L'ISTEEBU a procédé à une projection de la population burundaise jusqu'à l'horizon 2050. Son caractère scientifique mérite d'être salué car ce travail offre une excellente visibilité au planificateur. Néanmoins, quelques limites méritent d'être soulignées ici :

- ✓ D'une part, la prise en compte d'un scénario unique d'évolution de la population (moyen ou central qui est utilisé par les décideurs) ;
- ✓ Le temps accroît également l'incertitude des projections : les projections sur de plus longues périodes sont moins sûres que les projections à court terme en raison des effets cumulatifs des inexactitudes dans les hypothèses au fil du temps.
- ✓ La non-prise en compte de la migration.
- Une analyse des données du PEV a révélé un phénomène récurrent de taux de couverture vaccinale supérieur à 100% en raison de la versatilité des données démographiques de base.
- La problématique de la mobilité excessive des ressources humaines les plus qualifiées au niveau du DS. Cette mobilité induit des besoins nouveaux en matière de formation des nouveaux membres du staff, besoins à prendre en compte : impliquer les partenaires dans l'analyse de la réponse à ces besoins.

- Lorsque l'ECD prépare les missions de supervision, elle n'utilise pas les données générées par les FOSA (CDS et Hôpitaux). Par ailleurs, le chargé du SIS / DS n'est pas systématiquement intégré à l'équipe qui va en mission de supervision.
- L'interaction entre l'ECD et les équipes de vérificateurs CTN / FBP : les équipes des vérificateurs FBP contrôlent la qualité et la quantité des informations recueillies. Après la séance de vérification et le départ des équipes de vérificateurs, les prestataires n'arrivent pas à corriger toutes les données malgré le déverrouillage de la base du 25 au 30 de chaque mois. Les recommandations ne sont pas prises en compte, dans la mesure où le PV de vérification contient toutes les observations des vérificateurs faites en présence de l'ECD qui participe à la validation. De plus, ces observations ne font pas l'objet de supervision.
- Les capacités d'analyse et/ou de prise de décisions basées sur les données restent faibles tant au niveau des CDS que des DS. . On note un retard de l'approbation des données dans DHIS2 par certains BDS et BPS. L'approbation n'est pas compatible avec le besoin de disposer de données en temps réel et pourrait laisser place à l'éclosion de "systèmes parallèles de collecte de données" chez certains partenaires qui doivent rapporter en temps réel auprès de leurs bailleurs.  
Ce retard de validation des données est lié au manque d'appropriation de la qualité des données par les responsables.  
Au niveau de chaque DS, l'ECD comprend des points focaux superviseurs des programmes [PNSR, PNLs, PNLt, PNLIP, PEV ...]. Cependant On note que ces points focaux ne s'approprient pas de la qualité des données de leurs programmes respectifs.

### **VI.3. Niveau du Bureau provincial de santé**

#### **➤ Etat des lieux**

- Le niveau provincial est le lieu de convergence de toutes les informations venant du niveau périphérique. Le niveau provincial organise le traitement et l'analyse des données transmises par les Districts Sanitaires à travers le DHIS2, évalue la complétude, la promptitude des rapports et la cohérence entre les données ; prépare et transmet un rapport de rétro-information en direction des DS et approuve les données en provenance des DS pour permettre au niveau supérieur d'avoir accès à ces dernières.
- Chaque mois, le chargé du SIS du BPS affiche les tendances des indicateurs sanitaires clés de la province. L'ECP du BPS identifie les indicateurs en souffrance et propose des solutions pour les améliorer.
- Chaque trimestre, un atelier d'analyse, de revue et de validation des données est organisé par chaque BPS en étroite collaboration avec les DS, programmes et la DSNIS.
- Le Médecin provincial diffuse les données auprès des utilisateurs locaux (l'administration, les partenaires locaux, les confessions religieuses, les ONGs, ...).

### **VI.4. Niveau central**

#### **➤ Etat des lieux**

- Au niveau central, la DSNIS est le lieu de convergence de toutes les informations sanitaires venant de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- La DSNIS coordonne toutes les activités en rapport avec la gestion du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR): (i) l'élaboration des directives de gestion du

SISR, (ii) l'élaboration des outils standards (registres, canevas de rapportage, les outils de supervision) en collaboration avec les départements et programmes de santé ; (iii) l'élaboration des modules de formation sur la gestion du SISR et (iv) l'administration et la gestion du logiciel DHIS2. La DSNIS veille au renforcement des capacités des cadres du niveau central, des BPS et BDS sur la gestion du SISR.

Le niveau central a pour responsabilité de fournir aux décideurs centraux des données et des recommandations sur les statistiques reçues en temps réel en vue d'une planification et de prise de décisions basées sur les évidences. Il est également responsable de la préparation et de la diffusion de l'annuaire des statistiques sanitaires ; de la production du bulletin trimestriel, de rétro-information, de la promotion de l'utilisation des données, notamment au niveau des institutions publiques, parapubliques et privées. Ce niveau est également responsable du partage avec les instances internationales en ce qui concerne les statistiques du SNIS.

- **Exploitation et rétro-information.** L'exploitation et la retro-information se font à tous les niveaux, ce qui varie c'est la périodicité. Les formations sanitaires font l'analyse et la retro-information chaque mois, les districts, les provinces et le niveau central font l'analyse et la retro-information chaque trimestre. L'analyse des données commence au niveau le plus périphérique. Pour cela, les formulaires d'aide à l'analyse locale sont standardisés permettant de totaliser mois après mois les données et de suivre leur évolution dans le temps, soit sur tableaux, soit sur graphiques dits d'analyse temporelle. La DSNIS recommande que les données soient utilisées localement.
- **La rétro-information** restitue les données sous forme de tableaux, de graphiques et donne une image dynamique comparative aux divers niveaux de la pyramide sanitaire. Le rapport de rétro-information envoyé aux BPS /BDS comprend 3 volets : (i) des tableaux et graphiques, remarques ou commentaires par la structure sanitaire; (ii) une synthèse de ce qui se passe dans toute l'entité géographique; (iii) des informations et les recommandations générales du niveau émetteur de l'information. Au niveau central, la DSNIS produira et diffusera trimestriellement un bulletin à tous les niveaux du SNIS et aux partenaires.
- Chaque Programme de santé dispose jusqu'à présent d'une unité de suivi-évaluation qui analyse et diffuse les informations spécifiques au Programme.
- ✓ Chaque trimestre, la DSNIS organise un atelier d'analyse, de revue et de validation des données en étroite collaboration avec les programmes et d'autres départements et projets de santé du MSPLS. La DSNIS organise trimestriellement des supervisions formatives et de corrections des données.
- La dimension "horizontale" de l'information sanitaire : Problématique de la coordination des données
- ✓ Dans l'optique de mettre à disposition des utilisateurs des données sanitaires fiables et de qualité. Un Annuaire des statistiques sanitaires et des bulletins trimestriels ont été régulièrement produits, et une plateforme Web DHIS2 a été mise en place permettant ainsi d'assurer la disponibilité, en temps réel, de l'information sanitaire en ligne.

La DSNIS avec l'appui des partenaires compte renforcer les mécanismes d'intersectorialité et d'interopérabilité entre (i) la base DHIS2 et les autres logiciels.

