



BURKINA FASO

# Évaluation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et du plan stratégique 2010 – 2020

Octobre 2020



 Le Fonds mondial

BILL & MELINDA  
GATES foundation

COOPER / SMITH

# REMERCIEMENTS

Cooper/Smith remercie l'ensemble des acteurs du Ministère de la santé du Burkina Faso pour leurs contributions et leurs assistances, plus particulièrement les équipes des directions centrales pour leur soutien et l'ensemble des agents du Ministère qui ont pris le temps de répondre à nos questions.

Nos remerciements vont également à l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour leur appui technique dans la réalisation de cette étude. Nous souhaitons adresser une mention spéciale à l'OMS pour les orientations techniques et la documentation fournies à Cooper/Smith.

Nous avons également une pensée particulière pour Xpertis Consulting pour l'excellent travail de collecte des données.

Nous tenons également à adresser toute notre gratitude à la Fondation Bill & Melinda Gates et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, pour avoir soutenu nos efforts.



# TABLE DES MATIÈRES

Remerciements .....	1
Liste des acronymes .....	5
Resumé .....	7
<b>Partie I : Introduction .....</b>	<b>15</b>
Justification et contexte .....	15
Description du système national de santé au Burkina Faso .....	18
Description du plan stratégique du SNIS 2010 – 2020 .....	19
Finalités et objectifs de l'étude .....	20
Méthodologie .....	20
L'analyse documentaire .....	20
Les enquêtes individuelles .....	20
L'enquête sur la mise en œuvre des activités du plan stratégique du SNIS .....	21
Le profil des structures .....	21
L'enquête auprès des gestionnaires de données .....	21
L'enquête auprès des décideurs .....	22
La cartographie du système .....	22
L'analyse des données .....	22
Sélection des sites .....	22
La sélection et la stratification des régions .....	22
La sélection et la stratification des formations sanitaires .....	23
L'échantillon au niveau des formations sanitaires .....	23
L'échantillon de gestionnaires de données .....	24
L'échantillon des décideurs .....	24
Limites de l'étude .....	24
<b>Partie II : Évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020 .....</b>	<b>26</b>
<b>Axe 1 : Renforcement de la planification, la coordination et du leadership .....</b>	<b>26</b>
Objectif 1: Renforcer la coordination dans l'ensemble du SNIS et la concertation avec des partenaires .....	27
Objectif 2 : Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan stratégique du SNIS .....	28
Axe 1 Forces, faiblesses, opportunités et menaces .....	29



<b>Axe 2 : Renforcement des ressources humaines, financières, en équipements et infrastructures .....</b>	<b>31</b>
Objectif 3 : Renforcer les ressources humaines du SNIS sur le plan qualitatif et quantitatif .....	32
Objectif 4 : Renforcer les infrastructures et équipement au profit du SNIS .....	34
Objectif 5 : Élaborer une architecture de communication intégrée pour la gestion des données sanitaires .....	36
Objectif 6 : Accroître le financement en faveur du SNIS .....	38
Axe 2 Forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	39
<b>Axe 3 : Amélioration de la production, la gestion et la qualité des données sanitaires .....</b>	<b>40</b>
Objectif 7 : Disposer des résultats d'enquêtes et de recensement à temps pour les cycles de planification .....	42
Objectif 8 : Harmoniser les sources de données pour le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux .....	42
Objectif 9 : Adapter les indicateurs et les outils de collecte des données à l'évolution des besoins en information sanitaire .....	43
Objectif 10 : Améliorer le traitement et l'archivage des informations sanitaires aux différents niveaux du système.....	44
Objectif 11 : Améliorer la qualité des données produites par le SNIS .....	45
Objectif 12 : Améliorer l'exhaustivité des données .....	49
Axe 3 Forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	50
<b>Axe 4 : Amélioration de la production, la diffusion et l'utilisation des informations sanitaires .....</b>	<b>52</b>
Objectif 13 : Renforcer la production et l'échange d'informations sanitaires .....	53
Objectif 14 : Rendre l'information disponible en temps réel .....	57
Axe 4 Forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	57
<b>Complétude des objectifs du plan stratégique du SNIS 2010-2020 .....</b>	<b>58</b>
<b>Partie III : Évaluation du SNIS de la perspective de l'utilisateur .....</b>	<b>59</b>
<b>Contexte.....</b>	<b>59</b>
Méthodologie, collecte de données et analyse.....	60
Éléments clés de terminologie .....	61
<b>Résultats .....</b>	<b>62</b>
Principaux points à retenir .....	63
Décision, analyse et capacités .....	65
Éléments de données, sources, collecte et outils .....	72
<b>Profil des structures et des personnes interrogées.....</b>	<b>83</b>
Profil des personnes interrogées .....	83



L'environnement opérationnel des gestionnaires de données et des décisionnaires .....	86
Principales recommandations .....	90
<b>Conclusion .....</b>	<b>92</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe I: Carte de score de l'évaluation du plan stratégique du SNIS 2010-2020     par intervention prioritaire.....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe II: Documents utilisés pour la revue documentaire .....</b>	<b>97</b>
<b>Annexe III: Districts et structures participants .....</b>	<b>98</b>
<b>Annexe IV: Liste des registres utilisés dans le SNIS.....</b>	<b>99</b>
<b>Annexe V: Listes des applications et outils numériques identifiés durant l'enquête.....</b>	<b>102</b>
<b>Annexe VI: Questionnaires de l'enquête.....</b>	<b>107</b>



# LISTE DES ACRONYMES

<b>ASBC</b>	Agents de Santé à Base Communautaire
<b>BMGF</b>	The Bill and Melinda Gates Foundation
<b>CDT</b>	Centre de Diagnostic et de Traitement
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CISSE</b>	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Épidémiologique
<b>CM</b>	Centre Médical
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>CUS</b>	Coordinateur d'Unité de Soins
<b>DAF</b>	Direction de l'Administration et des Finances
<b>DGESS</b>	Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles
<b>DGISS</b>	Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires (remplacée par la DGESS et la DSIS)
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DHIS2</b>	District Health Information System 2
<b>DPPO</b>	Direction de la Prospective et de la Planification Opérationnelle
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSIS</b>	Direction des Systèmes d'Information en Santé
<b>DSS</b>	Direction des Statistiques Sectorielles
<b>ECD</b>	Équipe Cadre de District
<b>ENDOS -BF</b>	Entrepôt National des DONnées Sanitaires-Burkina Faso
<b>ENSP</b>	École Nationale de Santé Publique
<b>GFF</b>	Global Financing Facility
<b>HISP</b>	Health Information Systems Programs
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>IIP</b>	Informations d'Identification Personnelles
<b>INSD</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie
<b>MCD</b>	Médecin Chef du District
<b>MPGIS</b>	Manuel de Procédure de Gestion de l'Information Sanitaire
<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>OBCE</b>	Organisation à Base Communautaire d'Exécution
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PADS</b>	Programme d'Appui au Développement Sanitaire



<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>PEV</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>PDI</b>	Personnes Déplacées Internes
<b>PNS</b>	Politique Nationale de Santé
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PRISM</b>	Performance of Routine Information System Management ou Évaluation de la performance de la gestion du système d'information sanitaire de routine
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>REC</b>	Registre Électronique de Consultation
<b>RENCAP</b>	RENforcement de CAPacité
<b>SIEM</b>	Service des Infrastructures des Équipements et de la Maintenance
<b>SIGL</b>	Système d'Information sur la Gestion Logistique
<b>SIH</b>	Système d'Information Hospitalier
<b>SMI</b>	Santé Maternelle et Infantile
<b>SMS</b>	Short Message Service
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaire
<b>TFSC</b>	Task Force Santé Communautaire
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund
<b>UNOCHA</b>	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>USSD</b>	Unstructured Supplementary Service Data





# RESUMÉ

## CONTEXTE

De 2010 à 2020, le Ministère de la santé du Burkina Faso a mis en œuvre le plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). L'objectif du plan était d'améliorer le fonctionnement global du système, en se concentrant sur quatre axes principaux:

- Axe 1 : renforcement de la coordination, de la planification et du leadership;
- Axe 2 : renforcement des ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures;
- Axe 3 : amélioration de la production, de la gestion et de la qualité des données sanitaires;
- Axe 4 : amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire.

En 2019, tout en se préparant à rédiger le plan stratégique SNIS 2021-2025, le Ministère de la santé a exprimé son intérêt à mener une évaluation rétrospective de son plan stratégique SNIS 2010-2020. La Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF), avec le Fonds Mondial, a contacté Cooper/Smith pour mener ce travail sur la base d'évaluations similaires mises en œuvre au Malawi et au Cameroun.

La Fondation Gates a accordé une subvention de deux (02) ans (Juillet 2019 - Juin 2021) à Cooper/Smith dans le cadre du Data User Partnership (DUP) pour soutenir l'utilisation des données afin d'améliorer les résultats en matière de santé. La phase I (2019-2020) de cette subvention comprenait cette évaluation. La collecte de données a eu lieu au premier trimestre 2020 dans cinq régions du Burkina Faso, dans lesquelles 75 décideurs et 75 gestionnaires de données ont été interrogés et 69 établissements ont été évalués. La phase II (2020-2021) consiste en un soutien technique au Ministère de la Santé basé sur les résultats de cette évaluation.

## OBJECTIFS

Les objectifs de l'évaluation étaient:

1. évaluer la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020 et formuler des recommandations pour l'élaboration du prochain plan stratégique du SNIS 2021-2025 (et d'autres stratégies sanitaires);
2. analyser le SNIS de la perspective de l'utilisateur afin d'identifier les éléments de données clés, les sources et les systèmes utilisés pour prendre des décisions. Ces informations nous aident à nous assurer que les bonnes informations sont disponibles au bon moment pour prendre les bonnes décisions;
3. appuyer le Ministère de la santé et ses partenaires dans l'utilisation des résultats de l'évaluation pour améliorer le système de santé, et plus spécifiquement l'analyse et l'utilisation des données.





# STRUCTURE DU RAPPORT

Le rapport est composé de trois parties :

- Partie I : une introduction, avec notamment une description du système sanitaire du Burkina Faso et du contexte de l'étude ;
- Partie II : une évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020
- Partie III : une évaluation du SNIS de la perspective de l'utilisateur

## PRINCIPAUX RÉSULTATS

### I) Mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020

L'évaluation est basée sur une approche de méthodes mixtes, utilisant des questions quantitatives et qualitatives, et une revue de la littérature. Elle a révélé que le Ministère de la santé du Burkina Faso a connu un certain nombre de succès dans la mise en œuvre avec toutefois certaines activités qui n'ont pas pu être menées à bien. Ci-dessous vous trouverez un résumé par axe du plan stratégique des succès et des limites de la mise en œuvre de ce plan.

#### Axe 1 : Renforcement de la coordination, de la planification et du leadership

SUCCÈS	LIMITES
<ul style="list-style-type: none"><li>+ Le SNIS est opérationnel et la collecte des données de manière régulière ;</li><li>+ les sous-comités se réunissent régulièrement ;</li><li>+ les plans d'action annuels de la Direction des Statistiques Sectorielles (DSS) et de la Direction des Services de l'Information en Santé (DSIS) sont développés chaque année ;</li><li>+ les partenaires sont impliqués dans l'élaboration de normes d'information sanitaire.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aucune évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du plan stratégique n'a été réalisée ;</li><li>- aucune activité n'a été formellement planifiée pour la période 2015-2020 ;</li><li>- des incohérences dans le processus de vérification et validation des données ;</li><li>- les plans d'action spécifiques du SNIS n'ont pas été élaborés.</li></ul>

#### Axe 2 : Renforcement des ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures

SUCCÈS	LIMITES
<ul style="list-style-type: none"><li>+ La construction et l'équipement d'un bureau pour la Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires (remplacée par la DGESS et la DSIS) ;</li><li>+ le renforcement du SNIS est une priorité pour les bailleurs, grâce au plaidoyer du Ministère de la Santé.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Plus de 50% des répondants ont mentionné que la connectivité Internet est un défi et limite leur capacité à communiquer, collecter et analyser des données ;</li><li>- les ordinateurs et appareils de collecte et d'analyse des données sont rarement disponibles aux niveaux périphériques ;</li><li>- les formations sanitaires n'ont pas la capacité d'entretenir l'équipement ou configurer les paramètres de l'appareil.</li></ul>



### Axe 3 : Amélioration de la production, de la gestion et de la qualité des données sanitaires

SUCCÈS	LIMITES
<ul style="list-style-type: none"><li>+ Le déploiement réussi d'applications de santé digitale telles que le Registre Électronique de Consultation (REC), l'application mHealth et la mise en place de l'Entrepôt National des Données Sanitaires- Burkina Faso (ENDOS-BF) ;</li><li>+ les données démographiques sont disponibles et communiquées pour utilisation à tous les niveaux du système de santé ;</li><li>+ le développement et le déploiement de logiciel de traitement de données dans les hôpitaux est effectif ;</li><li>+ les supervisions de soutien sont menées de manière régulière dans la majorité des formations sanitaires ;</li><li>+ la planification et l'implémentation des enquêtes dans le délai imparti et l'utilisation des données émanant pour informer la programmation ont été réalisées.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le secteur privé a rapporté de faibles niveaux de collecte de données, soulevant des questions sur l'exhaustivité et la qualité des données communiquées au Ministère ;</li><li>- la fréquence à laquelle les données communautaires sont validées ne semble pas claire pour tous les acteurs du système. Les ASBC ne savent pas qui valide leurs données, et les répondants ont indiqué que les données communautaires sont exclues si elles ne peuvent pas être vérifiées ;</li><li>- 25% des répondants ont déclaré n'avoir reçu aucun feedback lors des supervisions ;</li><li>- les processus de validation des données ne semblent pas toujours suivis de manière cohérente aux niveaux périphériques.</li></ul>

### Axe 4 : Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire

SUCCÈS	LIMITES
<ul style="list-style-type: none"><li>+ Les comptes nationaux de la santé ont été complétés chaque année ;</li><li>+ le Ministère de la santé a assuré une production régulière de documents statistiques ;</li><li>+ des formations à l'utilisation des données dans la prise de décision ont eu lieu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les documents de la production statistique n'ont pas toujours été diffusés aux niveaux les plus bas du SNIS.</li></ul>

## II) Évaluation du SNIS depuis la perspective de l'utilisateur

La troisième partie du rapport se concentre sur l'évaluation du SNIS du point de vue de l'utilisateur. Le succès d'un système d'information se mesure de par l'utilisation qu'en font les acteurs. Nous avons donc cherché à comprendre qui sont les utilisateurs, quelles décisions prennent-ils en utilisant quelles sources de données et quels éléments de données. Identifier et comprendre les différences qui existent entre ce que les décisionnaires savent, ce que les décisionnaires doivent savoir et quelles données sont collectées par ceux qui collectent et agrègent les données (appelés «gestionnaires de données») nous aide à découvrir des opportunités pour renforcer le SNIS. L'étude vise à répondre à la question suivante: *Est-ce les bonnes données sont dans les mains de la bonne personne au bon moment pour répondre à la bonne question ?*

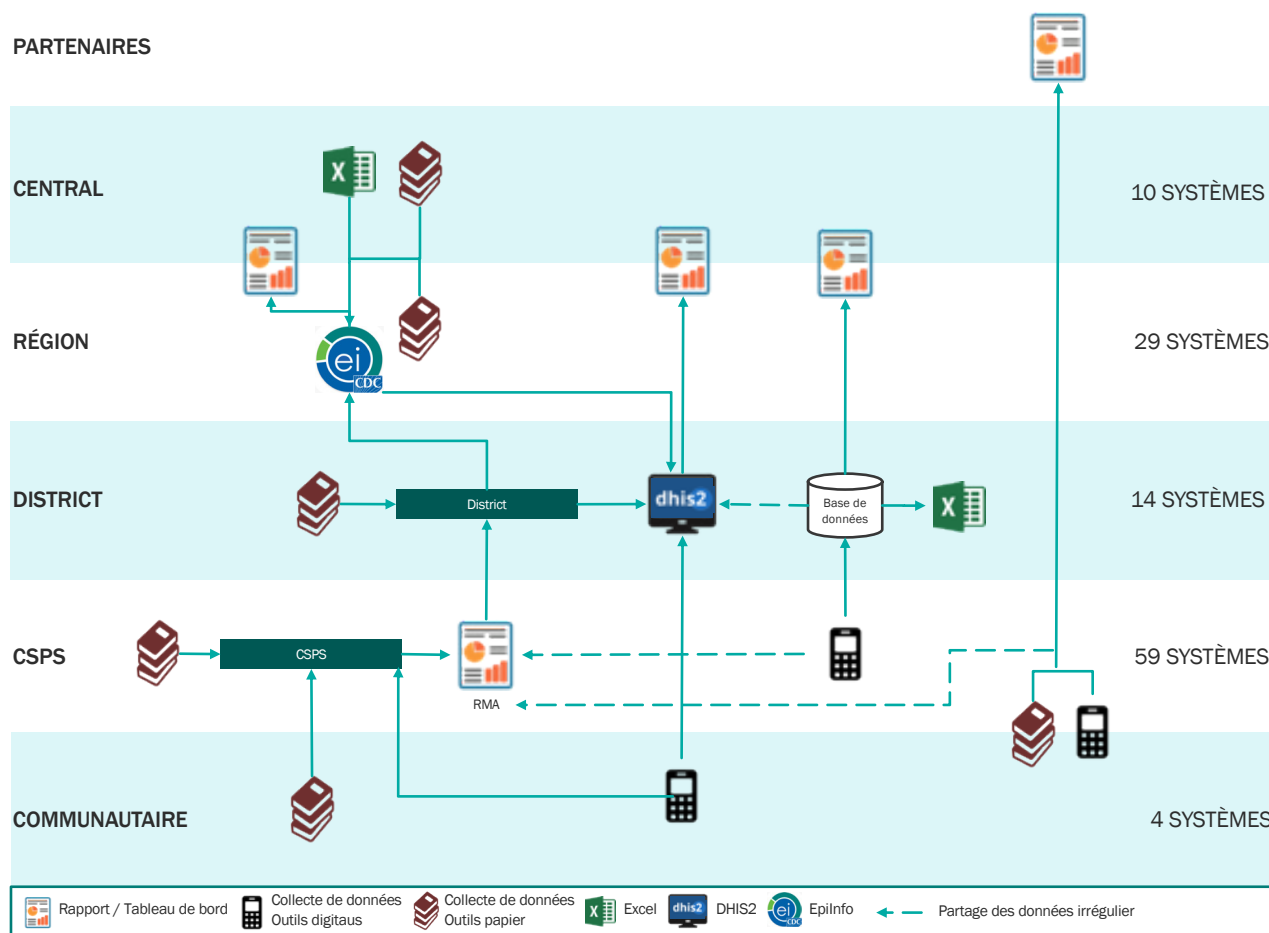


# PINCIPAUX RÉSULTATS

## 1) Une fragmentation des systèmes

Les systèmes de données sanitaires sont fragmentés, ce qui empêche les décideurs d'accéder pleinement et d'utiliser toutes les données disponibles pour la prise de décision. À titre d'exemple, plus de 110 bases de données, applications et outils numériques actifs sont actuellement utilisés dans le pays (Figure 1).