➤ **Défis**

- Le recours aux données du SNIS pour la planification ou l'allocation des ressources est loin d'être la règle ;
- Ces faiblesses ont pour conséquences au niveau national la difficulté de suivre et d'évaluer l'utilisation des ressources, une planification pas toujours orientée vers l'équité et l'impossible monitoring du processus de viabilisation des districts de santé ;
- De nombreux acteurs se plaignent du fait que le SNIS ne partage pas les informations en temps réel (afin de leur permettre d'utiliser ces informations dans leurs processus de planification et de prise de décisions) ;
- La réalisation de certaines enquêtes qui servent à alimenter les bases de données ne respecte pas leur périodicité. Par exemple, la dernière version des "Comptes nationaux de la santé" date de 2013, et la dernière enquête sur la disponibilité des services remonte à 2017.

## **VII. ANALYSE ET UTILISATION DE L'INFORMATION SANITAIRE**

### **VII. 1. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

Le niveau communautaire constitue un "maillon incontournable" dans le circuit de collecte des données sanitaires.

Avant de procéder à la transmission du rapport GASC au CDS pour la saisie, le GASC procède, au cours de sa réunion mensuelle avec l'ensemble des ASC sous l'encadrement du TPS/Point focal communautaire au niveau du CDS, au contrôle de la qualité des données collectées. A cet effet, les paramètres ci-après sont soigneusement analysés :

- La complétude des rapports et des données transmises par les différents ASC afin d'identifier les valeurs manquantes ;
- L'exactitude des données collectées et rapportées : Pour chaque ASC, le président du GASC doit vérifier si les registres sont bien remplis et bien tenus ; et comparer les chiffres des différents rapports transmis par les différents ASC avec les données contenues dans leurs registres ;
- La vérification de la cohérence interne des données collectées :

➤ **Identification :**

- ✓ Le nombre d'ASC doit être supérieur ou égal au nombre d'ASC iCCM;
- ✓ Le nombre de rapports rendus doit être inférieur ou égal au nombre d'ASC ;
- ✓ Le nombre de rapports rendus doit être supérieur ou égal au nombre de rapports rendus à temps ;
- ✓ Le nombre de ménages ne doit pas changer avant une période de 6mois.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Guide remplissage du registre

➤ **Visites à domicile**

Le nombre de ménages visités doit être supérieur ou égal au nombre de ménages disposant CAM, MIILDA, latrine adéquate, douche, fosse à ordures.

➤ **Référence et contre référence**

- ✓ Le nombre d'enfants avec MUAC rouge doit être égal au nombre d'enfants référés pour MAS ;
- ✓ Le nombre de cas référés doit être supérieur ou égal au nombre de cas référés accompagnés par une ASC pour chaque thématique.
- ✓ Le nombre de cas référés doit être supérieur ou égal au nombre de cas contre référés pour chaque thématique.

➤ **Récupération des abandons**

Le nombre de cas récupérés doit être supérieur ou égal au nombre de cas récupérés accompagnés par une ASC.

➤ **Prise en charge des enfants à domicile (iCCM)**

- ✓ Le nombre de cas testés doit être supérieur ou égal au nombre de cas testés positifs
- ✓ Le nombre d'enfants dépistés avec MUAC doit être inférieur ou égal au nombre d'enfants consultés par ASC ;
- ✓ Le nombre de cas testés positifs doit être supérieur ou égal au total des cas de paludisme traités
- ✓ Le total des enfants reçus doit être égal au total des enfants reçus avant et après 24 heures ;
- ✓ Le total de cas traités doit être supérieur ou égal au nombre de cas guéris ;
- ✓ Le total des cas de diarrhée traités avant 24h doit être supérieur ou égale au nombre des cas de diarrhée traités avant 24h et guéris ;
- ✓ Le total des cas de Pneumonie traités avant 24h doit être supérieur ou égale au nombre des cas de Pneumonie traités avant 24h et guéris.

➤ **Distribution à base communautaire : Gestion des médicaments et autres intrants**

- Nombres de TDRs consommés doit être supérieur ou égal au nombre de cas testés ;
- 
- Quantité de SRO consommé doit être égal au nombre de cas de diarrhée traités fois trois
- Vérifier l'existence des médicaments périmés ;
- Le stock restant à la fin du mois doit être égal au stock début du mois suivant.

➤ **Prise en charge des enfants dans les FARN**

- ✓ Nombre d'enfants avec MUAC Jaune doit être inférieur ou égal au total d'enfants admis dans les FARN



- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants malnutris dépistés en jaune est inférieur ou égal aux nombres d'enfants prise en charge dans les FARNs (Foyers d'apprentissage et réhabilitation nutritionnelle)
- ✓ Vérifier si le nombre de cas dépistés en rouge est inférieur au nombre d'enfants dépistés en jaune
- ✓ Vérifier si le nombre de cas dépistés en jaune est inférieur à celui d'enfants dépistés en vert
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants ayant gagné le poids dans les FARNs est inférieur ou égale au nombre d'enfants ayant participé dans les FARNs
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants ayant perdu le poids lors des FARNs est inférieur ou égale au nombre d'enfants ayant participé dans les FARNs
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants ayant gardé le même poids (poids stationnaire) lors des FARNs est inférieur ou égale au nombre d'enfants ayant participé dans les FARNs
- ✓ Le total des enfants qui ont gagnés, perdus et gardé le poids doit être égal aux nombres d'enfants qui ont participé dans les FARNs

#### ➤ **Tenue des réunions**

Nombre des ASC ayant participé à la réunion doit être inférieur ou égal au nombre total d'ASC du GASC

#### ➤ **Gestion financière**

- ✓ Montant restant dans la caisse à la fin du mois doit être égal au montant disponible au début du mois suivant

Au terme de la réunion d'analyse et de validation des données avec l'ensemble des ASC, le GASC procède aux corrections et ajustements nécessaires avant de transmettre le rapport mensuel au CDS.

#### ❖ **Mesures d'accompagnement**

Selon toute vraisemblance, les données du niveau communautaire requièrent une amélioration. Trois (03) mesures d'accompagnement sont soumises à l'appréciation du MSPLS :

- **Besoin de réduire le nombre de variables à collecter** : “Ne collecter que les données que l'on va utiliser”. Il est donc nécessaire de revisiter tous les outils de collecte de données et d'identifier les données non utilisées, et probablement non utiles. Cet exercice aboutira très probablement à l'actualisation du “Manuel de procédures de santé communautaire”. Pour ce faire, une discussion conjointe entre la DSNIS et les Programmes et Projets nationaux de santé est nécessaire pour identifier ensemble les données non utilisées, et probablement non utiles d'une part et, d'autre part, pour les convaincre à accepter de réduire le niveau de détail concernant les données souhaitées.
- **Besoin de moderniser l'outil de collecte des données et de développer une application permettant de digitaliser les données communautaires** et de les paramétrer dans les téléphones mobiles des ASC. Une telle application digitale permettra d'envisager la transmission des données du niveau périphérique / intermédiaire vers le niveau central en temps réel, permettant au MSPLS d'organiser la réponse en temps réel versus. A titre

illustratif, (i) l'organisation de la riposte face aux maladies à potentiel épidémique le cas du COVID 19; (ii) le suivi des niveaux des stocks de vaccins et des couvertures vaccinales pour le PEV, ... Les prérequis seront examinés. Pour cela et avant toute digitalisation, un travail préliminaire de nettoyage - portant sur les informations disponibles afin de ne garder dans le DHIS2 que les données utiles, utilisables / utilisées pour la programmation et la planification sera nécessaire.

- **Besoin de renforcer et systématiser la “rétro-information” des niveaux supérieurs vers le niveau décentralisé et la périphérie**, et plus particulièrement le niveau communautaire, afin de valoriser l'utilité des données collectées et le travail de celles / ceux qui les collectent.

#### ❖ **Calendrier d'analyse et de transmission des données par les GASC**

- Elaboration du rapport-synthèse de chaque ASC : le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant ;
- Réunion GASC pour préparer le rapport GASC du mois en cours : au plus tard le 4<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Transmission du rapport GASC vers le CDS : au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant.

### **VII.2. AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES**

Au niveau des formations sanitaires, deux types de données sont saisies dans le DHIS2, à savoir : les données agrégées et les données individuelles.

#### **VII.2.1. AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTÉ**

- L'instruction ministérielle N° 5357/CAB/2020 du 29/10/2020 désigne le / la titulaire-adjoint (e) comme étant en charge du SIS au niveau du CDS ;
- Le titulaire organise une réunion des prestataires de soins pour analyser les données au plus tard le 9<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Tous les prestataires de soins, le président du GASC et le responsable du COSA participent à la réunion d'analyse des données du CDS et de la communauté ;
- Les participants à la réunion analysent :

#### ❖ **Complétude :**

- ✓ **La complétude des rapports :** vérifier l'existence de deux rapports physiques (celui du CDS et du GASC) et vérifier dans DHIS2, à travers l'application « Tableau croisé dynamique », que le taux de complétude est de 100% pour tous les formulaires du CDS et du GASC ;  
La complétude du rapport SIMR est aussi analysée.
- ✓ **La complétude des données :** vérifier que le rapport physique intègre les données de tous les services fonctionnels et de la communauté, que les données attendues sont effectivement renseignées et analyser les données manquantes à l'aide de « **WHO Data Quality Tool** » de tous les formulaires.

Pour les FOSA CDT, vérifier la complétude des données individuelles à travers l'application « Tracker »

- ❖ **Exactitude :** Comparer les données saisies dans DHIS2 avec les celles se trouvant dans les différents outils de collecte (registres, fiches, canevas de rapport) ;

### ❖ **Cohérence interne :**

- Analyser les règles de validation violées à l'aide de l'application « Qualité des données » ;
- Vérifier la tendance des données manquantes et atypiques pour les six derniers mois successifs à l'aide de l'application « WHO Data Quality Tool » de tous les formulaires du CDS et du GASC
- Effectuer les analyses suivantes :

### ✚ **Programme Elargie de Vaccination (PEV)**

- ✓ Vérifier si le stock fin du mois est égal au stock au début du mois suivant pour tous les antigènes ;
- ✓ Pour BCG, vérifier si la quantité en stock est multiple de 20 ;
- ✓ Pour le RR, vérifier si la quantité en stock est multiple de 10 ;
- ✓ Comparer les enfants complètement vaccinés et les enfants ayant reçu le RR2 ou le DTC4
- ✓ Suivi de la cohorte des enfants ayant reçu le RR1 : comparer les enfants ayant reçu le RR1 et ceux ayant répondu au rendez-vous de dix-huit mois pour RR2 ; et rechercher les abandons (exemple : comparer les enfants ayant reçu le RR1 en Mars 2020 et ceux ayant reçu le RR2 en Octobre 2020. Si la différence est grande (supérieure à 5%), faire la recherche et la récupération des abandons ;
- ✓ Suivi de la cohorte des enfants ayant commencé le pentavalent 1 à 6 semaines (exemple : comparer les enfants ayant reçu le pentavalent 1 en octobre 2020 aux enfants ayant reçu le pentavalent 2 en Novembre 2020 et ceux ayant reçu le pentavalent 3 en Décembre 2020. S'il y a une grande différence (supérieur à 5%) faire la recherche des abandons et les récupérer). Cette analyse doit se faire également pour VARota et VPO

### ✚ **Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)**

- ✓ Vérifier si le stock fin du mois est égal au stock au début du mois suivant pour tous les intrants de la SR (COC, COP, DMPA, Sayana Press, DIU, préservatif féminin, préservatif masculin, implant, Prostinor) ;
- ✓ Vérifier si le nombre de femmes vues en CPN1 au TRIM1 + CPN1 au TRIM2 + CPN1 au TRIM3 est égal au nombre total de femmes vues en CPN1 ;
- ✓ Vérifier si le nombre de décès maternels est égal au nombre de notifications hebdomadaires des décès maternels ;
- ✓ Vérifier si le nombre total d'accouchements par tranche d'âge est égal au nombre total d'accouchements réalisés par le personnel qualifié et non qualifié ;
- ✓ Vérifier si le total des accouchements (Eutocique + Dystocique) est égal au total d'accouchements réalisés par le personnel qualifié et non qualifié ;
- ✓ Vérifier si le nombre total des naissances est égal au nombre total des naissances vivantes plus le nombre total des mort-nés (Mn frais BCF + à l'entrée + MN frais BCF – à l'entrée + MN macérés) ;
- ✓ Vérifier si le Nombre total de Dépot MédroxyProgésterone Acetate (DMPA en IM) consommés (consommés) est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous DMPA

en IM (Nouvelles et anciennes acceptantes) plus Quantité de DMPA en IM administrée par le TPS ;

- ✓ Vérifier si le Nombre total de DIU consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous DIU (Nouvelles acceptantes)
- ✓ Vérifier si le Nombre total de Sayana Press (DMPA en S/C) consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous Sayana Press (Nouvelles et anciennes acceptantes) plus Quantité de Sayana Press administrée par le TPS ;
- ✓ Vérifier si le Nombre total de COC (Contraceptifs Oraux Combinés) consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous COC (Nouvelles et anciennes acceptantes) multiplié par 3 ;
- ✓ Vérifier si le Nombre total de COP, Contraceptifs Oraux à Progestérone seul consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous COP (Nouvelles et anciennes acceptantes) multiplié par 3.