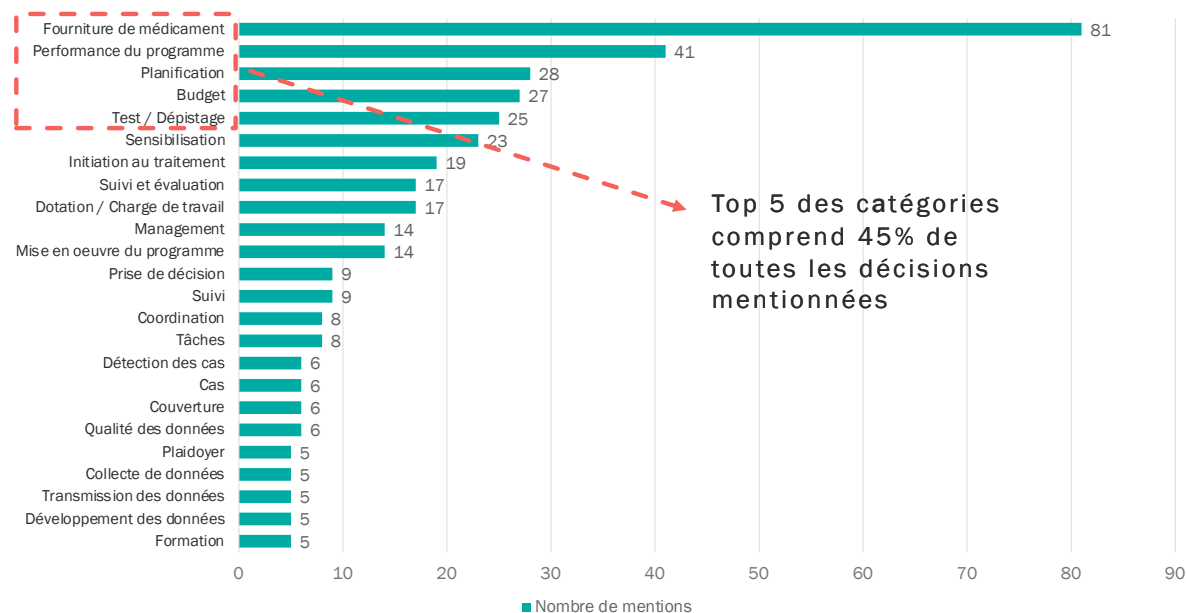
FIGURE 1 : FLUX DE DONNÉES DU SNIS, AOÛT 2020.



## 2) Les décisionnaires se concentrent principalement sur cinq catégories de décision

Ces catégories sont l'approvisionnement en médicaments, la performance du programme, la planification, le budget et les tests / dépistage. Ces cinq catégories représentent 45% de toutes les décisions identifiées par les décisionnaires (figure 2).

FIGURE 2 : DÉCISIONS LES PLUS FRÉQUENTES RÉFÉRENCÉES PAR LES DÉCISIONNAIRES

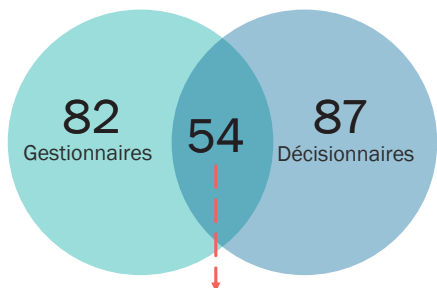


## 3) Les décisionnaires et les gestionnaires de données ne sont pas alignés sur quels éléments de données les plus importants.

Les gestionnaires de données collectent des données qui ne sont pas jugées utiles ou importantes par les décisionnaires dans la prise de décision. Comme le montre la figure 3, un total de 223 éléments de données uniques ont été mentionnés lors de l'évaluation. Parmi ceux-ci, 54 éléments de données ont été référencés 648 fois par les gestionnaires de données et les décisionnaires, ce qui représente 69% des réponses. Les 31% restants des éléments de données ne sont mentionnés que par une seule catégorie d'acteur, suggérant un manque d'alignement entre ce qui est collecté et ce qui est utilisé. La figure 3 montre également les dix éléments de données les plus référencés, identifiant les éléments de données considérés comme également ou disproportionnellement importants pour les décisionnaires et gestionnaires. Les dix principaux éléments de données représentent 48% des 54 éléments de données référencés par les deux types de répondants.

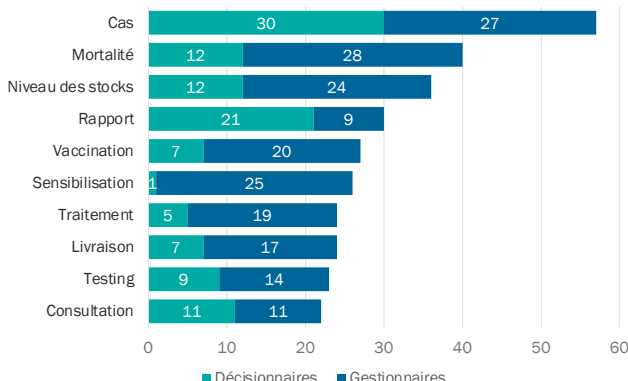
FIGURE 3: ÉLÉMENTS DE DONNÉES LES PLUS RÉFÉRENCÉS PAR LES DÉCISIONNAIRES ET LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES

Alignement minimal entre les décideurs et les gestionnaires de données en ce qui concerne les éléments de données importants



54 éléments de données mentionnés 648 fois par les deux types d'acteurs

Eléments de données les plus mentionnés



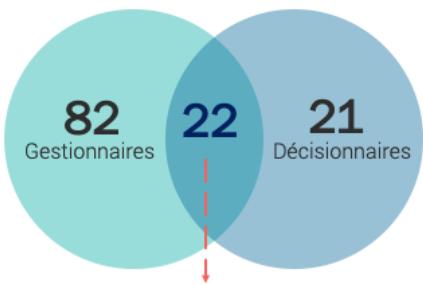
Top 10 représente 48% des 648 mentions communes

#### 4) Les décideurs et les gestionnaires de données sont encore moins alignés sur les sources de données les plus importantes.

La figure 4 montre qu'un total de 125 sources de données uniques ont été identifiées. Parmi celles-ci, seules 22 sources ont été référencées par les gestionnaires de données et les décideurs. Les décideurs ont souvent mentionné des sources de données informelles, telles que des individus, comme le montrent les dix sources de données les plus référencées.

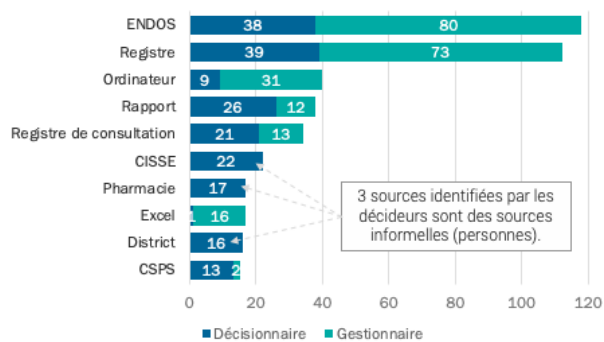
FIGURE 4: IMPORTANCE ET MENTION DES SOURCES DE DONNÉES

Un alignement encore plus faible entre les décideurs et les gestionnaires de données en ce qui concerne les sources de données importantes



22 éléments de données mentionnés 439 fois par les deux types d'acteurs

Sources de données les plus mentionnées



3 sources identifiées par les décideurs sont des sources informelles (personnes).

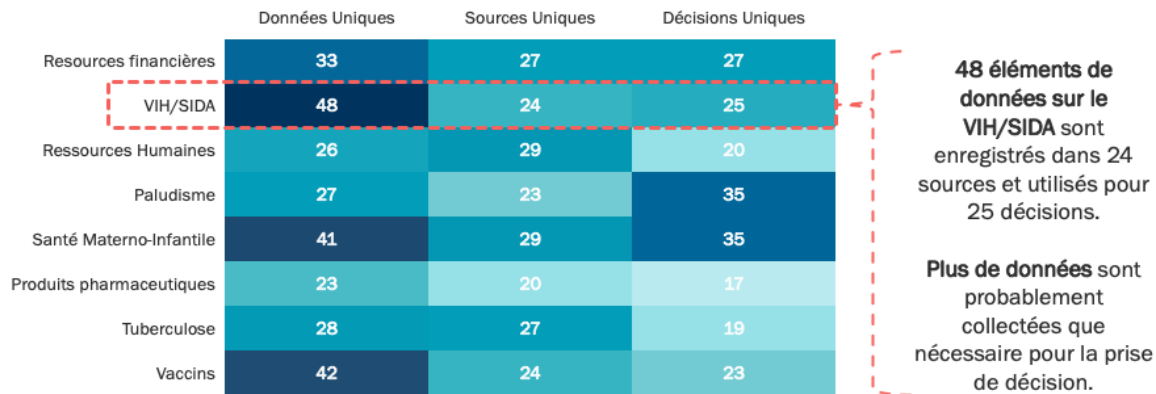
Top 10 représente 85% des mentions communes



### 5) Plus de données sont collectées que nécessaires à la prise de décision.

Cette sur-collecte de données amène les agents de santé à tous les niveaux du système à consacrer entre 13 et 46 heures par semaine à la collecte et à la compréhension des données. À titre d'exemple, il y a 48 éléments de données collectés pour le VIH/SIDA par les gestionnaires de données, mais les décisionnaires n'utilisent que 25 éléments de données uniques pour prendre des décisions. De plus, il semble possible de rationaliser les processus de collecte de données. Les personnes interrogées travaillant sur les questions des ressources humaines ont identifié 26 éléments de données différents collectés dans 29 sources, ce qui montre que certains éléments de données peuvent être enregistrés dans plus d'une source. La figure 5 montre les éléments de données, les sources et les décisions uniques pour chaque domaine programmatique examiné pendant l'évaluation du SNIS.

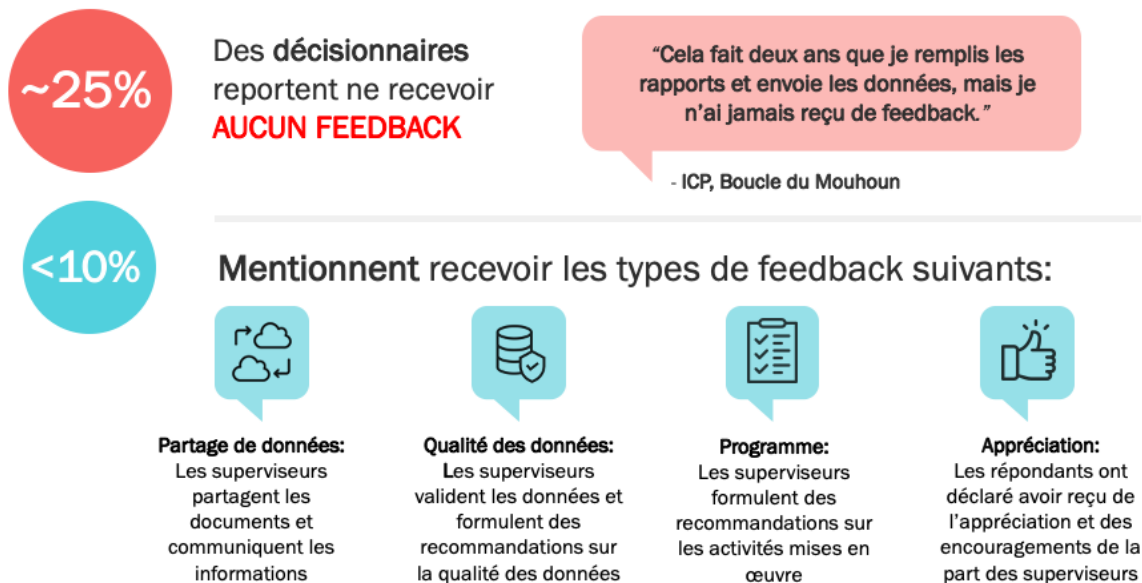
FIGURE 5: ÉLÉMENTS DE DONNÉES, SOURCES ET DÉCISIONS UNIQUES PAR TYPE DE PROGRAMME



### 6) Les acteurs reçoivent peu de feedback

Environ un quart des décisionnaires ont déclaré n'avoir reçu aucun feedback, tandis que moins de 10% ont déclaré avoir reçu des feedbacks sur le partage des données, la qualité des données, les programmes ou des feedbacks positifs (Figure 6).

FIGURE 6: LES TYPES DE FEEDBACK REÇUS PAR LES DÉCISIONNAIRES



## RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- **Assurer l'alignement entre les besoins des décisionnaires et les données collectées** : utiliser les besoins des décisionnaires (quelles décisions doivent-ils prendre et quelles données sont utiles?) pour rationaliser l'utilisation des sources de données et le volume de données collectées afin de réduire les goulots d'étranglements et la sur-collecte de données.
- **Digitaliser les outils de collecte et d'analyse de données**, et définir des normes claires sur les conditions requises pour passer du papier au digital. 70% des répondants utilisent des systèmes papier. Cela est chronophage et accroît les marges d'erreur, ce qui pourrait affecter la qualité des données. La collecte de données sur papier et les processus manuels d'analyse des données peuvent être automatisés pour améliorer l'efficacité.
- **Assurer l'interopérabilité entre les bases de données, les applications et ENDOS-BF** facilitera le partage des données entre les programmes et les différents niveaux du système de santé. Le cloisonnement des différentes applications et bases de données et le manque d'interopérabilité entravent la capacité des décisionnaires à prendre des décisions mieux informées et empêchent le partage des données entre les différents programmes et les niveaux du système de santé. En outre, ENDOS-BF n'est pas utilisé à son plein potentiel et les décisionnaires se fient souvent à des sources informelles pour les données.
- **Présenter les données brutes aux décisionnaires**. Nos résultats ont montré que dans de nombreux cas, les données sont présentées de manière agrégée sur papier. Fournir aux décisionnaires la possibilité d'accéder et d'analyser les données brutes qui alimentent les données agrégées peut contribuer à accroître la confiance dans ces mêmes données.
- **Offrir une formation sur les outils digitaux (applications, logiciels) et les appareils numériques avant de décentraliser la saisie des données**. Les personnes interrogées aux niveaux inférieurs du système de santé ont signalé un accès limité à la technologie et aux formations. Des formations sur les outils digitaux (par exemple tablettes et smartphones) et les appareils numériques doivent être mises en place avant la décentralisation de la saisie des données aux niveaux communautaires et formation sanitaires.
- **Partager les produits de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé**. Les résultats de l'évaluation révèlent que les données remontent au niveau central, mais reviennent rarement aux niveaux des formations sanitaires ou communautaire. Compte tenu de certains résultats qui montrent un manque d'accès aux outils digitaux, le partage des produits de l'information sanitaire lors des visites de supervision de soutien sur papier, au lieu de les partager électroniquement, peut être le meilleur moyen de s'assurer que les données circulent à tous les niveaux du système.







# PARTIE I : INTRODUCTION

## JUSTIFICATION ET CONTEXTE

La présente évaluation du SNIS et du plan stratégique du SNIS 2010 – 2020 du Burkina Faso est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates et réalisée par le Ministère de la Santé du Burkina Faso et Cooper/Smith. Cooper/Smith a collaboré notamment avec la Direction des Statistiques Sectorielles (DSS) et la Direction des Systèmes d'Information en Santé (DSIS) pour analyser les résultats obtenus et tirer des enseignements.

Au cours de la mise en œuvre du plan stratégique SNIS 2010-2020, le Ministère de la santé a franchi de nombreuses étapes, notamment en renforçant le SNIS et en lançant plusieurs initiatives dans le domaine du numérique.

En 2013, le Ministère de la santé a mis en place l'Entrepôt National des Données Sanitaires-Burkina Faso (ENDOS-BF) – en s'appuyant sur le logiciel District Health Information System 2 (DHIS2). La saisie des données se fait principalement au niveau des districts via le Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Épidémiologique (CISSE) pour ensuite remonter la pyramide sanitaire pour validation, agrégation, analyse et partage.

Le Ministère de la santé, par le biais de la DSS a utilisé ENDOS-BF pour diffuser des informations agrégées via des tableaux de bord en ligne et les annuaires statistiques annuels. En outre, le Ministère de la santé a entamé un processus de rationalisation des nombreuses bases de données et outils numériques utilisés au Burkina Faso, en encourageant les parties prenantes à :

- utiliser ENDOS-BF comme base de données par défaut : par exemple la base de données Excel de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) de la Direction de la Nutrition (DN) abandonnée au profit d'une saisie sur ENDOS-BF ;
- assurer une interopérabilité et/ou un échange des données entre les applications et ENDOS-BF : le cas du Registre Électronique de Consultation (REC) dont les données nourrissent dans ENDOS-BF 60 indicateurs du protocole de Prise en Charge Intégrée de l'Enfant (PCIME).

En 2017, les Organisations à Base Communautaire (OBC) ont commencé à saisir directement leurs données dans ENDOS-BF. En 2018, le Ministère de la santé a lancé avec succès un projet pilote de décentralisation de la saisie des données dans la région du Nord visant à transférer la saisie des données au niveau des formations sanitaires (au nombre de plus de 200), avec un taux de réussite de 100 % au regard de la promptitude et de la complétude des données saisies.

**Au cours de la mise en œuvre du plan stratégique SNIS 2010-2020, le Ministère de la santé a franchi de nombreuses étapes, notamment en renforçant le SNIS et en lançant plusieurs initiatives dans le domaine du numérique.**





Outre ENDOS-BF, le Ministère de la santé a lancé plusieurs projets numériques couronnés de succès :

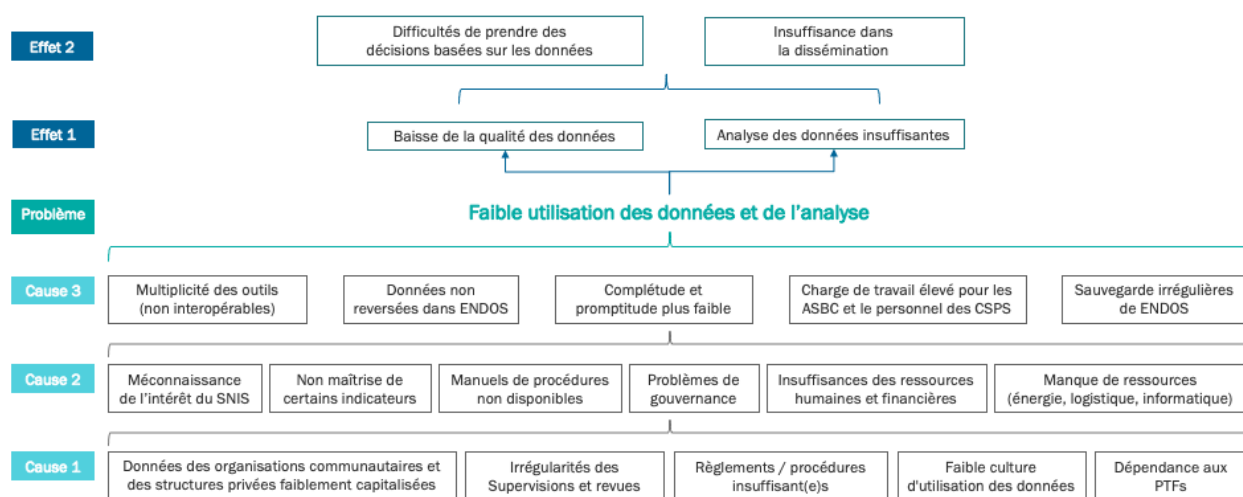
- **le REC** : il s'agit d'un outil d'aide à la décision pour les agents de santé dans la mise en œuvre du protocole PCIME. Le registre est utilisé dans près de 70% des formations sanitaires dans le pays et a été consulté dans plus de 7 millions de consultations pour les enfants de moins de 5 ans. Il s'agit de l'un des plus importants projets de santé digitale en Afrique subsaharienne ;
- **l'application mHealth** : utilisée par plus de 200 Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) dans la région du Nord, cette application mobile a amélioré le suivi des soins fournis aux enfants de moins de cinq ans au niveau communautaire. L'application utilise le système SMS pour transmettre des données sur la mise en œuvre de la PCIME communautaire et la gestion de stocks de médicaments. Cette plate-forme offre de nombreuses autres fonctionnalités qui peuvent également être utilisées dans le cadre de la surveillance au niveau communautaire, de la formation et de la sensibilisation des acteurs du système de santé.