#### **Programme National Intégré de l'Alimentation et de la Nutrition (PRONIANUT)**

- ✓ Vérifier si le stock ATPE, PMN et Vit A de la fin du mois est égal au stock début du mois suivant ;
- ✓ Evolution des indicateurs de performances (Tendance mensuelle des nouvelles admissions, Taux de guérison, Taux de Décès, Taux d'abandon, Taux de non répondant) dans les Services nutritionnelles (SSN et STA) durant les six derniers mois ;
- ✓ Vérifier si le nombre des bénéficiaires prise en charge au début du mois est égal à ceux de la fin du mois précédent dans les Services nutritionnelles (SSN et STA) ;
- ✓ Quantités d'ATPE consommées divisées par 90 doit être supérieur ou égal au nombre de bénéficiaires prise en charge au cours de la même période ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants sous traitement malnutris récupérés est inférieur ou égal au nombre d'enfants sous traitement malnutris perdu de vu ou ayant abandonnés ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants malnutris dépistés en jaune est inférieur ou égal aux nombres d'enfants prise en charge dans les FARNs (Foyers d'apprentissage et réhabilitation nutritionnelle) ;
- ✓ Vérifier si le nombre de cas dépistés en rouge est inférieur au nombre d'enfants dépistés en jaune ;
- ✓ Vérifier si le nombre de cas dépistés en jaune est inférieur à celui d'enfants dépistés en vert ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants ayant gagné le poids dans les FARNs est inférieur ou égale au nombre d'enfants ayant participé dans les FARNs ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants ayant perdu le poids lors des FARNs est inférieur ou égale au nombre d'enfants ayant participé dans les FARNs ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'enfants ayant gardé le même poids (poids stationnaire) dans les FARNs est inférieur ou égale au nombre d'enfants ayant participé dans les FARNs.

### **✚ Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)**

- ✓ Le nombre total de personnes dépistées positives sur l'ensemble des points d'entrée doit être égal au nombre total de personnes dépistées positives ;
- ✓ Le nombre d'adultes et d'enfants ayant effectué une mesure de leur charge virale durant la période de rapportage devrait être inférieur ou égal au nombre de PVVIH sous ARV ;
- ✓ Le nombre de résultats de mesure de la charge virale (détectables et indétectables) doit être égal au nombre de résultats de la charge virale reçus ;
- ✓ Le nombre d'accouchements réalisés pour des mères VIH+ doit être égal à la somme des femmes mises sous ARV au cours du travail et ayant accouché au site, des femmes sous PTME suivies par le site ayant accouché au site et des femmes sous PTME suivies par une autre structure ayant accouché à ce même site ;
- ✓ Le nombre d'accouchements réalisés pour des mères VIH+ devrait être comparé au nombre des nouveau-nés de mères VIH+. Ce nombre de nouveau-nés peut être égal, inférieur ou supérieur au nombre d'accouchements (ex., si grossesses multiples, le nombre de nouveau-nés est supérieur au nombre de mères VIH+) ;
- ✓ Les nouveaux cas sous ARV et nouvellement sous prophylaxie TB doivent être inférieur ou égal au nombre total de PVVIH nouvellement pris en charge pour le VIH au cours de la période de rapportage ;
- ✓ Le nombre de PVVIH négatives au screening doit être supérieur ou égal au nombre de PVVIH enrôlées au traitement préventif à l'INH ;
- ✓ Le stock à la fin du mois doit être égal au stock au début du mois suivant pour les ARV, Cotrimoxazole, les intrants de dépistage, ....

### **✚ Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC)**

- ✓ Vérifier si le nombre d'examens avec ascaris est inférieur ou égal au nombre d'helminthiases transmises par le sol ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'examens avec ankylostome est inférieur ou égal au nombre d'helminthiases transmises par le sol ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'examens avec trichocéphale est inférieur ou égal au nombre d'helminthiases transmises par le sol ;
- ✓ Nombre d'examens avec schistosomiase doit être égal aux nouveaux cas de schistosomiase ;
- ✓ Tendance des cas suspects d'onchocercose durant les six derniers mois.

### **✚ Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP)**

- ✓ Le nombre total de comprimés de Fansidar(sulfadoxine pyriméthamine) doit être égal à 3fois le nombre de TPIg reçu ;
- ✓ Vérifier si le stock fin du mois est égal au stock début du mois suivant pour tous les médicaments et consommables (Arthemeter Lumefantrine, TDR, Fansidar, Artesunate suppositoire, Artésunate injectable, Giemsa, méthanol, huile d'immersion, lame, quinine, MIILDA) ;

- ✓ Vérifier si le nombre de femmes vues en CPN1 est strictement supérieure au nombre de femmes ayant reçu le TPIg3.
- ✓ Vérifier si le nombre d'examens pathologiques (Test rapide et goutte épaisse) est supérieur ou égal au nombre de cas de paludisme confirmés ;
- ✓ Evolution des nouveaux cas de paludisme durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Evolution des décès dus au paludisme durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Triangulation entre la quantité de blisters sortis du stock et le nombre de cas traité par ACT dans les CDS et dans la communauté en vérifiant chaque fois une rupture de stock ;
- ✓ Nombre des cas de paludisme confirmés au laboratoire doit être supérieur au nombre des cas testés positifs rapportés sur la fiche de morbidité ;
- ✓ Le nombre de cas traités par ACT doit être inférieur ou égal aux cas de paludisme simple testés positifs ;
- ✓ Le nombre des TDRs consommés dans le stock doit être égal au nombre d'examens effectués avec les TDRs dans les CDS et communauté.

#### **Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles (PNILMCNT)**

- ✓ Tendance des nouveaux cas de diabète durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de HTA durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas d'épilepsie durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas d'asthme durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives autres que l'alcool durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas d'épisode dépressif durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de troubles bipolaires durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de troubles psychotiques (schizophrénie et autres troubles psychotiques) durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de troubles mentaux et du comportement de l'enfant et adolescent durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas d'autres troubles mentaux / psychologiques / du comportement durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas d'autres troubles neurologiques autres que l'épilepsie durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de lésions auto-infligées (tentatives de suicide) durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Tendance des nouveaux cas de BPCO (MCR) autre que l'Asthme durant les 12 derniers mois
- ✓ Tendance des nouveaux cas de Diabète type I durant les 12 derniers mois
- ✓ Tendance des nouveaux cas de Diabète type II durant les 12 derniers mois
- ✓ Tendance des nouveaux cas de Diabète gestationnel durant les 12 derniers mois

- ✓ Tendance des nouveaux cas de Cancer durant les 12 derniers mois
- ✓ Tendance des nouveaux cas d'incapacité post traumatique durant les 12 derniers mois
- ✓ Tendance des nouveaux cas d'autres maladies chroniques durant les 12 derniers mois

#### **🚩 Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNILT)**

- ✓ Le nombre de TB testées pour le VIH doit être supérieur ou égal au nombre de TB/VIH+
- ✓ Le nombre de TPB+ enregistrés doit être égal au nombre de malades confirmés par le labo
- ✓ Le nombre TPB+ doit être inférieur ou égal au nombre des patients présumés TB testés
- ✓ Le nombre de TB/VIH+ sous cotrimoxazole doit être inférieur ou égal au nombre TB/VIH+ (TTF)
- ✓ Le nombre de TB/VIH+ sous ARV doit être inférieur ou égal au nombre TB/VIH+ (TTF)
- ✓ Le nombre de patients testés pour VIH doit être inférieur ou égal au counselling fait (TVP)
- ✓ Le nombre de cas de lèpre mis sous traitement doit être égal au nombre des cas de lèpre dépisté.

#### **❖ Mesures d'accompagnement**

Les cinq (05) mesures d'accompagnement ci-après seront requises :

- **Besoin de réduire et simplifier le nombre d'outils de collecte de données** : La digitalisation des registres et d'autres outils de collecte des données dans les FOSA va réduire la charge du travail pour les prestataires ;
- **Besoin d'institutionnaliser une culture d'analyse et d'utilisation des données**. Une réunion mensuelle d'analyse des données impliquant l'ensemble des membres du personnel au niveau du CDS est nécessaire. A cet effet, une circulaire ministérielle instaurant cette mesure pourra garantir l'application effective de ladite mesure.

#### **❖ Calendrier d'analyse et de transmission des données**

- Elaboration du rapport-synthèse de chaque service : au plus tard le 3<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Compilation des rapports-synthèse des services : au plus tard le 4<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Saisie du rapport mensuel d'activité et du rapport GASC : au plus tard le 7<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Tenir une réunion des prestataires de soins pour analyser les données : au plus tard le 9<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Intégration des corrections et ajustements nécessaires : au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant.

#### **VII.2.2. Au niveau des hôpitaux**

- Les chefs de poste de chaque service élaborent le rapport des activités du service au plus tard le 3<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Les chefs de service organisent une réunion d'analyse du rapport des activités du service au plus tard le 4<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;

- Le chargé du SIS de l'hôpital compile les rapports des différents services et saisit ces rapports au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant :
- Le MDH organise une réunion du COGES pour analyser les données au plus tard le 6<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Intégration des corrections et ajustements nécessaires : au plus tard le 7<sup>ème</sup> jour du mois suivant.
  
- Les participants à la réunion analysent :

❖ **Complétude :**

- ✓ La complétude des rapports : vérifier l'existence des rapports de tous les services fonctionnels et vérifier dans DHIS2, à travers l'application « Tableau croisé dynamique », que le taux de complétude est de 100% pour tous les formulaires de l'hôpital.  
La complétude du rapport SIMR est aussi analysée.
- ✓ La complétude des données : vérifier que le rapport physique intègre les données de tous les services fonctionnels, que les données attendues sont effectivement renseignées et analyser les données manquantes à l'aide de « WHO Data Quality Tool » de tous les formulaires.

Pour les FOSA CDT, vérifier la complétude des données individuelles à travers l'application « Tracker »

❖ **Exactitude :** Comparer les données saisies dans DHIS2 avec celles se trouvant dans les différents outils de collecte (registres, fiches, rapports de service)

❖ **Cohérence interne :**

- ✓ Analyser les règles de validation violées à l'aide de l'application « Qualité des données » ;
- ✓ Vérifier la tendance des données des six derniers mois successifs à l'aide de l'application « WHO Data Quality Tool » de tous les formulaires de l'hôpital
- ✓ Vérifier si la quantité début du mois + quantité reçue au cours du mois doit être égale à la quantité consommée + quantité fine du mois (pour tous les intrants)
- ✓ Le nombre de jours de rupture de stock ne peut pas dépasser le nombre de jours du mois (30 ou 31 jours)
- ✓ Effectuer les analyses suivantes :

✚ **Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)**

- ✓ Vérifier si le stock fin du mois est égal au stock au début du mois suivant pour tous les intrants de la SR (COC, COP, DMPA, Sayana Press, DIU, préservatif féminin, préservatif masculin, implant, Prostinor) ;
- ✓ Vérifier si le nombre de femmes vues en CPN1 au TRIM1 + CPN1 au TRIM2 + CPN1 au TRIM3 est égal au nombre total de femmes vues en
- ✓ Vérifier si le nombre de décès maternels est égal au nombre de notifications hebdomadaires des décès maternels ;
- ✓ Vérifier si le nombre total d'accouchements par tranche d'âge est égal au nombre total d'accouchements réalisés par le personnel qualifié et non qualifié ;



- ✓ Vérifier si le total des accouchements (Eutocique + Dystocique) est égal au total d'accouchements par origine ;
- ✓ Vérifier si le total des accouchements (Eutocique + Dystocique) est égal au total d'accouchements par tranche d'âge ;
- ✓ Vérifier si le nombre total des naissances est égal au nombre total des naissances vivantes plus le nombre total des mort-nés (Mn frais BCF + à l'entrée + MN frais BCF – à l'entrée + MN macérés) ;
- ✓ Vérifier si le Nombre total de Dépot Médroxy Progésterone Acetate (DMPA en IM) consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous DMPA en IM (Nouvelles et anciennes acceptantes) ;
- ✓ Vérifier si le Nombre total de Sayana Press (DMPA en S/C) consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous Sayana Press (Nouvelles et anciennes acceptantes) ;
- ✓ Vérifier si le Nombre total de COC (Contraceptifs Oraux Combinés) consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous COC (Nouvelles et anciennes acceptantes) multiplié par 3 ;
- ✓ Vérifier si le Nombre total de COP, Contraceptifs Oraux à Progestérone seul consommés est égal aux nombres totaux d'utilisatrices mises sous COP (Nouvelles et anciennes acceptantes) multiplié par 3 ;
- ✓ Le nombre de césariennes+ nombre de ligature des trompes-actes doit être supérieur ou égal au nombre de césariennes + ligatures de trompes actes au bloc opératoire par planification ;
- ✓ Nombre de ligatures des trompes actes doit être égal au nombre de ligatures de trompes actes au bloc opératoire par planification ;
- ✓ Nombre de vasectomie actes doit être supérieur ou égal au nombre de vasectomie actes au bloc opératoire par planification.

#### **Programme National Intégré de l'Alimentation et de la Nutrition (PRONIANUT)**

- ✓ Vérifier si le stock ATPE, F100, F75, ReSoMal et Vit A de la fin du mois est égal au stock début du mois suivant ;
- ✓ Evolution des indicateurs de performances (Tendance mensuelle des nouvelles admissions, Taux de guérison, Taux de Décès, Taux d'abandon, Taux de non répondant) dans le SST durant les six derniers mois ;
- ✓ Vérifier si le nombre des bénéficiaires pris en charge au début du mois est égal à ceux de la fin du mois précédent dans le SST ;
- ✓ Quantités d'ATPE consommé divisées par 90 doit être supérieur ou égal au nombre de bénéficiaires prise en charge au cours de la même période ;
- ✓ Quantité du lait thérapeutique F100 consommée doit être inférieure à la quantité du lait thérapeutique F75 consommée au cours de la même période.

#### **Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)**

- ✓ Le nombre total de personnes dépistées positives sur l'ensemble des points d'entrée doit être égal au nombre total de personnes dépistées positives ;

- ✓ Le nombre d'adultes et d'enfants ayant effectué une mesure de leur charge virale durant la période de rapportage devrait être inférieur ou égal au nombre de PVVIH sous ARV ;
- ✓ Le nombre de résultats de mesure de la charge virale (détectables et indétectables) doit être égal au nombre de résultats de la charge virale reçus ;
- ✓ Le nombre d'accouchements réalisés pour des mères VIH+ doit être égal à la somme des femmes mises sous ARV au cours du travail et ayant accouché au site, des femmes sous PTME suivies par le site ayant accouché au site et des femmes sous PTME suivies par une autre structure ayant accouché au site ;
- ✓ Le nombre d'accouchements réalisés pour des mères VIH+ devrait être comparé au nombre des nouveau-nés de mères VIH+. Ce nombre de nouveau-nés peut être égal, inférieur ou supérieur au nombre d'accouchements (ex., si grossesses multiples, le nombre de nouveau-nés est supérieur au nombre de mères VIH+) ;
- ✓ Les nouveaux cas sous ARV et nouvellement sous prophylaxie TB doit être inférieur ou égal au nombre total de PVVIH nouvellement pris en charge pour le VIH au cours de la période de rapportage ;
- ✓ Le nombre de PVVIH négatives au screening doit être supérieur ou égal au nombre de PVVIH enrôlées au traitement préventif à l'INH ;
- ✓ Le stock à la fin du mois doit être égal au stock au début du mois suivant pour les ARV, Cotrimoxazole, les intrants de dépistage, ...