En s'appuyant sur les succès enregistrés dans l'amélioration du SNIS, le Ministère de la santé du Burkina Faso souhaite 1) améliorer la prestation de service en promouvant une culture de l'utilisation des données dans laquelle le personnel de santé obtient, analyse et interprète des données sanitaires de meilleure qualité; 2) approfondir l'intégration des données issues du niveau communautaire dans le SNIS et 3) renforcer l'utilisation des technologies numériques au Burkina Faso afin de réduire la charge de rapportage du personnel de santé.

Pour aider le Ministère de la santé à atteindre ses objectifs, la Fondation Bill et Melinda Gates a financé cette évaluation du SNIS et de la mise en œuvre du plan stratégique SNIS 2010-2020. Le Ministère de la santé du Burkina Faso, via la DSS, mène cette étude avec l'appui technique de Cooper/Smith. Cooper/Smith est une organisation spécialisée dans l'assistance technique auprès des Ministères de la santé sur les questions d'information sanitaire, de gestions des données et de financement de la santé.

Cooper/Smith s'est basée sur de précédentes analyses pour comprendre les limites du SNIS<sup>1</sup>. La figure 7 illustre certaines causes et certaines conséquences des limites du SNIS identifiées dans le rapport de 2019 de Health Information Systems Program (HISP).

**FIGURE 7: ARBRE À PROBLÈMES DU SNIS, ÉTAT DES LIEUX SUR LE SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE (SNIS) DU BURKINA FASO, ENSEA ET HISP-WA, FÉVRIER 2019**



1. État des lieux sur le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Burkina Faso, ENSEA et HISP-WA, février 2019 ; Evaluation of the Performance of the Management of the Health Information System of Routine (PRISM) in Burkina Faso (Évaluation de la performance de la gestion du système d'information sanitaire de routine (PRISM) au Burkina Faso), Measure Evaluation, avril 2020.

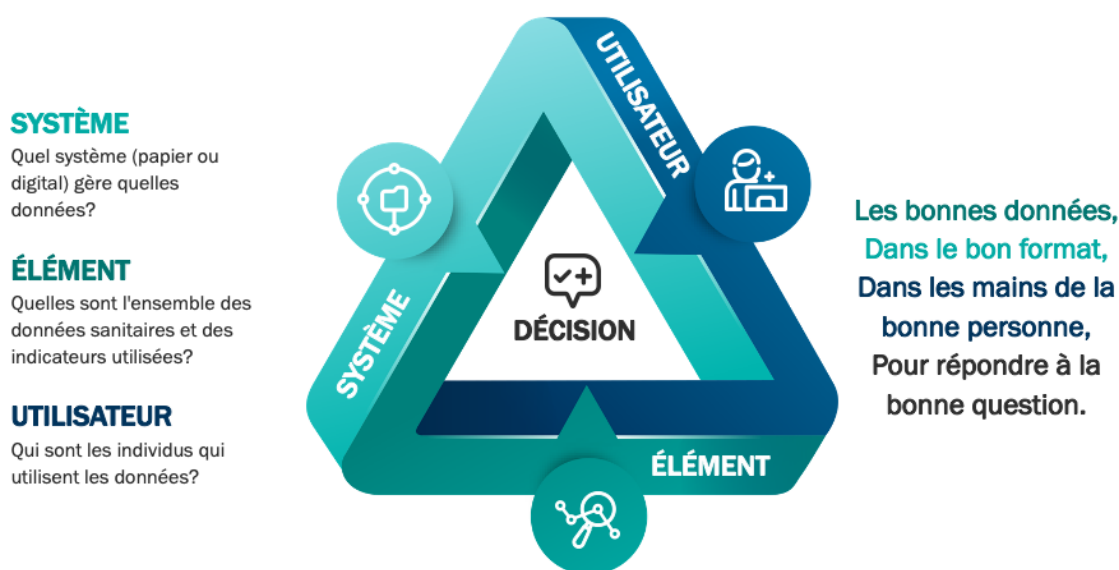


L'objectif de la présente étude est de pousser l'analyse plus en profondeur, en passant d'une perspective centrée sur le système à une perspective centrée sur l'utilisateur.

Considérant que le Ministère de la santé du Burkina Faso cherche à optimiser l'utilisation des ressources existantes consacrées à la santé, Cooper/Smith a cherché à comprendre les principaux liens entre les éléments de données, les sources de données, les systèmes et applications utilisés, les utilisateurs et les décisions prises. Le fait d'optimiser ces liens peut permettre de maximiser les résultats obtenus en matière de santé.

En optimisant le SNIS pour répondre au mieux aux besoins des utilisateurs, le Ministère de la santé du Burkina Faso peut encourager l'utilisation plus fréquente des données sanitaires dans la prise de décision au quotidien, ce qui permettra d'optimiser les résultats obtenus en matière de santé. La figure 8 illustre certaines questions examinées dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2020 et du SNIS depuis la perspective de l'utilisateur.

**FIGURE 8: QUESTIONS CLÉS POUR COMPRENDRE LES ÉLÉMENTS, LES SYSTÈMES, LES UTILISATEURS DE DONNÉES ET LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE SNIS.**

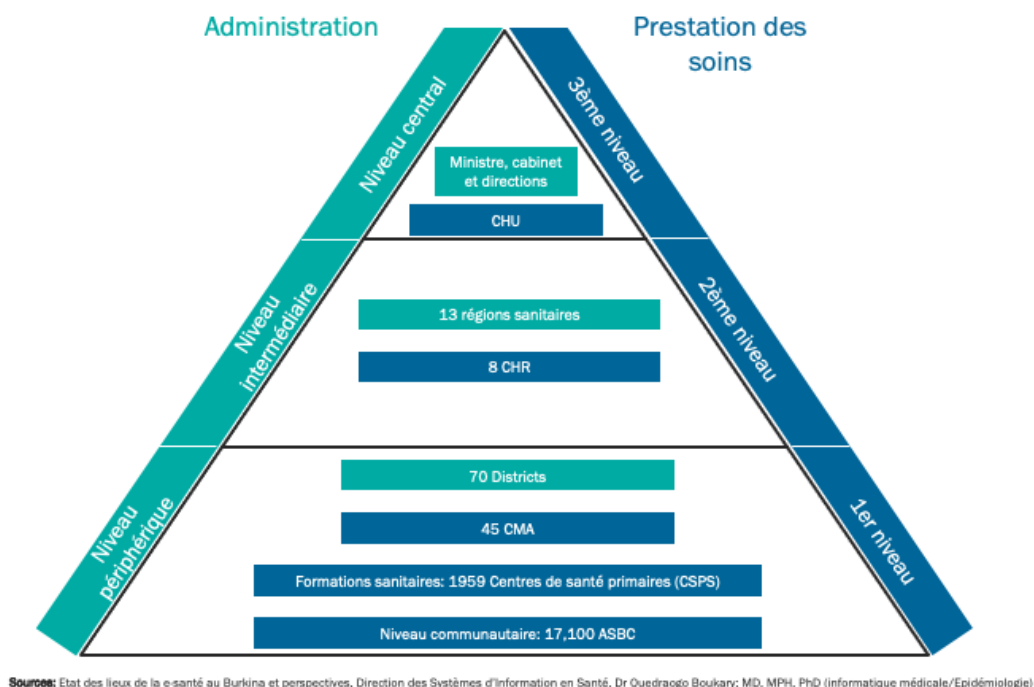


Le Ministère de la santé du Burkina Faso élabore actuellement ou participe à l'élaboration des stratégies clés pour la période 2021 - 2025, notamment le plan stratégique du SNIS 2021-2025, les initiatives E-Santé et E-Burkina, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030, et le Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2021-2025. Les informations tirées de la présente évaluation fourniront une analyse complète de la situation sur laquelle pourra s'appuyer le prochain plan stratégique du SNIS, des informations de contexte qui guideront l'élaboration d'autres stratégies clés, ainsi que des approches innovantes et créatives permettant d'institutionnaliser à l'avenir une culture de l'utilisation des données.

# DESCRIPTION DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ AU BURKINA FASO

La structure administrative du système de santé comprend trois niveaux : les niveaux central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central comprend la structure centrale et les structures qui y sont rattachées, organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Le niveau intermédiaire correspond aux 13 Directions Régionales de la Santé (DRS) chargées de mettre en œuvre les politiques gouvernementales dans les régions sanitaires. Enfin, le niveau périphérique correspond aux districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. La figure 9 fournit un aperçu de la structure du système de santé du Burkina Faso.

**FIGURE 9: ORGANISATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BURKINA FASO, 2019, ÉTAT DES LIEUX DE LA CYBERSANTÉ AU BURKINA FASO ET PERSPECTIVES, DIRECTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION EN SANTÉ**



Parallèlement à cette structure administrative, il y a l'organisation des services de soins. Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux et fournissent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau de soins comprend le premier échelon (CSPS/CM) et le deuxième échelon (CMA). Le CHR constitue le deuxième niveau de soins et le CHU, le troisième niveau.

L'offre des soins est complétée par des formations sanitaires privées et confessionnelles qui participent à la prestation de soins de santé. Les Organisations à Base Communautaire (OBC) et les ASBC participent également au système de soins de santé. Leur rôle est largement axé sur la prévention et la promotion de la santé. Les ASBC sont recrutés par l'État et travaillent en étroite collaboration avec l'Infirmier Chef de Poste (ICP), manager du CSPS.



# DESCRIPTION DU PLAN STRATÉGIQUE DU SNIS 2010 - 2020

Le SNIS fournit les principales statistiques sur la santé au Burkina Faso. Les données provenant du SNIS sont utilisées pour calculer les indicateurs définis par le Ministère de la Santé. Ses objectifs spécifiques sont :

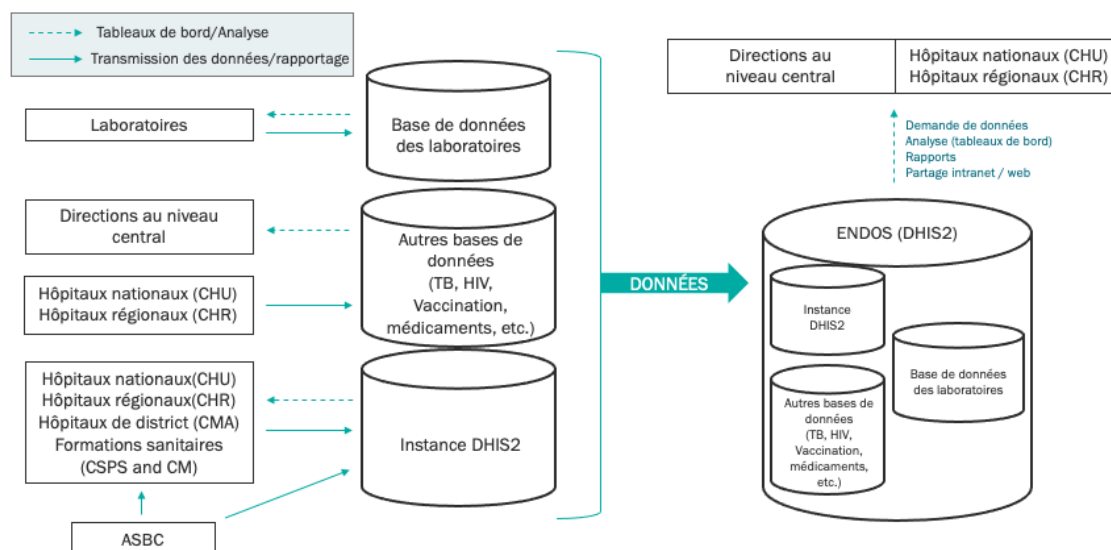
- fournir au Ministère un outil d'aide à la décision;
- fournir à toutes les parties prenantes du SNIS et aux utilisateurs un outil permettant d'apprécier la situation sanitaire;
- soutenir la planification, la gestion et la procédure d'évaluation des programmes et des services de santé;
- soutenir la recherche ;
- promouvoir les échanges internationaux.

En élaborant le plan stratégique du SNIS, le Ministère de la santé a souhaité développer un système d'information sanitaire stable et efficace. La mise en œuvre de ce plan a permis aux parties prenantes de disposer de données pour la conception, le suivi et l'évaluation des politiques, des projets et des programmes en matière de santé.

L'objectif du plan stratégique est de fournir des statistiques fiables et actuelles, tout en veillant à la réalisation des activités statistiques. Le plan stratégique est centré sur quatre axes stratégiques :

- Axe 1 : renforcement de la planification, de la coordination et du leadership ;
- Axe 2 : renforcement des ressources humaines, financières, en équipements et en infrastructures ;
- Axe 3 : amélioration de la production, la gestion et la qualité des données sur la santé ;
- Axe 4 : amélioration de la production, la diffusion et l'utilisation des informations sanitaires.

**FIGURE 10: ARCHITECTURE CIBLE POUR LE SNIS DU BURKINA FASO EN 2020, ÉTAT DES LIEUX DE LA CYBERSANTÉ AU BURKINA FASO ET PERSPECTIVES, DIRECTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION EN SANTÉ**



Sources: Etat des lieux de la e-santé au Burkina et perspectives, Direction des Systèmes d'Information en Santé, Dr Ouedraogo Boukary; MD, MPH, PhD (informatique médicale/Epidémiologie)



Le Burkina Faso avait pour objectif de disposer en 2020 d'un système d'information sanitaire intégré et accessible, efficace à tous les niveaux, produisant des informations de qualité en temps réel sur la santé, pouvant être utilisées par toutes les parties prenantes dans la prise de décision. La figure 10 présente l'architecture cible du SNIS envisagé à l'horizon 2020.

## FINALITÉS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les objectifs généraux de la présente évaluation sont triples :

1. évaluer la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020 et en tirer les enseignements en ce qui concerne chaque axe stratégique, afin de fournir des recommandations dans la perspective de l'élaboration du plan stratégique du SNIS 2021-2025 ;
2. analyser le SNIS dans la perspective de l'utilisateur, afin d'identifier les éléments de données, les sources de données et les systèmes et applications clés utilisés pour la prise de décision ;
3. identifier les décisions critiques et les situations rencontrées par les décisionnaires, ainsi que les informations utilisées, disponibles et nécessaires pour améliorer l'efficacité des programmes.

## MÉTHODOLOGIE

L'approche de la présente étude repose sur une méthode mixte permettant d'atteindre les objectifs de recherche. La méthodologie et les outils de collecte des données ont été examinés et approuvés par le Ministère de la santé via la DSS et la DSIS.

Les méthodes suivantes ont été utilisées lors de l'évaluation :

1. analyse documentaire
2. enquêtes individuelles
3. cartographie du système

### L'analyse documentaire

L'objectif de l'analyse documentaire était de collecter et de classer autant d'informations que possible afin de valider les activités et les résultats obtenus dans le cadre de la mise en œuvre du SNIS. Les données soumises à l'analyse documentaire ont été collectées au sein du Ministère de la santé et d'autres sources du gouvernement du Burkina Faso. Une liste complète des documents examinés est jointe en annexe 1.

### Les enquêtes individuelles

Les personnes interrogées ont été divisées entre les quatre outils d'enquête sur la base des fonctions exercées : responsable ayant participé à la mise en œuvre du plan stratégique, responsable de structure, gestionnaire de données et décisionnaire. Les données primaires ont été collectées en utilisant au total quatre enquêtes :

1. l'enquête nationale sur la mise en œuvre des activités du plan stratégique du SNIS ;
2. le profil de la structure ;
3. l'enquête auprès des gestionnaires de données ;
4. l'enquête auprès des décisionnaires.



L'enquête nationale sur la mise en œuvre des activités du plan stratégique du SNIS était exclusivement centrée sur l'objectif 1 de l'étude ; et certaines informations extraites des autres enquêtes (2, 3 ou 4) ont été utilisées pour éclairer le contexte de l'enquête sur la mise en œuvre des activités du plan stratégique. Outre qu'elles fournissent des informations utiles à l'objectif 1, les trois autres enquêtes ont été utilisées pour fournir des informations pertinentes au regard des objectifs 2 et 3.

Les outils de collecte des données ont été validés par la DSS et la DSIS et utilisés par le cabinet Xpertis Consulting lors des entretiens conduits sur le terrain. Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement numérique - avec le consentement des personnes interrogées - et d'une transcription manuscrite.

Les questions complètes de l'enquête sont jointes en annexe VI.

## L'enquête sur la mise en œuvre des activités du plan stratégique du SNIS

L'enquête sur la mise en œuvre des activités du plan stratégique du SNIS a ciblé les parties prenantes que sont les directions centrales du Ministère de la santé. Ces directions via les personnes interrogées, ont fixé les orientations de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020 et la stratégie au niveau national, exercé un contrôle financier sur la mise en œuvre du plan stratégique, supervisé la mise en œuvre des activités au niveau national et/ou participé à des activités de coordination.

10 personnes au total ont participé à cette enquête.

### Le profil des structures

Chaque structure visitée a rempli un profil visant à saisir des données relatives aux facteurs permettant de décrire les limites, les besoins et les potentiels de chaque site. Les informations clés concernaient notamment:

- l'infrastructure et les ressources (accès à l'électricité, meubles, ordinateurs, accès à internet, services fournis, nombre d'employés, etc.) ;
- les orientations et la documentation disponible élaborée pendant la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS ;
- les systèmes de gestion des données actuellement en place (support papier ou support électronique);
- la distinction entre zones urbaines et rurales.