#### **Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC)**

- ✓ Analyser l'évolution des cas suspects de l'onchocercose durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Nb des Cataractes-acte doit être égal aux cas cataractes-acte au bloc opératoire par planification + cataractes-acte au bloc opératoire non programmé ;
- ✓ Examen selles : Résultats anormaux doit être égal au Nombre des cas des maladies parasitaires y compris les MTN prise en charge (ankylostomiase, ascaridiose schistosomiase trichocéphalose.).

#### **Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP)**

- ✓ Vérifier si le stock fin du mois est égal au stock début du mois suivant pour tous les médicaments et consommables (Arthemeter Lumefatrine, TDR, , Artesunate suppositoire, Artésunate injectable, Giemsa, méthanol, huile d'immersion, lame, quinine,) ;
- ✓ Vérifier si le nombre d'examens pathologiques (Test rapide et goutte épaisse) est égal au nombre de cas de paludisme confirmés ;
- ✓ Analyser l'évolution des nouveaux cas de paludisme durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser l'évolution des décès dus au paludisme durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Triangulation entre la quantité de blisters sortis du stock et le nombre de cas traité par ACT à l'hôpital en vérifiant chaque fois une rupture de stock ;
- ✓ Nombre des cas de paludisme confirmés au laboratoire doit être supérieur ou égal au nombre des cas testés positifs rapportés sur la fiche de morbidité ;

- ✓ Le nombre de cas traités par ACT doit être inférieur ou égal aux cas de paludisme simple testés positifs ;
- ✓ Le nombre des TDR consommés doit être égal au nombre d'examens effectués avec les TDR .

**✚ Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles (PNILMCNT)**

- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de diabète durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de HTA durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'épilepsie durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'asthme durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de BPCO (MCR) autre que l'Asthme durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de Diabète type I durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de Diabète type II durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de Diabète gestationnel durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de Cancer durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'incapacité post traumatique durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'autres maladies chroniques durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de trouble mental organique ou symptomatique sans précision durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas Troubles psychotiques aigus et transitoires durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles schizo-affectifs durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de trouble affectif bipolaire durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles de l'humeur [affectifs] persistants durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles anxieux phobiques durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'autres troubles anxieux durant les 12 derniers mois.
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de trouble obsessionnel-compulsif durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles dissociatifs [de conversion] durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles somatoformes durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'autres troubles névrotiques durant les 12 derniers mois ;

- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles du sommeil non organiques durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de dysfonctionnement sexuel non du a un trouble ou a une maladie organique durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'autres dysfonctionnements sexuels non dus a un trouble ou a une maladie organique durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de dysfonctionnement sexuel non du a un trouble ou a une maladie organique sans précision durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles mentaux et du comportement associés a la puerpéralité non classés ailleurs durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles spécifiques de la personnalité durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles des habitudes et des impulsions durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles de l'identité sexuelle durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles de la préférence sexuelle durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles spécifiques du développement de la parole et du langage durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles envahissants du développement durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles hyperkinétiques durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles des conduites durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas de trouble mental sans autre indication durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas d'autres syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité durant les 12 derniers mois ;
- ✓ Analyser la tendance des nouveaux cas troubles du sommeil durant les 12 derniers mois.

#### ❖ **Calendrier d'analyse et de transmission des données**

- ✓ Elaboration des rapports des services : au plus tard le 3<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- ✓ Tenir une réunion d'analyse du rapport des activités du service : au plus tard le 4<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- ✓ Compilation et saisie des rapports des services : au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- ✓ Tenir une réunion du COGES pour analyser les données : au plus tard le 6<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- ✓ Intégration des corrections et ajustements nécessaires : au plus tard le 7<sup>ème</sup> jour du mois suivant.

### **VII.3. AU NIVEAU DES DISTRICTS SANITAIRES**

- Les gestionnaires de la pharmacie et des finances élaborent les rapports au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Le chargé du SIS saisit les données en rapport avec la pharmacie et la gestion financière au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- L'Equipe cadre du District sanitaire (ECD) doit suivre la saisie des données pour s'assurer de la complétude et de la promptitude ;
- Une réunion mensuelle d'analyse des données par l'ECD est organisée sous la présidence du Médecin Chef du District ;
- Les participants à cette réunion élaborent un rapport de retro-information d'analyse de toutes les données du district et ce dernier doit être transmis officiellement aux FOSA au plus tard le 15<sup>ème</sup> jour du mois suivant par le MCD pour que les FOSA puissent commencer les corrections sur les outils papiers ;
- Ce rapport de retro-information précise la complétude, la promptitude, les règles de validation violées, les données manquantes et aberrantes, la conclusion et les recommandations ;
- Le MCD organise une réunion d'analyse et de validation des données des FOSA et des GASC au plus tard le 24<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Cette réunion regroupe tous les chargés du SIS, responsables des CDS, des hôpitaux, toute l'équipe cadre du district et un délégué du BPS ;
- Les participants à la réunion analysent les éléments décrits au niveau des CDS et des hôpitaux ;
- L'intégration des corrections et ajustements nécessaires dans le DHIS2 sont réalisés au plus tard le 27<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Le MCD approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 28<sup>ème</sup> jour du mois suivant.

#### **❖ Mesures d'accompagnement**

Les quatre (04) mesures d'accompagnement seront mises en œuvre :

- Besoin de réduire le retard de validation des données par le MCD. Pour ce faire, aussitôt que le gestionnaire de données SIS/DS a fini son travail d'analyse, de correction, de vérification et de contrôle de cohérence, tous les acteurs du système d'information sanitaire du dit DS participent à une séance de travail, d'analyse approfondie, de vérification et de contrôle de cohérence de toutes les données des CDS et hôpitaux du DS sous la coordination du MCD. Aussitôt cet exercice terminé, le MCD procède à la validation et à l'approbation des données dans la plateforme DHIS2, et les soumet ainsi dans les délais réglementaires au niveau supérieur hiérarchique.
- Besoin d'instruire tous les niveaux de la pyramide sanitaire nationale afin qu'ils puissent utiliser régulièrement leur propre DQA (Data Quality Assessment).
- Besoin de prendre une circulaire ministérielle harmonisant la conduite à tenir en ce qui concerne les taux d'accroissement démographique à utiliser à l'échelle nationale.

#### ❖ **Calendrier d'analyse et de transmission des données**

- Elaboration des rapports de la pharmacie et de la gestion financière : au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Saisie des données en rapport avec la pharmacie et la gestion financière : au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Tenue de la réunion mensuelle d'analyse des données par l'ECD suivie de la transmission du rapport de rétro-information : au plus tard le 15<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Tenue de la réunion d'analyse et de validation des données des FOSA et des GASC : au plus tard le 24<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Intégration des corrections et ajustements nécessaires dans le DHIS2 : au plus tard le 27<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Approbation des données dans le DHIS2 : au plus tard le 28<sup>ème</sup> jour du mois suivant.

#### **VII.4. AU NIVEAU DES PROVINCES SANITAIRES**

- Le gestionnaire financier élabore le rapport financier au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Le chargé du SIS BPS saisit les données en rapport avec la gestion financière au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Les chargés du SIS BPS doivent suivre la saisie des données pour s'assurer de la complétude et de la promptitude ;
- Une réunion mensuelle d'analyse des données en ECP est organisée sous la présidence du Médecin Directeur de la Province Sanitaire ;
- Les participants à cette réunion élaborent un rapport de retro-information d'analyse des données de tous les districts sanitaires qui est transmis officiellement à ces derniers au plus tard le 20<sup>ème</sup> jour du mois suivant par le MDPS ;
- Ce rapport de retro-information précise la complétude, la promptitude, les règles de validation violées, les données manquantes et aberrantes, la conclusion et les recommandations.
- Le MDPS approuve les données dans le DHIS2 au plus tard le 30<sup>ème</sup> jour du mois suivant

#### ❖ **Mesures d'accompagnement**

- **Besoin de réduire le retard de validation des données attribué au MDPS.** Pour ce faire, dès que le gestionnaire de données SIS/BPS a fini son travail d'analyse, de correction, de vérification et de contrôle de cohérence, tous les acteurs du système d'information sanitaire du dit BPS participent à une séance de travail, d'analyse approfondit , de vérification et de contrôle de cohérence de toutes les données des CDS, hôpitaux et celles des districts sous la coordination du MDPS. Aussitôt cet exercice terminé, le MDPS procède à la validation et à l'approbation des données dans la plateforme DHIS2, et les soumet ainsi dans les délais réglementaires au niveau supérieur hiérarchique.

### ❖ **Calendrier d'analyse et de transmission des données**

- Elaboration du rapport de la gestion financière : au plus tard le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Saisie des données en rapport avec la gestion financière : au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Tenue de la réunion d'analyse des données en ECP suivie de la transmission du rapport de rétro-information : au plus tard le 20<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- Approbation des données dans le DHIS2 : au plus tard le 30<sup>ème</sup> jour du mois suivant.

### **VII.5. AU NIVEAU CENTRAL**

- Les points focaux de la DSNIS aux provinces sanitaires doivent suivre la saisie des données pour s'assurer de la complétude et de la promptitude ;
- Des réunions mensuelles d'analyse des données par programme/département appuyés par leurs points focaux de la DSNIS sont à organiser entre le 10<sup>ème</sup> et le 20<sup>ème</sup> jour du mois suivant ; au cours de ces réunions d'analyse les participants s'inspireront des plans d'analyse décrits dans les paragraphes précédents pour les CDS et les hôpitaux ;
- Les responsables des programmes/départements vont transmettre officiellement les rapports de rétro-information à leurs supérieurs hiérarchiques avec copie à la DSNIS pour la compilation au plus tard le 22<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- La DSNIS va transmettre le rapport de rétro-information compilé district par district aux MDPS tout en copiant les responsables des services S&E des programmes/départements, les MCD et les chargés du SIS BPS/BDS au plus tard le 25<sup>ème</sup> jour du mois suivant ;
- La DSNIS en collaboration avec les programmes/départements s'assure que les corrections et ajustements appropriés dans le DHIS2 ont été faits par les SIS/BDS/FOSA suite au feedback.

### ❖ **Mesures d'accompagnement**

- Besoin, pour la DSNIS, de disposer d'un meilleur ancrage institutionnel et d'une plus grande visibilité. A cet effet, un plaidoyer fort sera mené en direction du Ministre de la santé afin qu'il rattache la DSNIS au Cabinet du Ministre pour lui donner plus de poids et plus de visibilité, ainsi qu'un meilleur positionnement de la DSNIS au sein de l'Organigramme du MSPLS.
- Besoin d'une plus grande implication du Cabinet du Ministre pour redynamiser le travail de la DSNIS (revue et validation des données). A cet effet, il sera planifié une réunion trimestrielle dirigée par le Ministre (et regroupant l'administration centrale et provinciale du MSPLS d'une part et les PTF, la Société civile et le Secteur privé d'autre part) sur l'état d'avancement du SNIS. Une série d'indicateurs – "traceurs" sera sélectionnée et, au cours de ces réunions trimestrielles, le niveau de progrès de ces indicateurs sera systématiquement mesuré. Le présent Guide pourra servir de document de base.
- Besoin de renforcer la tenue d'une réunion trimestrielle régulière de concertation et de coordination pour analyse, revue et harmonisation des données d'une part entre la DSNIS et les Programmes de santé et, d'autre part, entre la DSNIS et la DPSE (afin d'amener

cette direction à utiliser les données générées par la DSNIS – et qui font foi sur l'échiquier national – dans ses processus de planification).

- De manière globale, les Programmes de santé disposent de financements (PNLS, PNLIP, PNLIT, PEV, PNSR,), alors que la DSNIS est faiblement appuyée. Pour réussir sa mission, la DSNIS a besoin :
- ✓ D'organiser la revue des données en même temps que les Programmes afin de capitaliser sur les financements existants dans ces Programmes. A cet effet, les descentes seront organisées conjointement entre la DSNIS et les Programmes nationaux de santé pour identifier ensemble les données les plus pertinentes à saisir dans le DHIS2.
- ✓ D'organiser un plaidoyer en direction du Ministre de la santé afin que, au cours de ces descentes de terrain, les équipes des Programmes PNILMCT, PNILMTNC qui ne disposent pas suffisamment de financements pour organiser régulièrement des missions de supervisions puissent être impliquées.
- Chaque PTF / ONGs de mise en œuvre dispose d'une unité de suivi-évaluation qui collecte, analyse et diffuse les informations spécifiques.
- ✓ Besoin d'un "cadre de concertation et de coordination" : La DSNIS prendra l'initiative de convoquer, coordonner et piloter ce cadre pour minimiser le phénomène de collecte parallèle de données d'une part et, d'autre part, intégrer progressivement les sous-systèmes dans le DHIS2.
- ✓ Besoin de mettre en place "des passerelles" pour absorber toutes ces données.
- Besoin d'une "chaîne de responsabilités" et d'une "chaîne de redevabilité" à tous les niveaux de la pyramide sanitaire nationale pour la collecte, la revue / vérification et la validation des données. A chaque niveau de la pyramide du système national de santé, besoin de définir : Cadre de performances, cadre de résultats, chaîne de résultats, chaîne de responsabilités, chaîne de redevabilité, chaîne d'évidences et chaîne de commandement

#### ❖ **Calendrier d'analyse des données**

- Tenue des réunions mensuelles d'analyse des données par programme/département appuyés par leurs points focaux de la DSNIS : entre le 10<sup>ème</sup> et le 20<sup>ème</sup> jour du mois suivant
- Transmission officielle des rapports de rétro-information à leurs supérieurs hiérarchiques avec copie à la DSNIS pour la compilation : au plus tard le 22<sup>ème</sup> jour du mois suivant
- Transmission du rapport de rétro-information compilé district par district : au plus tard le 25<sup>ème</sup> jour du mois suivant

### **VIII. Données démographiques**

Les projections de la population du Burundi de 2010-2050 viennent actualiser les précédentes projections établies en 2013 pour la période 2008-année de base à l'horizon 2030.