Soixante-neuf (69) structures au total ont participé à cette enquête. Pour rappel le concept de structure inclut les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), les Centres Médicaux (CM), les Centres Médicaux avec Antennes chirurgicales (CMA), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), mais aussi les Équipes Cadres de District (ECD), les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les directions centrales et secrétariat technique du Ministère.

### L'enquête auprès des gestionnaires de données

Cette enquête a été adressée aux personnes interrogées qualifiées de « personnes chargées de la collecte/ du traitement des données » aux niveaux communautaire, des formations sanitaires, du district, de la région et central, afin de comprendre qui collecte et traite les données, la nature des données collectées dans l'ensemble des domaines du programme, le lieu d'enregistrement des données, et de mieux retracer les flux de données.

Au total, 75 personnes ont participé à cette enquête.



## L'enquête auprès des décisionnaires

Cette enquête a été adressée aux personnes interrogées qualifiées de « décisionnaires » aux niveaux du centre de santé, du district, de la région et central, afin de comprendre quelles décisions sont prises dans l'ensemble des domaines du programme, les éléments de données utilisés dans la prise de décision, les sources de données utilisées et les domaines dans lesquels l'utilisation des données peut être améliorée.

Au total, 75 personnes ont participé à cette enquête.

## LA CARTOGRAPHIE DU SYSTÈME

Un inventaire exhaustif de l'ensemble des systèmes, applications et registres sur support papier actuellement utilisés a été réalisé, pour fournir un aperçu actualisé des flux de données au sein du SNIS. Le diagramme est représenté en partie III.

## L'ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et intégrés dans l'application CommCare. Après avoir été assainies, les données quantitatives ont été analysées en utilisant le logiciel Tableau. Les données qualitatives ont été encodées et analysées dans l'application NVivo.

Suivant les objectifs de la présente évaluation, les conclusions du rapport sont divisées en deux parties. La deuxième partie est centrée sur l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020 (objectif 1) et la troisième partie sur l'évaluation de l'utilisation des données et de la prise de décision au sein du SNIS (objectifs 2 et 3).

## SÉLECTION DES SITES

Le cadre d'échantillonnage a été présenté et approuvé par le Ministère de la santé via la DSS et la DSIS en janvier 2020.

### La sélection et la stratification des régions

Un cadre d'échantillonnage a été élaboré pour aider l'équipe d'évaluation dans la sélection des sites sur le terrain et des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête. L'échantillon sélectionné devait être aussi représentatif que possible des sites et des utilisateurs potentiels ciblés par les activités de mise en œuvre du plan stratégique du SNIS, et devait être typique des utilisateurs de données et des décisionnaires impliqués dans la prestation et/ou la planification des services de santé et d'assistance au Burkina Faso.

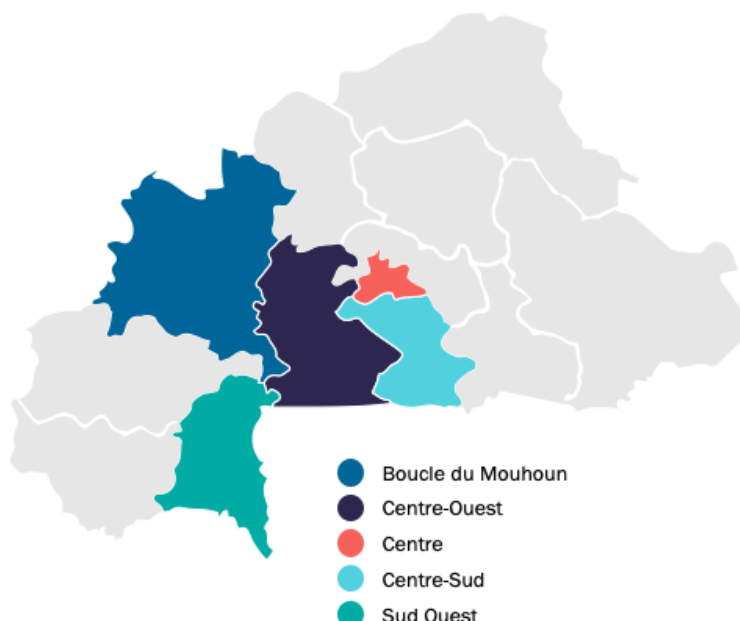
La figure 11 montre les régions sélectionnées pour participer à l'évaluation. Dans le cadre de la sélection de l'échantillon, les éléments clés suivants ont été pris en considération :

1. les préoccupations en matière de sécurité sur le terrain ;
2. la combinaison de zones urbaines, rurales et semi-rurales ;
3. la diffusion ou l'inexistence d'applications en matière de santé digitale ;
4. la promptitude et complétude du rapportage.





FIGURE 11: RÉGIONS CIBLÉES PAR L'ÉVALUATION



Sur la base des données de l'annuaire statistique 2018 et en utilisant les taux de complétude et promptitude du rapportage comme indicateur de performance, il a été sélectionné pour chacune des 5 régions un district avec un niveau de performance élevé et un district avec un niveau de performance faible, cela amenant le total de l'échantillon à 10 districts sanitaires.

Une liste complète des districts et des structures ayant participé à l'évaluation est jointe en annexe 3.

### La sélection et la stratification des formations sanitaires

Le cadre d'échantillonnage des formations sanitaires prend en compte un éventail de facteurs ayant une incidence sur la production et la qualité des données, et permettant de saisir des informations provenant de sites très performants et peu performants. Les formations sanitaires ont été sélectionnées en fonction du volume annuel de patients (calculé sur la base du nombre de nouvelles consultations), l'échantillon comprenant trois formations sanitaires par district (volume annuel de patient élevé, moyen et faible). Nous avons veillé à obtenir une combinaison de formations sanitaires publiques et privées pour un total de 30 formations sanitaires interrogées.

### L'échantillon au niveau des formations sanitaires

Au sein de chaque centre de santé des membres clés du personnel ont été interrogés, notamment :

- des ASBC rattachés à ce centre
- le premier responsable ;
- la personne le plus souvent gestionnaire des données (chargée de la collecte, la saisie, la validation, etc.)



## L'échantillon de gestionnaires de données

Les gestionnaires de données interrogés dans le cadre de l'enquête ont été sélectionnés aux niveaux communautaire, centre de santé, district, région et central. Leur fonction devait concerner essentiellement la gestion des données (collecte, traitement, agrégation, validation et analyse).

## L'échantillon des décisionnaires

Les décisionnaires interrogés dans le cadre de l'enquête provenaient de centre de santé, des Équipes cadres de District (ECD), des Directions Régionales de la Santé (DRS) et du niveau central. Ces personnes participent essentiellement à la planification, au contrôle et à la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020.

## LIMITES DE L'ÉTUDE

Une seule des personnes interrogées dans le cadre du plan stratégique du SNIS a conservé son poste pendant toute la durée de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS. 80% des personnes interrogées dans le cadre du plan stratégique du SNIS ont conservé leur poste pendant moins de cinq ans. Les personnes interrogées ne pouvaient donc pas toujours confirmer la mise en œuvre effective de certaines activités. La confirmation a donc dû nécessiter des recherches complémentaires.

En outre, des préoccupations en matière de sécurité ont entraîné l'impossibilité d'accéder à certaines zones du pays et donc de réaliser une cartographie complète des systèmes. Cela constitue une lacune notable, puisque la situation en matière de sécurité a une incidence considérable sur le système de santé. Depuis janvier 2016, des groupes terroristes islamiques ont renforcé leur présence et activités au Burkina Faso, perpétré trois attaques terroristes majeures dans la capitale (en 2016, 2017 et 2018) et ciblé des symboles et des représentants de l'État sur tout le territoire. Dans l'ensemble du pays, des violences ont entraîné un nombre de Personnes Déplacées Internes (PDI) dépassant le million de personnes (environ 5% de la population totale). L'insécurité frappe principalement quatre régions du pays (Centre Nord, Est, Nord et Sahel).

Cette insécurité a eu des conséquences négatives sur le système de santé et l'accès aux soins de la population. En août 2020, selon le Cluster santé du Burkina Faso, et comme le montre la Figure 12 :

- 95 CSPS de santé sont fermés (soit 5% des 1,896 CSPS du pays<sup>2</sup>)
- 199 CSPS fonctionnent partiellement (soit 10,5% des CSPS du pays)
- 183 CSPS couvrent des aires sanitaires dans lesquelles se trouvent des PDI (soit 9,65% des CSPS du pays)

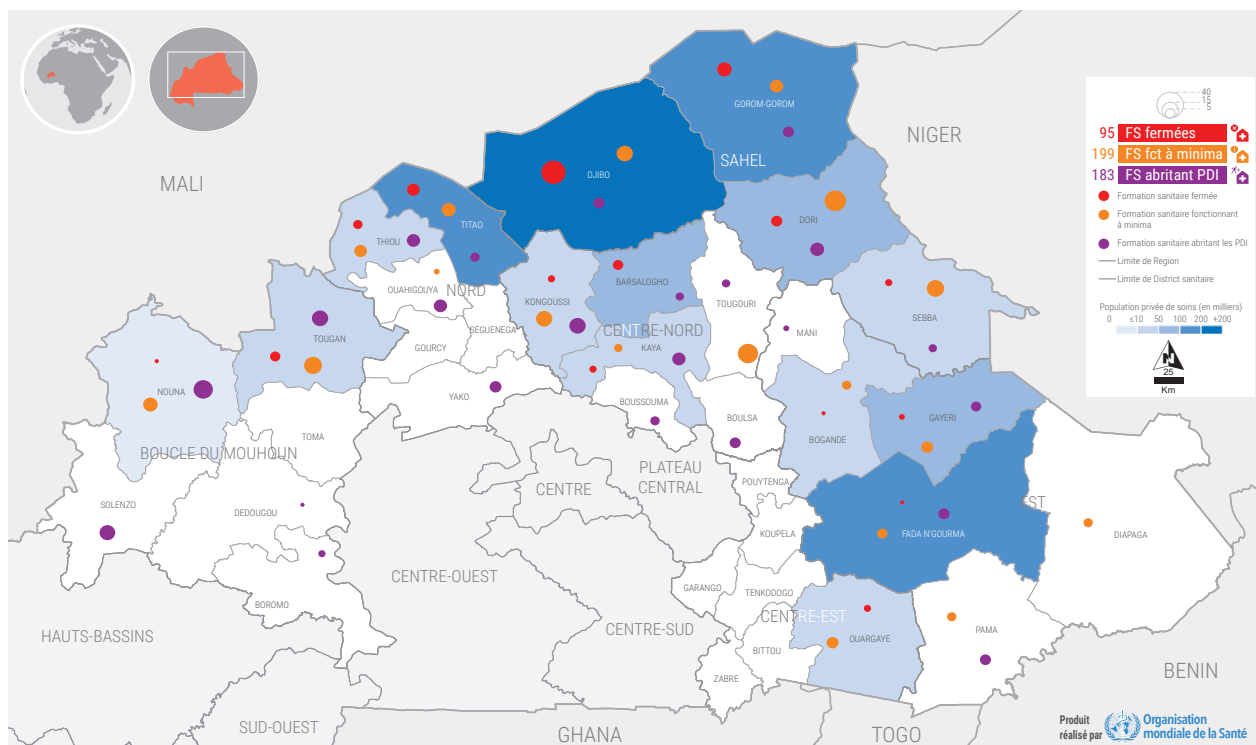
**En août 2020, 5% des centres de santé sont fermés à cause de la situation sécuritaire.**

2. Nombre total des formations sanitaires selon l'annuaire statistique 2018 du Ministère de la santé



FIGURE 12: FONCTIONNALITÉ DES FORMATIONS SANITAIRES AU BURKINA FASO, AOÛT 2020, OMS, CLUSTER SANTÉ

BURKINA FASO : Fonctionnalité des Formations sanitaires au 10 août 2020



Les appellations employées dans le présent produit d'information sanitaire et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.  
 Date de création : 14 août 2020 Source : Cluster Santé et partenaires Feedback : kassendued@who.int https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/burkina-faso/

Le cluster santé<sup>3</sup> estime qu'environ 1,5 millions de personnes n'ont pas un accès approprié aux soins en raison de la situation sécuritaire. La possibilité de voyager dans ces zones et d'évaluer le système de soins de santé aurait fourni des informations de contexte supplémentaires sur la situation sanitaire au Burkina Faso, ce qui aurait contribué à orienter les recommandations pour le prochain cycle de planification du SNIS.

3. Le cluster est un mécanisme supervisé par UNOCHA pour assurer la coordination dans les domaines critiques de l'action humanitaire.





# PARTIE II : ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE DU SNIS 2010-2020

Les sections suivantes de la présente étude présentent les conclusions de l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020. Les conclusions sont structurées autour des quatre axes et de leurs objectifs respectifs. Chaque activité du SNIS est clairement mentionnée, ainsi que les conclusions de toutes les études indiquant si l'activité a été mise en œuvre, quand, comment et les informations fournies par les personnes interrogées. Chaque axe se termine par une conclusion comprenant une analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM).

Les données tirées des quatre enquêtes et de l'analyse documentaire ont été utilisées pour déterminer si les activités avaient été réalisées. Chaque activité s'est vue attribuer une note d'après un code couleur correspondant aux feux de signalisation, selon qu'elle a été pleinement réalisée (vert), partiellement réalisée (jaune), ou non réalisée (rouge)<sup>4</sup>.

## AXE 1 : RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION, DE LA COORDINATION ET DU LEADERSHIP

OBJECTIF	INTERVENTION PRIORITAIRE	NOTE
<b>Objectif 1 :</b> Renforcer la coordination dans l'ensemble du SNIS et la concertation avec des partenaires	1.1: Élaboration de normes et de procédures de gestion de l'information sanitaire	✓
	1.2: Mise en place d'un mécanisme fonctionnel de coordination des sous-systèmes	—
<b>Objectif 2 :</b> Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan stratégique du SNIS	2.1: Élaboration et mise en œuvre de plans d'action annuels du SNIS	—
	2.2: Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique	✗
	2.3: Élaboration du nouveau plan stratégique	✗

Activité pleinement réalisée
 Activités partiellement réalisées
 Activités non réalisées

4. La scorecard complète de la mise en œuvre du plan stratégique est disponible en annexe I



Le SNIS repose sur la coordination et la cohésion de différentes composantes. L'utilisation des ressources doit être étayée par des procédures et des normes qui exigent des activités de coordination, conception et planification. L'axe 1 vise à veiller à ce que ces mesures soient élaborées, mises en œuvre et suivies de manière adéquate.

## Objectif 1 : Renforcer la coordination dans l'ensemble du SNIS et la concertation avec les partenaires

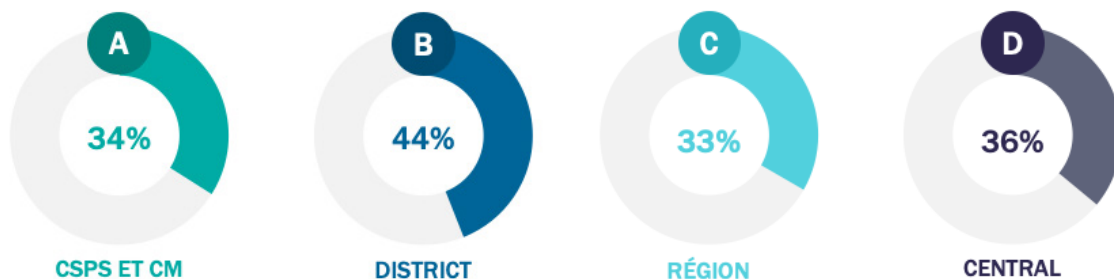
### ✓ **Activité 1.1: Élaboration de normes et de procédures en matière de gestion de l'information sanitaire**

Des normes en matière de gestion de l'information sanitaire ont été élaborées au niveau central par le biais d'une équipe de validation et d'ateliers de validation associant des partenaires. Des formations concernant ces normes et procédures ont été dispensées au niveau des régions, qui ont indiqué avoir reçu des lignes directrices pour leur mise en œuvre. L'analyse documentaire a montré que deux principaux documents d'orientation avaient été produits en 2015 :

- le Manuel de Procédure de Gestion de l'Information Sanitaire (MPGIS) ;
- les métadonnées des indicateurs du SNIS.

La majorité des personnes interrogées considérait que les personnels au niveau des districts et des formations sanitaires avaient accès à des normes et procédures en matière d'information sanitaire et avaient été formées en la matière. Les responsables de structures interrogés n'ont cependant pas fait état d'une large diffusion des documents. Moins de la moitié des structures à tous les niveaux ont indiqué disposer de normes et de procédures en matière d'information sanitaire (voir la figure 13), ce pourcentage allant de 33 % au niveau des régions à 44 % au niveau des districts.

**FIGURE 13: POURCENTAGE DES STRUCTURES AYANT INDiqué RECEVOIR DES NORMES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE D'INFORMATION SANITAIRE**



Les personnes interrogées ont indiqué que la plupart des données de l'information sanitaire étaient hébergées dans le cloud sur des serveurs situés à l'extérieur du pays. C'est par exemple le cas avec les données du REC stockées sur CommCare dans le cloud, ou des données ENDOS sur le serveur de l'université d'Oslo<sup>5</sup>. Au contraire, certains gestionnaires de données ont signalé que les données ne sont pas facilement accessibles et sont stockées sur des ordinateurs personnels. Un CISSE district a déclaré : « Où les données sont-elles stockées ? C'est dans nos ordinateurs et des clés USB, nous les gardons également dans nos boîtes mail. »

**« Où les données sont-elles stockées ?  
C'est dans nos ordinateurs et  
des clés USB, nous les gardons  
également dans nos boîtes mail »**

5. Ces hébergements de données à l'extérieur du pays sont autorisés de manière temporaire par les autorités du Burkina Faso, l'objectif à terme étant l'hébergement des données au Burkina Faso, dans l'esprit de la Loi 010-2004/AN portant protection des données à caractère personnel

Les normes et procédures en matière d'information sanitaire comprennent une politique en matière de gestion des informations sanitaires. Sur la base des normes et procédures, le Ministère de la santé protège les données sanitaires sensibles par un mot de passe qui restreint l'accès aux bases de données. Le Ministère a évité de collecter des Informations d'Identification Personnelle (IIP) et seules les personnes disposant de certains niveaux d'autorisation peuvent accéder aux données sensibles.

### — **Activité 1.2: Mise en place d'un mécanisme fonctionnel de coordination des sous-systèmes**

Plus de la moitié des personnes interrogées ont confirmé qu'une réunion de consultation s'était tenue pour élaborer un mécanisme de coordination et que ledit mécanisme avait été ratifié par un acte administratif. Le comité devait se réunir deux fois par an pendant la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS, mais les personnes interrogées ont indiqué qu'il s'était réuni au moins une fois, deux personnes interrogées ayant indiqué qu'il s'était réuni deux fois. Les personnes interrogées ont considéré que le comité aurait pu être mieux coordonné pour fonctionner plus efficacement.