En effet, pour des besoins de planification, de suivi et d'évaluation des politiques et programmes nationaux et sectoriels, une utilisation des projections de la population du



Burundi de 2010-2050 s'avère indispensable en attendant les données du recensement général de la population projetée en 2022.

## Références

1. Vision du Burundi 2025
2. Plan National de Développement (PND) 2018-2027
3. Politique Nationale de Santé 2016-2025
4. Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023
5. Décret N°100/093 du 9 novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du MSPLS
6. MSPLS, Manuel des procédures sur la santé communautaire au Burundi, Juillet 2011
7. Plan stratégique du système national de l'information sanitaire 2019 – 2023
8. Plan d'amélioration de la qualité des données 2019-2023
9. Manuel des normes et procédures de gestion du système national d'information sanitaire
10. Plan national de développement de l'informatique sanitaire
11. Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2023, Burundi
12. Profil de ressources humaines en santé du Burundi, édition 2011,
13. Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), édition 2017
14. Cartographie des ressources humaines pour la santé, édition 2017,
15. Proposition de programme type pour les CDS et les Hôpitaux de District, édition Mai 2015
16. Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la performance seconde génération, Janvier 2017
17. Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) 2016-2020
18. Cadre national d'assurance qualité des données (CNAQD) institué par le décret n°100/227/ du 8 octobre 2014
19. Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la performance au niveau communautaire, Décembre 2018
20. Normes et standards des laboratoires de biologie médicale au Burundi, SCMS - PEPFAR, Septembre 2016
21. Analyse critique de la mise en œuvre du financement basé sur la performance couplée à la gratuité des soins de santé au Burundi 2010-2014, Décembre 2014
22. ISTEERU, Projections démographiques au niveau communal 2010-2050, Février 2020
23. Ministère de l'intérieur - Bureau Central du Recensement - Recensement général de la population et de l'habitat du Burundi / Volume 3, 2008
24. Souscriptions du Burundi aux Déclarations et Actes Internationaux en matière de santé notamment à la Déclaration d'Astana 2018
25. Les ODD, 3ème ODD : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge».
26. Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement du Burundi, (UNDAF) 2019-2023

27. OMS, Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district, Novembre 2019
28. OMS, GAVI, JSI, USAID, Fonds mondial - Overview of the Data Quality Review (DQR) Framework and Methodology, 2020
29. OMS, GAVI, JSI, USAID, Fonds mondial - Examen de la qualité des données - Vérification des données et évaluation des systèmes
30. OMS, GAVI, JSI, USAID, Fonds mondial - Cadre et paramètres
31. OMS, GAVI, JSI, USAID, Fonds mondial - Examen sur dossier de la qualité des données
32. USAID, URC - Un Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) renforcé pour des données de qualité, Mai 2018

## Annexes

### ENTRETIENS ET VISITES DE TERRAIN

En plus de la revue documentaire, le Consultant a conduit une série d'entretiens semi-structurés avec plusieurs acteurs et partenaires du système sanitaire du pays.

- Au niveau central, des entretiens pour orientations stratégiques ont été organisés avec le Secrétaire Permanent du MSPLS, la Direction générale de Planification et la Direction générale de Planification; de larges consultations avec toutes les directions centrales et tous les programmes et projets nationaux de santé, y compris la Cellule technique nationale chargée de la coordination et du suivi de la mise en œuvre du Financement basé sur les performances (CTN/FBP); consultations en rapport avec la production, la revue et l'utilisation des données du SNIS.
- Les principaux partenaires techniques et financiers au rang desquels l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'USAID, l'ENABEL, GAVI Alliance, GIZ Burundi
- les partenaires de mise en œuvre du MSPLS impliqués dans la production, la revue et l'utilisation des données du SNIS, et notamment CORDAID, MEMISA Belgique, FHI 360, Data for Implementation, CHEMONICS, Reaching Impact Saturation and Epidemic Control (RISE), Pathfinder International, Concern World Wide, CARITAS Burundi, la Croix Rouge Burundi, ont été consultés.
- Au niveau intermédiaire et périphérique, quatre provinces sanitaires (Muramvya, Gitega, Ngozi, Municipalité sanitaire de Bujumbura) et six districts sanitaires (Muramvya, Kiganda, Gitega, Mutaho, Ngozi, Buye, Bujumbura Mairie centre, Bujumbura Mairie sud) ont fait l'objet de visites et entretiens. Dans chaque province sanitaire visitée, la mission s'est entretenue avec les médecins directeurs des provinces sanitaires, les équipes-cadres du BPS, les MCD, les BDS et les équipes-cadres du district sanitaire. Dans chaque district sanitaire visité, la mission a rencontré les Titulaires des CDS consensuellement sélectionnés avec les MCD, ainsi qu'avec des représentants des Agents de Santé Communautaire. Le choix des provinces sanitaires à visiter a été consensuellement opéré avec le Comité de pilotage en utilisant les paramètres d'échantillonnage ci-après:
  - ✓ poids démographique des provinces sanitaires,
  - ✓ poids épidémiologique des provinces sanitaires (Taux de morbidité et Taux de mortalité)
  - ✓ poids de la couverture en soins et services.

Les visites de terrain ont été conduites sous le leadership de deux cadres de la DSNIS et d'un cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) afin de faciliter l'appropriation des techniques d'évaluation, ainsi que des résultats du diagnostic situationnel par la partie nationale. Le chargé d'information au sein du Bureau – pays de l'OMS s'est également joint aux visites de terrain.

La liste exhaustive des personnes et institutions / formations sanitaires visitées est reprise en annexe.

Un Guide d'entretien couvrant les divers échelons de la pyramide sanitaire nationale (du niveau communautaire au niveau central) a été élaboré et a permis d'orienter et de

standardiser les échanges avec les divers acteurs et partenaires rencontrés. Une copie est reprise en annexe et fait partie intégrante du présent document.

### **TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES DE TERRAIN**

Après avoir collecté toutes les contributions des différentes entités visitées, une analyse situationnelle par niveau de la pyramide sanitaire nationale a permis d'une part, de mettre en exergue les principaux progrès réalisés, d'identifier les opportunités qui ont facilité l'atteinte des résultats notes; et, d'autre part, de dégager les défis majeurs, les contraintes qui ont entravé l'atteinte des résultats; ainsi que les principaux éléments de convergence entre des entités de même échelon dans la pyramide sanitaire nationale. Ces divers éléments combinés aux résultats des différents entretiens et de la revue documentaire ont été confrontés avec les normes internationales en matière d'analyse et de revue des données pour rédiger le présent Guide.