Le comité a créé des sous-comités agissant dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS : e-santé, REC-PCIME, paludisme, tuberculose et nutrition. Les sous-comités de programme se sont réunis de manière trimestrielle, et les autres sous-comités de manière semestrielle. Les sous-comités ont reçu et utilisé des données programmatiques pour mesurer la bonne gestion des programmes.

## **Objectif 2 : Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan stratégique du SNIS**

### — **Activité 2.1: Élaboration et mise en œuvre des plans d'action annuels du SNIS**

Il n'y a pas eu d'élaboration de plans d'action annuels du SNIS sur la période 2010 – 2020. Néanmoins plusieurs éléments de plan d'action ont été élaborés :

- le plan stratégique SNIS 2010-2020 contient une liste d'activités pour la période 2010-2015 ;
- la DSS et la DSIS, les deux directions les plus impliquées dans la gestion de l'information sanitaire et des outils digitaux, ont chacune conçu des plans d'actions annuels sur cette période et les ont diffusés.

Les personnes interrogées ont fait état de niveaux variables de diffusion des plans d'action, certaines ayant indiqué que les plans d'action étaient diffusés aux partenaires et aux directeurs de la planification lors des sessions de financement ou des réunions de validation. Il n'a cependant pas été indiqué que les plans d'action étaient diffusés aux niveaux inférieurs du système de santé, et une personne interrogée a indiqué que les plans d'action n'étaient pas correctement diffusés.

### ✗ **Activité 2.2: Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique**

Aucune évaluation externe à mi-parcours n'a été réalisée. En outre, les personnes interrogées ne savaient pas si le plan stratégique du SNIS 2010-2020 avait atteint au moins 85 % des indicateurs d'objectifs au stade de l'évaluation à mi-parcours, ou si au moins 85 % du budget avait été utilisé.



Le plan stratégique du SNIS comprend des indicateurs qui font l'objet d'un suivi. Des personnes interrogées ont mentionné les indicateurs suivants et indiqué qu'ils avaient fait l'objet d'un suivi trimestriel :

- exhaustivité des données
- respect des délais de notification des données
- nombre d'infirmiers par groupe de 5000 habitants
- CPN4
- TPI2
- taux de mortalité infantile
- nombre de dispositifs fonctionnels
- taux de rétablissement
- taux de mortalité
- indicateurs de programmes
- indice de concordance
- santé maternelle

Des personnes interrogées ont indiqué que, sur la base des données collectées, elles avaient adopté les décisions suivantes :

- fourniture de soins de santé gratuits aux femmes enceintes et aux enfants
- fourniture des services gratuits de planning familial
- achat de fournitures
- connexion internet
- élaboration de règles en matière de validation des données sanitaires
- correction de la qualité des données
- suivi de l'évolution des indicateurs

Des personnes interrogées ont indiqué que les données étaient consultables dans ENDOS-BF, lors des visites de contrôle et dans les documents/rapports présentés par les formations sanitaires. Les données sont accessibles dans certains cas de manière quotidienne, et dans d'autres cas de manière hebdomadaire ou trimestrielle. Les informations sont utilisées pour le suivi des événements, la planification, l'examen des informations des structures et sont diffusées dans l'ensemble du système sanitaire.

La qualité des données est contrôlée par le biais d'une évaluation annuelle de la qualité des données, et par le biais d'examen et de validations en groupe de travail. Les formations sanitaires sont également responsables du contrôle de la qualité de leurs données. Le cas échéant, la DSS ou les responsables des niveaux inférieurs (district et région) ayant produit les données rectifient les données manquantes ou inexactes en comparant les informations de la base de données et du formulaire papier. Des informations complémentaires concernant la qualité des données sont fournies dans le cadre de l'axe 3.

### ✘ **Activité 2.3: Élaboration du nouveau plan stratégique**

L'élaboration du nouveau plan stratégique pour la période 2021-2025 débutera fin 2020/début 2021. L'évaluation à mi-parcours n'ayant pas eu lieu, le plan stratégique du SNIS 2010-2020 n'a pas été restructuré à mi-parcours de sa mise en œuvre.

## **Axe 1 Forces, faiblesses, opportunités et menaces**

### **Forces**

- des mécanismes de coordination ont été mis en place au niveau des sous-comités et se réunissent régulièrement ;
- des plans d'action sont systématiquement élaborés chaque année par la DSS et la DSIS ;





- un système d'information sanitaire efficace est en place pour collecter des informations et des rapports annuels sont transmis à tous les niveaux du système sanitaire ;
- les partenaires sont pris en considération et leurs besoins sont intégrés dans l'élaboration des normes en matière d'information sanitaire.

### Faiblesses

- aucune évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la stratégie n'a été réalisée ;
- aucune activité n'a été formellement planifiée pour la période 2015-2020 ;
- Il n'y a pas de compréhension claire de la part des personnes interrogées sur la question de la responsabilité quant à l'approbation et de la validation des plans d'action.
- les plans d'action n'ont pas été correctement diffusés à tous les niveaux.

### Opportunités

- renforcer la gouvernance du SNIS en définissant une vision de l'architecture du système et les modes de partage d'information entre les outils et les utilisateurs. Cela sera mis en œuvre en définissant, partageant avec les utilisateurs et assurant le contrôle de leur mise en œuvre ;
- les sous-comités se réunissent déjà régulièrement, mais il est possible d'instaurer une collaboration plus régulière et mieux coordonnée entre les comités principaux et les sous-comités ;
- les politiques et les normes ont définies et documentées. Le Ministère de la santé peut veiller à ce que les documents soient diffusés à tous les niveaux du système de santé, de sorte que tous les niveaux soient tenus d'appliquer les normes ;
- des personnes interrogées ont demandé de meilleures explications concernant la définition des indicateurs, les objectifs fixés et les calculs.

### Menaces

- les contraintes liées à l'épidémie du COVID pourraient entraîner des retards dans la capacité du Ministère de la santé de se réunir ou de recueillir des informations pour l'élaboration du plan stratégique du SNIS 2021 – 2025 ;
- l'insécurité dans plusieurs régions du pays pourrait rendre plus difficile la collecte d'information dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique.



## AXE 2 : RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES, FINANCIÈRES, EN ÉQUIPEMENTS ET INFRASTRUCTURES

OBJECTIF	INTERVENTION PRIORITAIRE	NOTE
<b>Objectif 3 :</b> Renforcer les ressources humaines du SNIS sur le plan qualitatif et quantitatif	<b>3.1:</b> Actions de plaidoyer pour le renforcement des capacités au profit du SNIS	—
	<b>3.2:</b> Réalisation des formations continues et initiales	—
<b>Objectif 4 :</b> Renforcer les infrastructures et équipements au profit du SNIS	<b>4.1:</b> Construction de locaux adéquats pour la Direction Générale de l'Informatique et des Statistiques Sanitaires (DGISS) <sup>6</sup>	✓
	<b>4.2:</b> Acquisition d'équipements pour la DGISS	✓
	<b>4.3:</b> Renforcement de l'équipement informatique et des structures du SNIS	—
<b>Objectif 5 :</b> Développer une architecture de communication intégrée pour la gestion des données sanitaires	<b>5.1:</b> Élaboration d'un plan de mise en réseau des structures de gestion de l'information sanitaire	—
	<b>5.2:</b> Renforcement de la connexion internet du Ministère de la santé	✗
<b>Objectif 6 :</b> Accroître le financement en faveur du SNIS	<b>6.1:</b> Plaidoyer pour le financement du plan stratégique	—



Activités pleinement réalisées



Activités partiellement réalisées



Activités non réalisées

Le SNIS ne peut fonctionner efficacement que si les ressources sont comptabilisées et utilisées à bon escient. L'axe 2 est centré sur le renforcement des ressources humaines par le biais de la formation continue et du renforcement de capacités des agents de santé. Cet axe est également centré sur les ressources financières, en équipements et en infrastructures nécessaires pour le développement du système. Le plan stratégique du SNIS souligne spécifiquement la nécessité d'améliorer les équipements informatiques, la communication et la logistique, et de mener des actions de plaidoyer pour augmenter le financement du SNIS.

6. La DGISS a été remplacée par la DGESS et la DSIS.





## Objectif 3 : Renforcer les ressources humaines du SNIS sur le plan qualitatif et quantitatif

### — *Activité 3.1: Actions de plaidoyer pour le renforcement des capacités au profit du SNIS*

Les plans d'actions annuels de la DSS et de la DSIS ont été utilisés comme outils de sensibilisation auprès des partenaires dans la recherche de financements. Les personnes interrogées ont considéré que les mesures de sensibilisation appliquées n'avaient pas permis d'augmenter le financement pour le renforcement de capacité. Elles ont considéré que les partenaires devraient indiquer leur budget et communiquer leurs informations avant les réunions consacrées au financement et à l'examen des mesures, et que le personnel devrait être formé au plaidoyer et l'utilisation des nouveaux outils.

### — *Activité 3.2: Mise en œuvre de la formation continue et permanente*

Les postes, les profils et les besoins en personnel du SNIS ont été définis et documentés dans le Manuel de Procédure de Gestion de l'Information Sanitaire (MPGIS). La moitié des personnes interrogées ont cependant estimé que le Ministère de la santé ne disposait pas d'un personnel suffisant pour mener à bien ses activités. Une personne interrogée a indiqué que le Ministère de la Santé avait embauché quatre personnes et une autre qu'il avait embauché sept employés temporaires chargés de se concentrer sur les activités du SNIS.

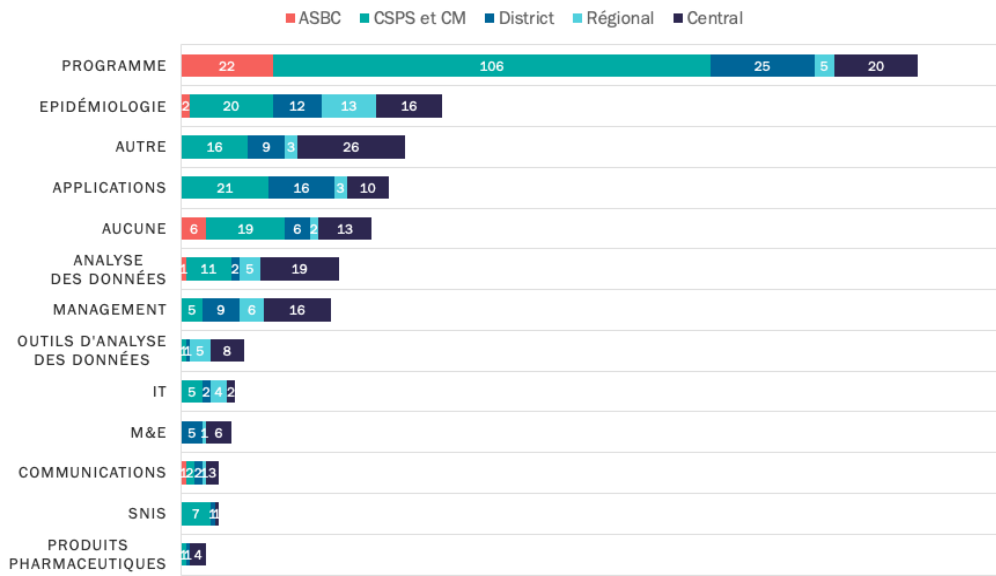
Le programme de formation concernant le SNIS a été élaboré par l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP). Un programme de formation concernant le SNIS a été élaboré annuellement par la DGESS/DSIS en ce qui concerne des formations courtes et longues concernant l'épidémiologie, les statistiques et l'informatique. Les formations n'ont pas profité au nombre d'employés prévu dans le financement, mais au moins 19 pharmaciens et comptables ont participé à des formations courtes et des membres du personnel du service informatique et de la pharmacie ont participé à des formations longues. Les participants ont été sélectionnés selon leur ancienneté.

Lorsque des membres du personnel sont embauchés, ils peuvent accéder aux formations proposées de manière permanente dans les domaines suivants : informatique, gestion de l'information sanitaire, utilisation des outils, contrôle de la qualité des données, SNIS, et gestion des données. Les personnes interrogées ont indiqué que 50 à 80% des membres du personnel avaient participé à des formations continues. Il a été demandé à des décideurs et des gestionnaires de données à quelles formations ils avaient participé. Il importe d'observer que si la majorité des personnes interrogées ont indiqué avoir participé à au moins une formation, 30% des personnes n'ont jamais participé à aucune formation, de sorte que la répartition est biaisée. 40% des ASBC ont indiqué n'avoir jamais participé à aucune formation, alors que tel est le cas de 14% des personnels au niveau régional. Les réponses données montrent qu'en moyenne, les ASBC participent à 2,45 fois moins de formations par personne que le personnel du district (2,1 formations par personne en moyenne contre 4,55). En ce qui concerne les autres niveaux, la moyenne était de 3,5 formations par personne.

La figure 14 montre le type de formations auxquelles les personnes interrogées ont participé. Les formations concernant les applications, l'analyse des données et les outils d'analyse de données représentant une part relativement faible dans les types de formations auxquelles les personnes interrogées ont participé.

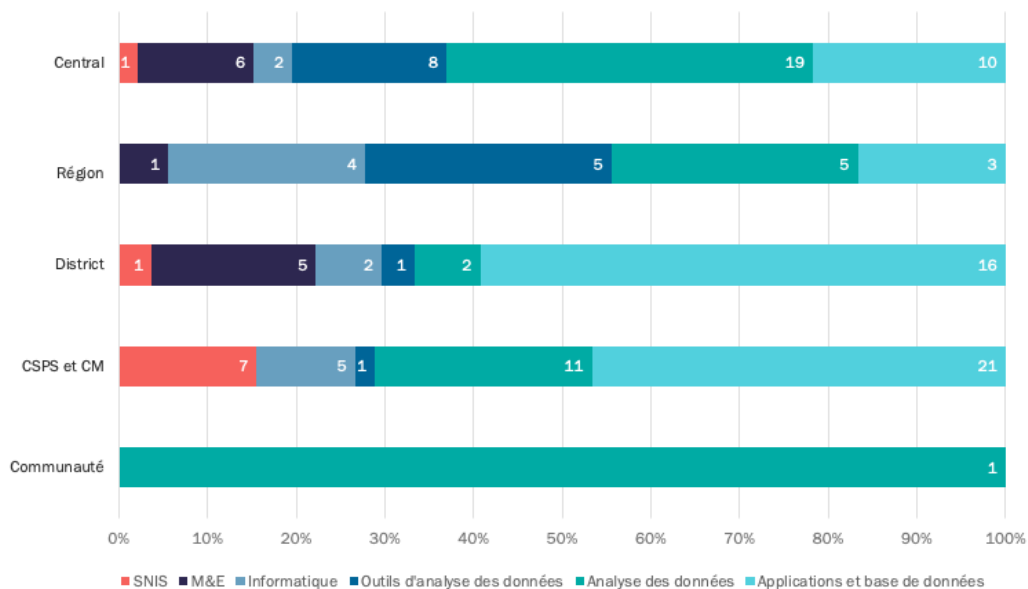


FIGURE 14: NOMBRE DE FORMATIONS REÇUES PAR LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES ET DÉCISIONNAIRES PAR NIVEAU ET THÈME DE FORMATION.



La figure 15 illustre la répartition par niveau des participants aux formations concernant le SNIS. Bien que le nombre de personnel des formations sanitaires ayant participé à l'étude soit plus important que le nombre des participants issus des autres niveaux, il est intéressant d'observer qu'ils ne représentent pas la majorité des participants aux formations sur la plupart des thèmes. En outre, les ASBC sont largement exclus des formations spécifiques concernant la collecte et l'analyse des données. Un membre de l'ECD a mentionné : *« À chaque fois, c'est le gestionnaire de données qui est formé à l'utilisation et à l'accès à ces plateformes. Mais ils ne forment jamais le décideur, ils devraient au moins nous apprendre les bases »*.

FIGURE 15 : RÉPARTITION DES FORMATIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À LA COLLECTE ET L'ANALYSE DES DONNÉES PAR NIVEAU



## Objectif 4 : Renforcer les infrastructures et équipement au profit du SNIS

### ✓ **Activité 4.1: Construction de locaux adéquats pour la DGESS**

Une personne interrogée a confirmé que les travaux de construction des locaux de la DGESS (antérieurement appelée la DGISS) étaient terminés. Aucune étude technique n'a été mentionnée comme ayant été réalisée avant les travaux de construction.

### ✓ **Activité 4.2: Acquisition d'équipements pour la DGESS/ DSIS**

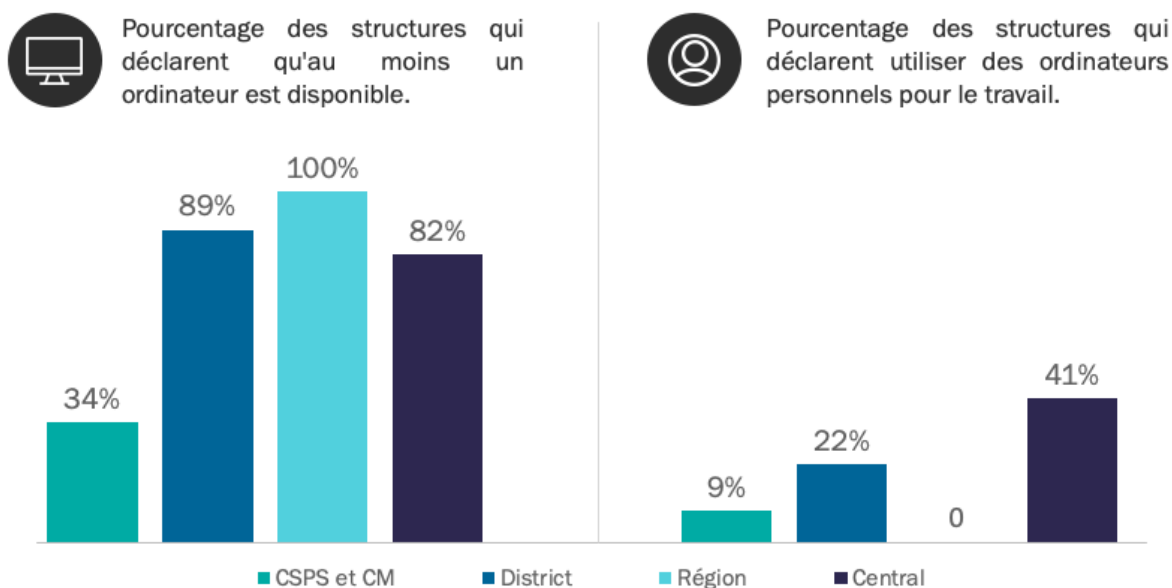
Des ordinateurs ont été achetés pour la DGESS/DSIS et au niveau des formations sanitaires et des districts en lien avec la construction des locaux de la DGESS/DSIS. Des véhicules ont également été achetés pour la DGESS/DSIS dans le cadre du plan stratégique du SNIS.

### — **Activité 4.3: Renforcement de l'équipement informatique et des archives des structures du SNIS**

Les locaux ont été dotés de meubles d'archivage dans le cadre du plan stratégique du SNIS. Le pourcentage des structures déclarant disposer de meubles d'archivage varie de 100% dans les régions et districts à 91% au niveau national et seulement 75% au niveau des formations sanitaires.

Un plan d'équipement informatique a été élaboré conformément au plan stratégique du SNIS. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation du SNIS ont indiqué que 100% des régions et des districts disposaient d'ordinateurs en état de fonctionner. Cependant, lorsque les structures ont été interrogées, le nombre de structures disposant d'ordinateurs en état de fonctionner s'est avéré inférieur à ce qui avait été indiqué par les personnes interrogées dans le cadre du plan stratégique du SNIS. Plus de 80% des structures aux niveaux districts, régions et central ont indiqué disposer d'au moins un ordinateur. Tel était le cas de 100% des structures interrogées au niveau régional. Seulement 34% des formations sanitaires ont déclaré disposer d'un ordinateur (voir la figure 16).

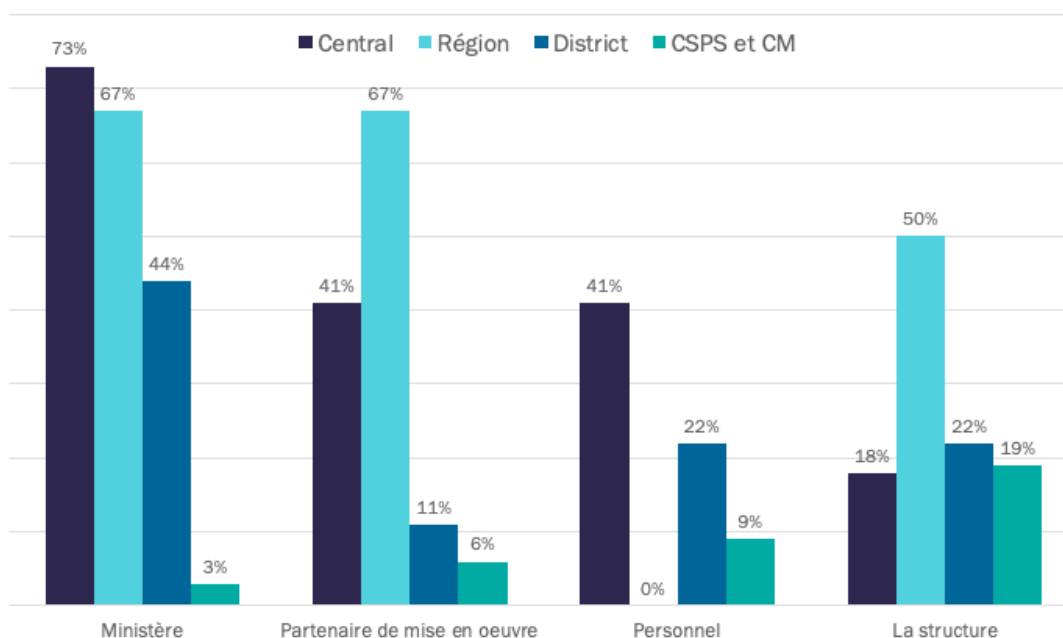
FIGURE 16: POURCENTAGE DE STRUCTURES DISPOSANT D'ORDINATEURS



Près de 41% des personnes interrogées au niveau central ont indiqué utiliser leur ordinateur personnel pour le travail, et tel est le cas de 22% et 0% des personnes interrogées au niveau district et région respectivement. Le fait que des données sanitaires soient potentiellement stockées sur des ordinateurs personnels peut soulever des préoccupations en termes de sécurité informatique.

La figure 17 illustre le pourcentage de structure à chaque niveau ayant déclaré disposer d'au moins un ordinateur. Le Ministère de la santé et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sont les principaux fournisseurs d'ordinateurs, mais ils fournissent essentiellement des ordinateurs aux structures aux niveaux central et régional. Le Ministère de la santé a fourni des ordinateurs à 73 % des structures au niveau central et 63 % des structures au niveau régional, et les partenaires opérationnels ont fourni des ordinateurs à 67 % des structures au niveau régional. Le Ministère de la santé (3 %) et les partenaires opérationnels (6 %) ont rarement fourni des ordinateurs aux formations sanitaires. Le pourcentage des formations sanitaires ayant déclaré posséder un ordinateur est faible, et la plupart des formations sanitaires ont acheté leur ordinateur avec leur propre budget.

**FIGURE 17:POURCENTAGE DES STRUCTURES AYANT REÇU UN ORDINATEUR EN FONCTION DE LA SOURCE DE PROVENANCE**

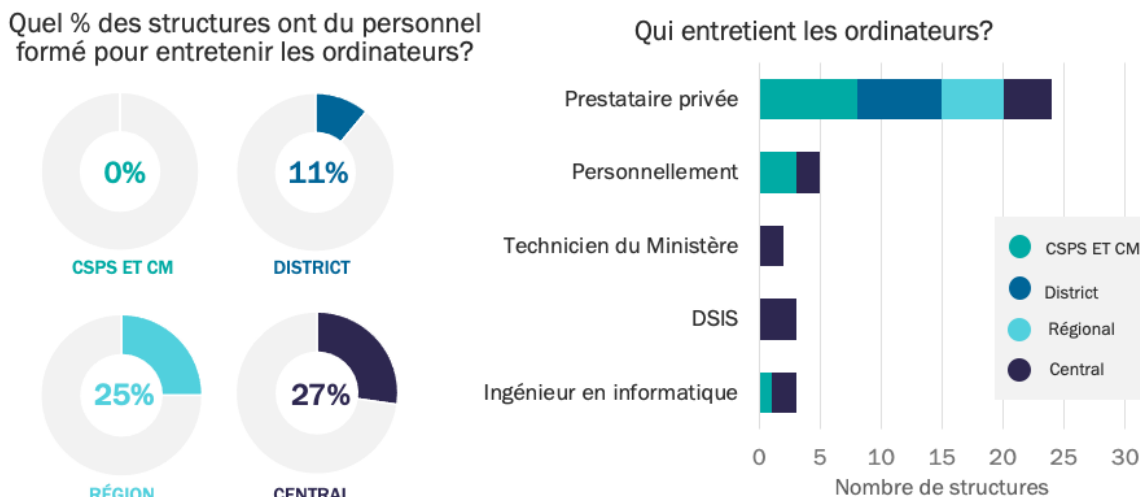


Des normes d'équipements ont été élaborées et diffusées dans l'ensemble du système sanitaire. Cependant, il n'a pas été indiqué qu'un guide de maintenance informatique ait été élaboré et diffusé. Les personnes interrogées ont en outre indiqué que le Service des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance (SIEM), le Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique (CISSE) et les directeurs du SIEM n'étaient pas formés à la maintenance préventive et de premier niveau des équipements informatiques, en raison de contraintes financières.

Des gestionnaires des données ont indiqué recourir à des sources extérieures pour la maintenance informatique. Cela a été confirmé par les structures. Environ 25% du personnel aux niveaux régional et central sont capables d'assurer la maintenance informatique, ce qui n'est pas le cas que de 11 % et 0 % des personnels aux niveaux districts et formations sanitaires. Une large majorité des structures s'appuient sur des prestataires privés pour la maintenance informatique (figure 18).



FIGURE 18: MODALITÉS DE MAINTENANCE DES ORDINATEURS PAR NIVEAU



Si seulement un tiers des formations sanitaires ont indiqué disposer d'un ordinateur, près de la moitié disposent d'un téléphone ou d'une tablette au sein de la structure. Ce niveau est comparable au 33 % déclaré au niveau district et 50% au niveau région.

Très peu de personnes interrogées au niveau central (9%) indiquent avoir reçu ces appareils de leur structure, et les personnes ayant obtenu des appareils sont en grande partie responsables de l'achat de leurs propres crédits de données mobiles. 25% des appareils fournis par les formations sanitaires disposent de crédits de données mobiles, et tel est le cas de 8% des appareils au niveau national. Personne au niveau des districts ou des régions n'a obtenu de crédits de données mobiles. Ainsi, certaines personnes interrogées disposent d'appareils, mais beaucoup ne sont pas en mesure de les utiliser faute de connexion.

## Objectif 5 : Élaborer une architecture de communication intégrée pour la gestion des données sanitaires

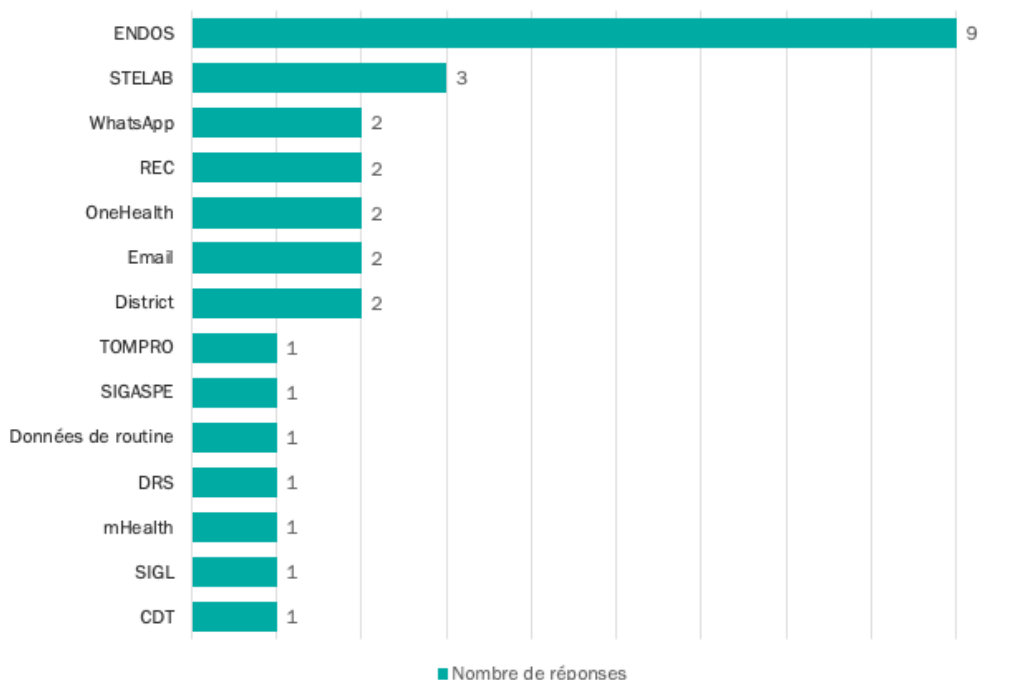
### — **Activité 5.1: Élaboration d'un plan de mise en réseau des structures de gestion de l'information sanitaire**

Une étude a été réalisée concernant la mise en réseau des structures de gestion de l'information sanitaire en 2018<sup>7</sup>. L'étude a permis d'identifier 81 systèmes et applications, dont il s'est avéré que beaucoup n'étaient pas reliées. S'appuyant sur cette étude, la revue documentaire et les entretiens avec les gestionnaires de données, plus de 110 applications ont été dénombrés en août 2020 (Voir annexe V).

Un plan a été élaboré par la DSIS pour mettre en réseau les structures de gestion de l'information sanitaire. Une équipe a été créée pour superviser le processus de mise en réseau. Une des personnes interrogées a indiqué que les structures de gestion de l'information sanitaire étaient en réseau, mais cette personne n'a pas été en mesure de décrire de quelle manière.

7. Rapport sur l'état des lieux de la cartographie des applications de remontée et d'analyse au Ministère de la Santé (Burkina Faso), mars 2018, Dr Boukary OUEDRAOGO

FIGURE 19: SYSTÈMES ET APPLICATIONS CONNECTÉS ENTRE LES DIFFÉRENTES STRUCTURES



Certaines structures ont fait état d'une faible interopérabilité entre les applications (figure 19). Une des personnes interrogées a déclaré : « *Il y a pléthore d'applications et il n'y a pas de connexion entre les applications* ». ENDOS-BF est le service le plus souvent mentionné comme étant mis en réseau. Un tiers des personnes interrogées ont indiqué que les liens avec d'autres structures résultaient de rapports individuels ou de moyens informels de communication. Cela montre la faiblesse de la mise en réseau des structures d'information et la faible sensibilisation des personnes interrogées à l'échange d'informations.

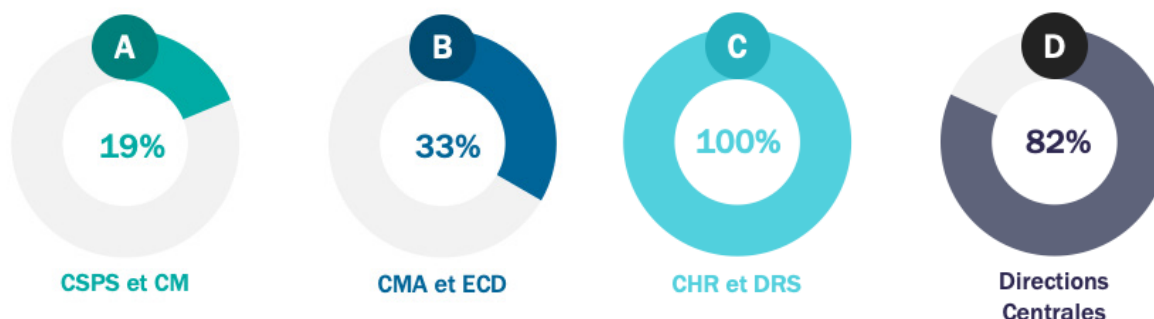
**✘ Activité 5.2: Renforcement de la connexion Internet du Ministère de la santé**

Des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation du plan stratégique du SNIS ont indiqué que 100% des districts et des formations sanitaires avaient accès à internet. Les structures ont fourni des informations différentes, faisant état de niveaux variables d'accès à internet selon les niveaux (figure 20). Pratiquement toutes les structures au niveau régional et central ont déclaré avoir accès à internet. Cela est bien moins le cas au niveau des districts (33%) et des formations sanitaires (19%). Plus de 50% des personnes interrogées ont indiqué que la connexion constituait un problème majeur.

Pour compenser un accès faible ou instable, une des solutions mentionnées par les participants était de fournir au personnel des crédits de données mobiles pour assurer la connexion. Un responsable CISSE district explique : « *C'est le problème de connexion; il y a souvent un problème de connectivité qui survient, la vitesse est faible. Il y a aussi le fait que je n'ai pas de crédits de connexion, j'utilise mon propre argent pour pouvoir me connecter, dans le mois j'utilise 20 000 FCFA (36 USD) pour la connexion* »



FIGURE 20: POURCENTAGE DES STRUCTURES AYANT ACCÈS À INTERNET



## Objectif 6 : Accroître le financement en faveur du SNIS

### — **Activité 6.1: Plaidoyer pour le financement du plan stratégique**

Des personnes interrogées dans le cadre du plan stratégique du SNIS ont contribué à l'augmentation du budget en soutenant l'élaboration de plans, les actions de sensibilisation en faveur du financement, le suivi des activités et la mobilisation de ressources financières. Ils fournissent les informations budgétaires suivantes aux tiers : montant des ressources allouées, ressources utilisées, difficultés rencontrées, prévisions budgétaires, taux de mobilisation, mauvaise affectation, budget des activités, bilan des affectations, taux d'affectation. Les informations sont communiquées par des documents sur support papier, des états financiers, des rapports semestriels, des bilans financiers, des plans, et par voie électronique. Les informations budgétaires sont communiquées à la direction de l'Administration et des Finances (DAF), à la DPPO, au Ministère de la santé, aux districts sanitaires, aux directions régionales (DR), aux Directions Générales (DG) et aux hôpitaux (CHU/CHR).

Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation du plan stratégique du SNIS estiment que les personnes qui reçoivent des informations budgétaires les utilisent pour analyser les budgets, identifier des goulots d'étranglement, mettre en œuvre les activités, adopter des décisions, sensibiliser aux besoins et élaborer les comptes nationaux de la santé.

Une personne interrogée a indiqué qu'une table ronde des partenaires économiques et financiers avait été organisée pour financer le plan stratégique et se réunissait une fois par an. L'OMS, l'Unicef et USAID ont été invités à y participer. Les personnes interrogées n'ont pas fait état d'autres partenaires identifiés dans le cadre de la réunion de table ronde, mais le renforcement du SNIS est devenu une priorité pour le Fonds mondial et le Global Financing Facility (GFF), suite aux actions de plaidoyer du Ministère de la santé.

Le budget du SNIS a été élaboré suite à une analyse de la situation, en utilisant le plan d'action et en coordination avec des partenaires. Les besoins du Ministère et des partenaires ont été pris en compte dans les prévisions concernant l'évolution du budget. Le budget final du SNIS a été approuvé par la Direction de l'Administration et des Finances (DAF), le Ministère de la santé, et les PTF. Les personnes interrogées n'ont pas été en mesure de préciser quel pourcentage du financement du SNIS correspondait au financement par les partenaires, les donateurs ou le gouvernement. Les dépenses ont fait l'objet d'un suivi au moyen de documents d'appui, de listes de présence et de rapports financiers annuels. Aucun système spécifique de suivi des dépenses n'a été identifié.

Les participants ont été interrogés concernant le rapport entre les dépenses réelles et les dépenses budgétisées, et les personnes interrogées ont mentionné à cet égard les décisions de partenaires, les bilans financiers et les plans d'action. Les personnes interrogées n'ont pas fourni de liste exhaustive des sous-catégories de dépenses faisant l'objet d'un suivi. Elles n'ont pas non plus pu indiquer des activités spécifiques de sensibilisation ayant effectivement permis d'augmenter le budget, à l'exception des plans stratégiques.

## Axe 2 Forces, faiblesses, opportunités et menaces

### Forces

- les locaux de la DGISS ont été construits et équipés selon les prévisions;
- suite à des actions de sensibilisation du Ministère de la santé, le renforcement du SNIS est devenu une priorité pour les bailleurs ::
  - le Fonds mondial envisage de soutenir le renforcement du SNIS dans le cadre de son prochain cycle de financement (2021-2023), suite à la demande d'aide du Ministère de la Santé ;
  - le GFF : en 2019, le Ministère de la santé a présenté un projet d'investissement au GFF comprenant un axe consacré au renforcement du SNIS, pour améliorer la prise de décision (axe 3.2).

### Faiblesses

- plus de 50% des personnes interrogées ont indiqué que la connexion internet constituait un enjeu et limitait leur capacité à communiquer et à collecter et analyser les données ;
- les ordinateurs et les appareils de collecte et d'analyse des données sont rarement disponibles aux niveaux les plus bas du système sanitaire ;
- les structures sanitaires ne savent pas comment assurer la maintenance des équipements et configurer les appareils.

**Plus de 50% des personnes interrogées ont indiqué que la connexion internet constituait un enjeu et limitait leur capacité à communiquer et à collecter et analyser les données .**

### Opportunités

- la connexion est faible dans l'ensemble des structures sanitaires. Dans tout système de saisie de données décentralisé, de nouveaux systèmes et applications devraient permettre la saisie de données hors-ligne ;
- des personnes interrogées ont souligné la nécessité de numériser la collecte de données et les procédures d'analyse ;
- des personnes interrogées ont demandé des formations supplémentaires à l'utilisation d'ordinateurs, à la collecte et à l'analyse des données. Ces formations peuvent contribuer à promouvoir une culture de l'utilisation des données ;

**Les ASBC sont/seront à l'avant-garde de la collecte et de l'analyse des données et ils pourraient donc grandement bénéficier de formation sur ces thèmes.**

- les ASBC sont/seront à l'avant-garde de la collecte et de l'analyse des données et ils pourraient donc grandement bénéficier de formation sur ces thèmes. En outre, les personnels et les directeurs des formations sanitaires sont en première ligne pour assurer la qualité et l'examen des données, de sorte que la formation de ces personnels doit se concentrer sur la qualité des données ;

- le déploiement d'infrastructures pour renforcer la connexion à internet peut être coûteux. Les crédits de données mobiles peuvent s'avérer être une bonne option pour renforcer l'accès à internet pour la saisie de données et l'échange d'informations ;





- le développement d'une plateforme sur le financement dynamique de la santé et l'utilisation des ressources permettra d'améliorer le suivi des financements publics et extérieurs et cette plateforme pourra être utilisée comme outil de plaidoyer ;
- dès lors que des appareils personnels sont utilisés pour stocker et analyser des données, il convient de réviser les politiques de sécurité des données et de veiller à ce que les informations sur les patients soient stockées de manière sûre ;
- les équipements détenus par le Ministère de la santé font l'objet d'un suivi ad hoc. Il convient d'élaborer une procédure de suivi normalisée avant que des appareils ne soient délivrés aux formations sanitaires et aux ASBC.

### Menaces

- des équipements informatiques sont fournis aux ASBC et aux formations sanitaires au moment de la décentralisation de la saisie des données, le Ministère de la santé devra assumer un coût initial important en termes de matériel, de formation et de maintenance ;
- certains membres du personnel utilisent leurs ordinateurs personnels pour travailler, ce qui soulève potentiellement des questions liées à la sécurité des données si des Informations d'Identifications Personnelles (IIP) sont enregistrées sur des ordinateurs personnels ;
- dans un contexte d'insécurité, les équipements informatiques pourraient également être ciblés par les groupes armés.

## AXE 3 : AMÉLIORATION DE LA PRODUCTION, LA GESTION ET LA QUALITÉ DES DONNÉES SANITAIRES

OBJECTIF	INTERVENTION PRIORITAIRE	NOTE
<b>Objectif 7 :</b> Disposer des résultats d'enquête et de recensement à temps pour les cycles de planification	<b>7.1:</b> Développement de la concertation avec l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) pour disposer à temps des données issues du recensement et des enquêtes démographiques	✓
	<b>7.2:</b> Renforcement des sources de données par la réalisation d'enquêtes spécifiques	✓
<b>Objectif 8 :</b> Harmoniser les sources de données pour le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux	<b>8.1:</b> Mise à la disposition à tous les niveaux du système des données de population nécessaires au calcul des indicateurs sanitaires	✓
	<b>8.2:</b> Mise à jour et diffusion des métadonnées du SNIS	—



<b>Objectif 9 :</b> Harmoniser les sources de données pour le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux	<b>9.1:</b> Révision des indicateurs du SNIS	—
	<b>9.2:</b> Évaluation et révision tous les 5 ans des outils de collecte des données	—
	<b>9.3:</b> Approvisionnement régulier de toutes les structures en support de collecte de données de routine	✓
<b>Objectif 10 :</b> Améliorer le traitement et l'archivage des informations sanitaires aux différents niveaux du système	<b>10.1:</b> Mise en place d'un outil intégré et performant de traitement et de partage de l'information sanitaire à tous les niveaux	—
	<b>10.2:</b> Conception d'un logiciel de traitement des données pour les hôpitaux	✓
	<b>10.3:</b> Élaboration d'un plan directeur du Système d'Information Hospitalier (SIH)	✗
<b>Objectif 11 :</b> Améliorer la qualité des données produites par le SNIS	<b>11.1:</b> Réalisation des supervisions spécifiques	—
	<b>11.2:</b> Organisation des activités de validation des données au niveau régional	✓
	<b>11.3:</b> Réalisation du contrôle de la qualité des données du SNIS	✓
<b>Objectif 12 :</b> Améliorer l'exhaustivité des données	<b>12.1:</b> Amélioration de l'exhaustivité des données au niveau des formations sanitaires privées et confessionnelles	—
	<b>12.2:</b> Développement d'un système de collecte des données au niveau communautaire	—



Activités pleinement réalisées



Activités partiellement réalisées



Activités non réalisées

Les systèmes d'information sont conçus et utilisés pour produire des informations de qualité accessibles aux utilisateurs. C'est la raison pour laquelle les sources de données doivent être renforcées par le biais de la promotion d'enquêtes d'actualisation, de l'ajout d'enquêtes spécifiques et de la planification et la mise en œuvre d'enquêtes majeures, pour tenir compte des cycles de planification du Ministère de la santé.

L'axe 3 concerne l'amélioration de la production, de la gestion et de la qualité des données sanitaires. Des sources telles que les recensements et les enquêtes sur les ménages sont essentielles pour calculer les indicateurs. Les conclusions dépendent de la régularité et de la qualité des données, de sorte que l'axe 3 renforce la nécessité de procédures de contrôle de la qualité et de calculs d'indicateurs normalisés.

Enfin, cet axe concerne la gestion des données, les outils informatiques et un système intégré de gestion des bases de données. Ces éléments sont nécessaires pour renforcer le système d'information, faciliter la communication et la recherche d'information pour assurer la comparabilité des données.



## Objectif 7 : Disposer des résultats d'enquêtes et de recensement à temps pour les cycles de planification

### ✓ *Activité 7.1: Développement de la concertation avec l'INSD pour disposer à temps des données issues du recensement et des enquêtes démographiques*

Les données sur la population ont été actualisées et diffusées annuellement depuis 2011. Les enquêtes réalisées sont énumérées dans le cadre de l'activité 7.2.

### ✓ *Activité 7.2: Renforcement des sources de données par la réalisation d'enquêtes spécifiques*

L'enquête nationale sur la prévalence de la tuberculose a été réalisée en 2018 et utilisée pour la planification, l'analyse de la situation et la diffusion des informations dans l'ensemble du système sanitaire. En outre, l'enquête nationale sur la couverture vaccinale, l'enquête nationale sur le paludisme et l'enquête nationale sur la nutrition ont été réalisées.

## Objectif 8 : Harmoniser les sources de données pour le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux

### ✓ *Activité 8.1: Mise à la disposition à tous les niveaux du système, des données de population nécessaires au calcul des indicateurs de santé*

La plupart des personnes interrogées dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS, à l'exception d'une seule, ont indiqué que l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) avait élaboré des données normalisées sur la population qui avaient ensuite été diffusées au niveau des districts sanitaires et des provinces.

Un document de référence sur la population ciblée a également été élaboré pour faciliter le calcul des indicateurs du SNIS. Une personne interrogée a indiqué que ce document avait été diffusé au niveau des districts, et une autre qu'il avait été distribué au niveau central et périphérique. 67% des personnes au niveau régional et 53% des personnes au niveau des formations sanitaires ont déclaré disposer du document, tandis que seulement 22% des personnes au niveau des districts ont indiqué disposer du document de référence sur la population ciblée.

La majorité des gestionnaires de données (64%) ont eu accès au document. Les gestionnaires de données avaient un accès similaire au document de référence sur les définitions et les calculs d'indicateurs. 61% de ces personnes ont déclaré disposer du document. Parmi les personnes n'ayant pas eu accès au document, 90% se situaient au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires.

L'écart entre les structures ayant déclaré disposer du document et les gestionnaires de données ayant déclaré disposer du document montre que, bien que le document ait été diffusé, d'autres moyens de renforcer la sensibilisation et l'utilisation du document pourraient être nécessaires. En outre, la diffusion du document rencontre quelques difficultés lorsqu'elle atteint les niveaux les plus bas du système sanitaire.

### ⊖ *Activité 8.2: Mise à jour et diffusion des métadonnées du SNIS*

En mars 2015, le Ministère de la santé a produit le document sur les métadonnées du SNIS comprenant 348 indicateurs répartis entre les 12 sections suivantes : administration et gestion, ressources, soins curatifs, soins hospitaliers, santé maternelle et infantile, nutrition, vaccination, paludisme, maladies sexuellement transmissibles/HIV/Sida, tuberculose, surveillance épidémiologique, médicaments et laboratoires. Le document a été élaboré en lien avec des parties prenantes.



Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête sur le SNIS ont indiqué que les métadonnées du SNIS avaient été documentées et diffusées à tous les niveaux. Selon l'enquête sur les structures, le document a été diffusé aux niveaux les plus élevés, notamment dans 83% des structures du niveau régional. Cependant, seulement 13% des formations sanitaires ont indiqué avoir reçu les métadonnées du SNIS. Le document a donc été produit, mais la diffusion n'a pas atteint les niveaux les plus bas.

En outre, il n'existait pas de consensus parmi les personnes interrogées dans le cadre du plan stratégique du SNIS à savoir si l'atelier de formation sur les métadonnées du SNIS à destination des Centres d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique (CISSE) des niveaux district et région s'était tenu. Plus de la moitié des personnes ont indiqué ne pas savoir si l'atelier avait été organisé ou non. Les personnes ayant confirmé que l'atelier de formation du personnel d'encadrement du CISSE s'était tenu ont indiqué que des gestionnaires de données, des universitaires, des membres des PTF, des CISSE, la DSIS et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) y avaient participé.

## Objectif 9 : Adapter les indicateurs et les outils de collecte des données à l'évolution des besoins en information sanitaire

### — **Activité 9.1: Révision des indicateurs du SNIS**

Aucune personne interrogée dans le cadre de l'enquête n'a pu indiquer si l'enquête sur les besoins en matière d'information sanitaire avait été conduite.

Des ateliers de révision des indicateurs ont été organisés en 2013, 2014 et 2019. Des parties prenantes dans le secteur de la santé, des partenaires techniques et financiers, des communautés, des universités, la DGESS, la DSIS et la DPPO ont participé à ces ateliers.

Des gestionnaires de données et des décideurs ont indiqué avoir participé aux ateliers sur les indicateurs. En ce qui concerne les gestionnaires de données, la participation variait entre 0% au niveau communautaire et 100% au niveau régional. À l'exception du niveau régional, la fréquentation diminue à mesure que l'on passe d'un niveau supérieur à un niveau inférieur. Les pourcentages les plus élevés de participation des décideurs à un atelier ont été observés au niveau central (65%), sachant qu'aux autres niveaux, environ un tiers de personnes interrogées déclarent avoir participé<sup>8</sup>.

### — **Activité 9.2: Évaluation et révision tous les cinq ans des outils de collecte de données**

Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête sur le plan stratégique du SNIS n'ont pas pu confirmer si une étude avait été réalisée concernant les outils intégrés de collecte des données. Il a été indiqué qu'un atelier sur le développement d'outils intégrés de collecte des données avait été organisé en 2016. Des parties prenantes du SNIS, des acteurs du secteur de la santé et des partenaires communautaires ont participé à cet atelier.

Suite à cet atelier, de nouveaux outils de collecte des données ont été développés, notamment un registre sur les soins post-avortement, un rapport d'activité mensuel sur les formations en matière de santé et un rapport d'activité des hôpitaux. Ces outils ont été développés en 2016, mais les personnes interrogées ne savaient pas de quelle manière ils avaient été testés. Les responsables CISSE de la DRS, du DS, du Système d'Information Hospitalier (SIH) et du personnel des formations sanitaires ont été formés à l'utilisation d'outils harmonisés et intégrés.

8. En 2020, le ministère de la Santé, avec le soutien du Fonds mondial, a mis en œuvre une révision des indicateurs au niveau des établissements de SSP. En août 2020, ce processus était encore en cours.

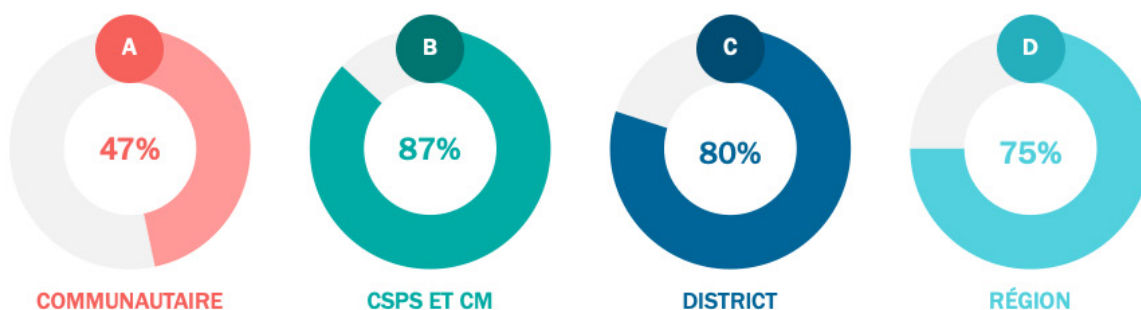


### ✓ **Activité 9.3: Approvisionnement régulier de toutes les structures en support de collecte de données de routine**

La plupart des personnes interrogées ont indiqué que les nouveaux outils de collecte des données avaient été diffusés à toutes les formations sanitaires. Pour solliciter d'autres outils de collecte des données, les formations sanitaires doivent demander de nouveaux registres au responsable de la formation sanitaire ou à l'infirmier responsable, passer commande auprès de la DSS ou faire des versions photocopiées.

Il a été demandé aux décideurs et aux gestionnaires de données si les registres étaient disponibles en permanence (figure 21). Plus de la moitié des ASBC ont indiqué que les registres n'étaient pas toujours disponibles pour la collecte de données.

**FIGURE 21: POURCENTAGE DES NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE INDIQUANT DISPOSER GÉNÉRALEMENT DE REGISTRES**



## **Objectif 10 : Améliorer le traitement et l'archivage des informations sanitaires aux différents niveaux du système**

### — **Activité 10.1: Mise en place d'un outil intégré et performant de traitement et de partage de l'information sanitaire à tous les niveaux**

ENDOS a été développé durant la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS. Avant sa mise en place, les spécifications d'un entrepôt de données intégré avec une interface internet ont été définies. Ce système a été conçu, développé et testé par la DSS et le DHIS2 à Oslo. Tous les utilisateurs avaient accès à ENDOS pendant la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS. Le fonctionnement de l'entrepôt de données n'a pas été testé dans les trois régions pilotes pour des raisons de coûts. ENDOS a été déployé au niveau des districts, des régions et au niveau central.

En outre, le Ministère de la santé, avec le soutien du Fonds Mondial, a lancé un projet pilote de décentralisation de la saisie des données au niveau des formations sanitaires par le biais de l'application mobile Capture basée sur le DHIS2. En octobre 2020, l'application était utilisée dans plus de 200 formations sanitaires de la région du Nord.

Néanmoins certains décideurs pointent les limites du système actuel : « **Oui vous pouvez accéder à certaines instances d'ENDOS qui sont publiques, mais vous pouvez seulement regarder les graphiques, vous ne pouvez pas extraire les données. Si vous avez besoin des données, vous devez appeler quelqu'un et lui demander.** »

### ✓ **Activité 10.2: Conception d'un logiciel de traitement des données pour les hôpitaux**

Les spécifications concernant un logiciel de traitement des données hospitalières compatible avec l'entrepôt de données ont été documentées. Le logiciel a alors été conçu, développé et testé. Les personnes interrogées ont indiqué que le logiciel avait été déployé dans tous les hôpitaux et que tous les utilisateurs (CUS, SUS et SUT) avaient été formés à l'utilisation du logiciel en 2013. Les répondants n'ont pas été en mesure de fournir le nom de ce logiciel, et les réponses des gestionnaires de données indiquent que plus de 21 logiciels différents sont utilisés dans les hôpitaux en août 2020.

Interrogés sur le point de savoir s'ils disposaient d'un logiciel de traitement des données, 100% des hôpitaux nationaux et régionaux (CHR et CHU) ont indiqué que tel était le cas. Cependant aucun hôpital de district (CMA) n'a indiqué disposer du logiciel mentionné précédemment. 18% seulement ont déclaré avoir été formés à l'utilisation du logiciel.

### ✗ **Activité 10.3: Élaboration du schéma directeur du Système d'Information Hospitalier (SIH)**

Le plan directeur du SIH n'a pas été élaboré pendant la phase 2010-2015 de mise en œuvre du plan stratégique du SNIS.

Cependant, le Ministère a produit deux documents pour supporter le développement du SIH :

- Le Ministère de la santé a produit en 2015 un guide d'élaboration de Schéma Directeur de SIH au profit des hôpitaux pour le développement de leur SIH.
- En 2019, le Ministère de la santé a publié le « Référentiel de mise en place d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) » qui définissait la vision du système d'information sanitaire pour les hôpitaux au Burkina Faso, y compris les mécanismes proposés et les prochaines étapes de la mise en œuvre. Ce référentiel indique qu'en 2019, plus de 21 applications sont utilisées dans les hôpitaux.

## **Objectif 11 : Améliorer la qualité des données produites par le SNIS**

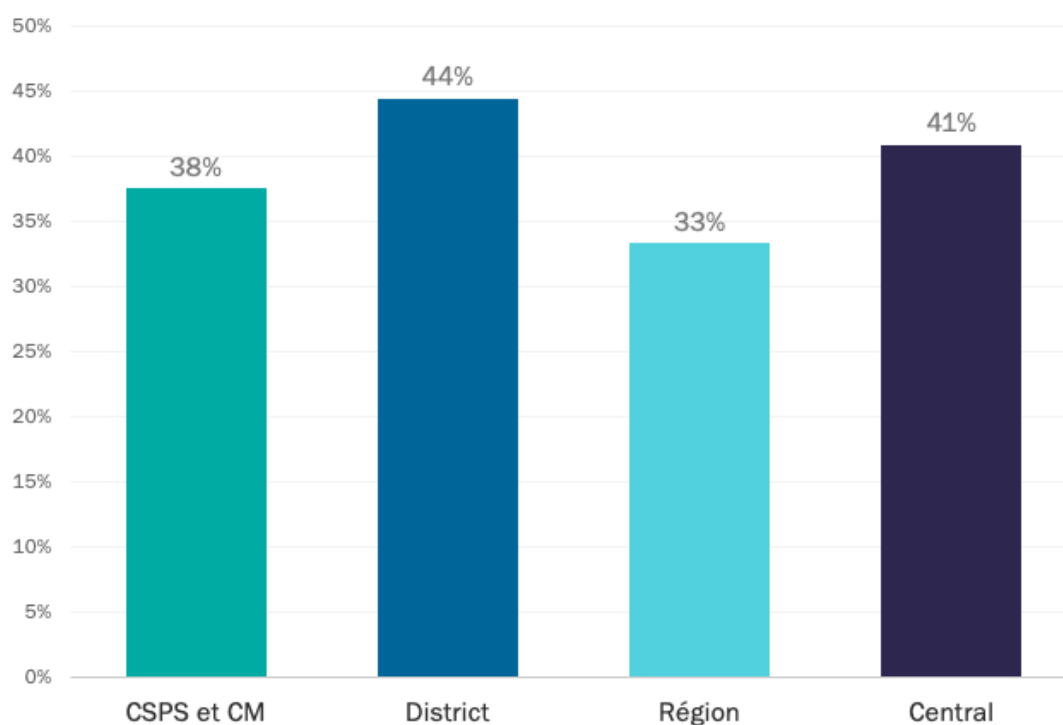
### — **Activité 11.1: Réalisation des supervisions spécifiques**

La plupart des personnes interrogées sont d'accord sur le fait que les supervisions de soutien au sein des hôpitaux ont été réalisées sur une base semestrielle, une personne ayant indiqué que ce contrôle intervenait trimestriellement, et une autre ayant indiqué qu'il n'était jamais intervenu.

Des lignes directrices concernant les supervisions de soutien ont été élaborées et il a été indiqué qu'elles avaient été diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les personnes interrogées ont indiqué si elles avaient eu accès aux lignes directrices concernant le contrôle de soutien dans leurs formations sanitaires. Les structures du niveau région ont fait état du niveau le plus bas d'accès de 33%, et les districts ont fait état du niveau le plus élevé d'accès de 44% (figure 22).



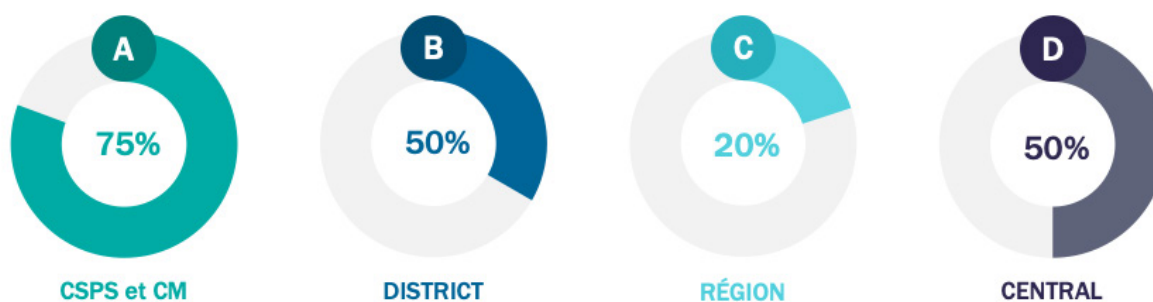
**FIGURE 22: POURCENTAGE DES STRUCTURES AYANT EU ACCÈS AUX LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE SUPERVISION DE SOUTIEN**



En dépit de légères variations entre les niveaux, la disponibilité globale est faible, puisque moins de la moitié des structures de chaque niveau déclare avoir eu accès au document.

En outre, les structures ont fait état de la fréquence des activités de contrôle (figure 23).

**FIGURE 23: POURCENTAGE DE STRUCTURE INDIQUANT FAIRE L'OBJET D'UNE SUPERVISION TRIMESTRIELLE**





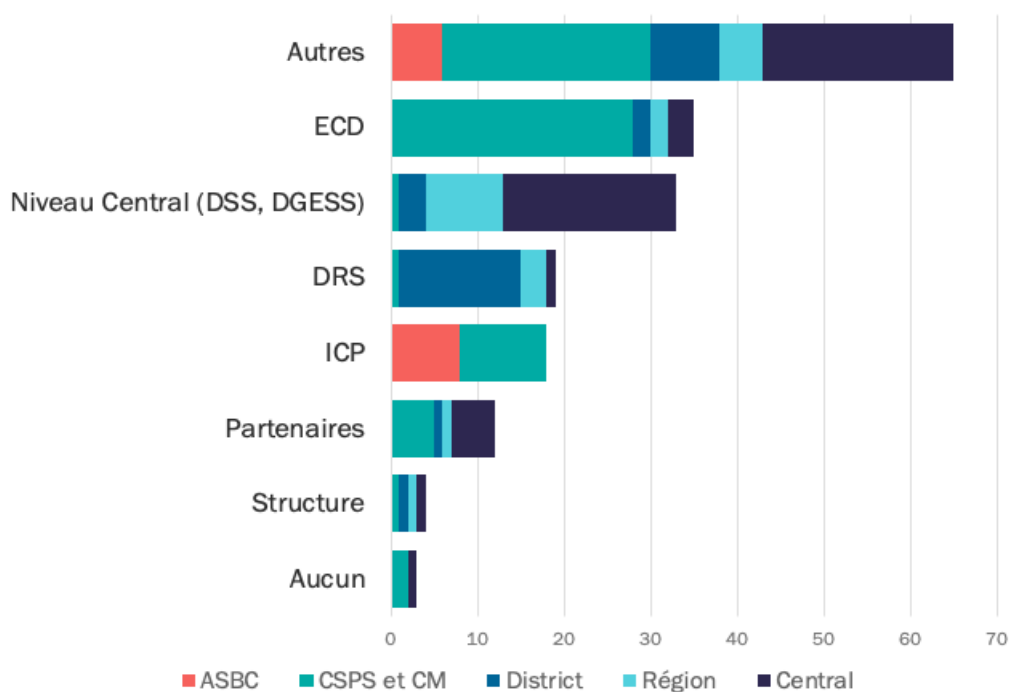
Les lignes directrices de l'OMS indiquent que le contrôle doit intervenir au moins trimestriellement. 75% des formations sanitaires ont indiqué faire l'objet d'un contrôle trimestriel. Les structures du niveau régional sont les moins susceptibles d'être contrôlées, avec seulement 20% des structures qui satisfont cette norme. Cela correspond aux indications des personnes interrogées dans le cadre du plan stratégique du SNIS, qui ont déclaré que les contrôles sont typiquement organisés à une fréquence semestrielle, ce qui constitue une fréquence inférieure aux recommandations des lignes directrices.

**Les lignes directrices de l'OMS indiquent que le contrôle doit intervenir au moins trimestriellement. 75% des formations sanitaires ont indiqué faire l'objet d'un contrôle trimestriel.**

Un quart des décisionnaires ont déclaré n'avoir reçu aucun retour d'information, bien qu'ils fassent régulièrement des rapports aux niveaux supérieurs. Un ICP de la Boucle du Mouhoun a indiqué : « **Je fais des rapports et j'envoie des données au district depuis plus de deux ans, mais je n'ai jamais reçu aucun retour d'information** ». Une Infirmière brevetée a ajouté : « **Il n'y a pas de retour ! Donc vous ne savez pas... Mais quand ce n'est pas bien rempli, ils vous appellent, mais vous ne savez pas si c'est utilisé après, il n'y a pas de retour** ». Les retours d'information sont également rares, intervenant dans moins de 10% des cas, en ce qui concerne l'échange d'informations, la qualité des données, la programmation et l'évaluation du travail réalisé.

Lorsque les personnes interrogées ont besoin d'assistance, la plupart déclarent s'adresser à des interlocuteurs de la catégorie « Autres », qui inclut différentes directions et différentes personnes (figure 24). Les réponses sont peu cohérentes en ce qui concerne le contenu de la catégorie « Autres ». Les décisionnaires s'adressent surtout au district, à la DRS et aux partenaires pour obtenir une assistance, alors que les gestionnaires de données s'adressent au district, au niveau central, et à la DRS. Les ASBC s'adressent aux gestionnaires, aux ICP et aux associations pour obtenir une assistance.

FIGURE 24: VERS QUI LES RÉPONDANTS SE TOURNENT-ILS POUR OBTENIR DE L'AIDE?

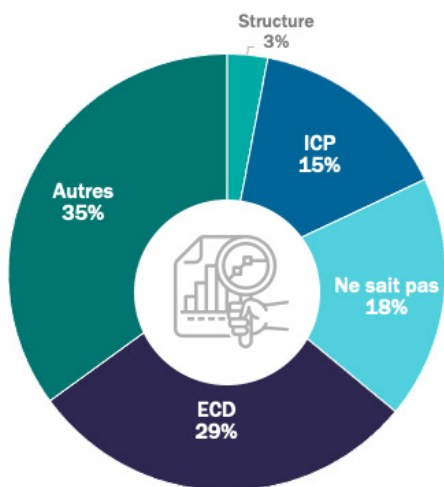


### ✓ **Activité 11.2: Organisation des activités de validation des données au niveau régional**

Le Manuel de Procédures et de Gestion de l'Information Sanitaire (MPGIS) a été élaboré en 2015 et diffusé à tous les niveaux. Il a été validé lors d'un atelier, avec l'approbation générale des acteurs de haut niveau. Les structures ont globalement indiqué avoir un accès limité au rapport. Les structures du niveau régional ont fait état de l'accès le plus élevé, puisqu'environ un tiers des dites structures ont accès au document.

Les personnes interrogées ont indiqué qu'elles réalisaient une analyse de tous les types de données. Certaines personnes ont indiqué qu'elles analysaient les données quotidiennement, d'autres annuellement. Les données du SNIS sont validées par le biais d'ateliers, d'un suivi systématique et d'appréciations des analyses. Les données spécifiques du SNIS sont validées mensuellement et annuellement du niveau district jusqu'au niveau central par la DSS et la DGESS.

FIGURE 25: QUI VALIDE LES DONNÉES ?



Les gestionnaires de données et les décideurs ont été interrogés sur les modalités de validation des données. Plus de 30% ont indiqué qu'ils avaient participé à des ateliers de validation des données ou à d'autres réunions de présentation et de validation des données. Le personnel de santé compare les données entre ENDOS-BF, les systèmes et les rapports papiers. Ils ont indiqué que les règles de validation d'ENDOS-BF contribuaient à identifier les erreurs courantes dans la saisie des données. S'il apparaît que les données sont inexactes, elles sont corrigées dans la source et dans le système, et dans certains cas exclues et retirées de la source et du système.

Comme le montre la figure 19, les données sont le plus souvent validées par la catégorie « Autres » (35%) et par l'ECD (29%), sachant que 18% des personnes interrogées indiquent ne pas savoir qui valide les données. La plupart des ASBC ne savent pas qui valide les données. Au niveau des formations sanitaires la validation se fait par les ICP et le niveau district.

Sur la base des réponses fournies, il semble que les acteurs ne suivent pas uniformément les procédures. La catégorie « Autres » des acteurs qui valident les données comprend : la DSS, le programme Tuberculose, les contrôleurs, le personnel, les responsables de suivi et évaluation, les personnels de santé, les Directeurs du Programme Elargi de Vaccination (PEV), les caissiers, les médecins et les formations sanitaires.

Les gestionnaires de données et les décideurs ont indiqué que la validation trimestrielle et mensuelle des données étaient les plus courantes. Une grande partie des gestionnaires de données (17%) ignore à quelle fréquence les données sont validées. 14% des gestionnaires de données et 13% des décideurs ont indiqué que la validation des données intervenait à un rythme semestriel ou moins fréquemment. En outre, 7% et 4% des gestionnaires de données et des décideurs respectivement ont indiqué que les données n'étaient jamais validées.

### ✓ **Activité 11.3: Réalisation du contrôle de qualité des données du SNIS**

Un guide pour le contrôle de la qualité des données de routine du SNIS a été élaboré en 2016. Un audit de la qualité des données a également été réalisé pour le SNIS sur une base annuelle, même si les personnes interrogées sur le point de savoir quelles étaient les années concernées ont indiqué que l'analyse de la qualité des données n'était intervenue qu'en 2018. Néanmoins le rapport d'évaluation du système de gestion et de la qualité des routines du SNIS 2018 affirme qu'une évaluation a eu également lieu en 2017.



Les sources de données qui ont été contrôlées et contenaient des divergences ont été rectifiées et corrigées en consultant la source, en contactant les structures pour confirmer la source de données et les conclusions, ou en assainissant le système.

En 2019, le Ministère de la Santé a publié un Plan d'Amélioration de la Qualité des Données Sanitaires (PAQDS) 2019-2020. En 2020, une évaluation de la performance de la gestion du système d'information sanitaire (PRISM) a été réalisée par Measure Evaluation pour examiner la qualité des données<sup>9</sup>. Interrogé sur le point de savoir si des mesures de contrôle de la qualité avaient été mises en place, 25% des gestionnaires de données ont déclaré qu'aucune procédure n'existait, mais 84% des décisionnaires ont indiqué que des procédures existaient.

Par ailleurs, la DSS a indiqué qu'un audit annuel des données est fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CSPS, DS, DRS et niveau central).

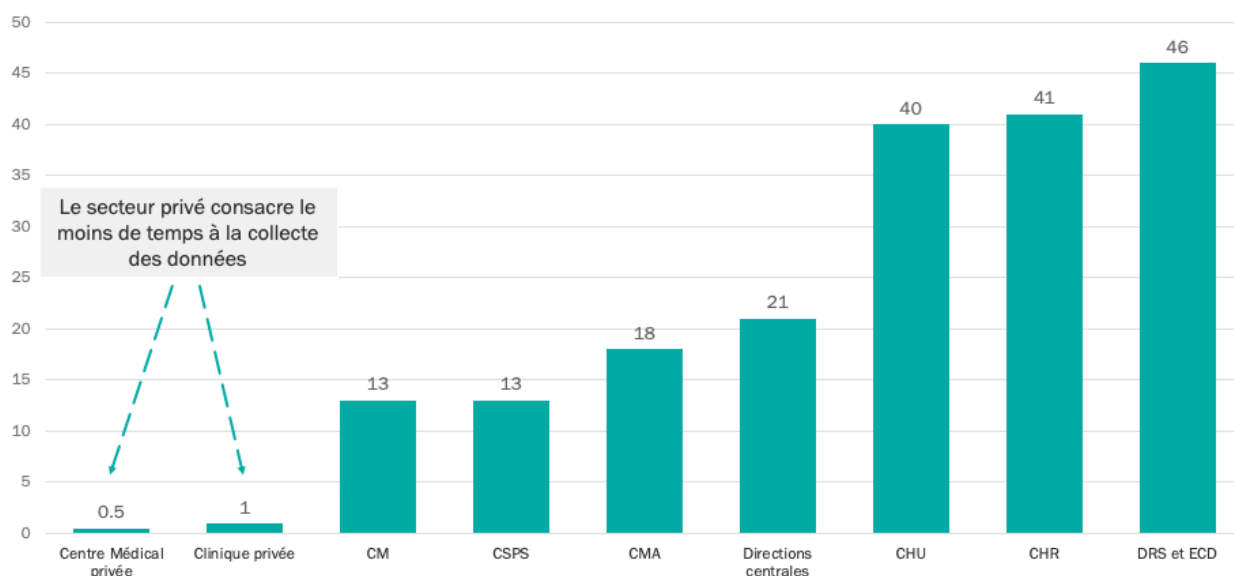
## Objectif 12 : Améliorer l'exhaustivité des données

### — **Activité 12.1: Amélioration de l'exhaustivité des données au niveau des formations sanitaires privées et confessionnelles**

Des données ont été collectées auprès de centres de santé privés et confessionnels à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, notamment des données sur les activités, les structures publiques ou privées, des données du RMA et des données concernant les aides et les médicaments. Les données circulent dans le système par le biais de la comptabilité, des évaluations du RMA et des rapports dans ENDOS-BF. Toutes les personnes interrogées ont déclaré que des données étaient stockées dans ENDOS-BF.

L'étude a révélé des différences majeures en ce qui concerne le nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux activités de collecte de données entre le secteur privé et le secteur public. La figure 26 montre que les centres médicaux et cliniques privés ont fait état d'activités de collecte des données correspondant à une heure ou moins par semaine. Cela soulève des questions quant à l'exhaustivité et la qualité des données du secteur privé.

FIGURE 26 : : NOMBRE D'HEURES EN MOYENNE CONSACRÉES AUX ACTIVITÉS DE COLLECTE DES DONNÉES PAR SEMAINE



9. Évaluation de la performance de la gestion du système d'information sanitaire de routine (PRISM) au Burkina Faso, Measure Evaluation, avril 2020.

L'annuaire national des formations sanitaires privées a été actualisé et est accessible aux utilisateurs. Le dernier recensement des formations sanitaires privés et confessionnels a été réalisé en 2019. Les personnes interrogées ne savaient pas si un atelier sur le sous-système communautaire avait été organisé et s'était tenu.

### — **Activité 12.2: Développement d'un système de collecte des données au niveau communautaire**

Des outils intégrés de collecte des données ont été développés au niveau communautaire. Ces outils concernent le RMA, le VIH, le paludisme, la tuberculose, la nutrition et la santé maternelle et infantile (SMI). Les ASBC ont été formées à la collecte des données en 2016 et 2017. Les nouveaux outils de collecte des données ont été diffusés auprès de tous les ASBC.

Les données concernant les ONG sont collectées par les ONG de Renforcement de Capacité (ONG-RENCAP) et des Organisations à Base Communautaire d'Exécution (OBCE). Les données collectées concernent le VIH, le paludisme, la tuberculose et la Santé Maternelle et Infantile (SMI). Les ONG ont été formées à la collecte des données en 2018 et 2019. Les données ont été stockées sur ENDOS-BF, à la DSIS et à la DPES. Les données sont traitées par extraction, analyse, interprétation et retour d'information. Un outil a été développé pour le traitement des données et le CISSE a été formé à la collecte des données pour les ONG-RENCAP.

En 2018, le Ministère de la santé du Burkina Faso, avec le soutien de l'UNICEF, a développé l'application mHealth Burkina, pour faciliter la collecte des données au niveau communautaire. Les données sont communiquées par téléphone mobile aux Infirmiers Chefs de Poste (ICP) pour validation. Des données sont également dupliquées au niveau du DHIS2 pour permettre l'accès des parties prenantes au niveau des districts, des régions et au niveau national. En août 2020, l'application était déployée dans six districts sanitaires et utilisée par plus de 180 ICPs et 1600 personnels de santé<sup>10</sup>.

## **Axe 3 Forces, faiblesses, opportunités et menaces**

### **Forces**

- le Ministère de la santé du Burkina Faso a déployé avec succès l'application mHealth, le REC et le STELAB;
- les données sur la population sont disponibles et il a été indiqué qu'elles sont utilisées à tous les niveaux du système de santé ;
- un logiciel de traitement de données pour les hôpitaux a été développé et déployé dans les hôpitaux (CHR et CHU) ;
- les supervisions sont organisées pour la majorité des formations sanitaires ;
- des enquêtes ont été réalisées selon les prévisions et dans le délai prévu. Les données ont été utilisées dans le cadre de la programmation.

10. Pour en savoir plus sur le mHealth : <https://www.odess.io/initiative/mhealth.html>



## Faiblesses

- le secteur privé a fait état d'un faible niveau de collecte des données, ce qui soulève des questions concernant l'exhaustivité et la qualité des données ;
- la fréquence de la validation des données communautaires n'apparaît pas clairement. Les ASBC ne savent pas précisément qui valide leurs données, et les personnes interrogées ont indiqué que les données communautaires sont exclues si elles ne peuvent pas être vérifiées ;
- des supervisions ont lieu, mais 25% des personnes interrogées ont indiqué ne recevoir aucun feedback ;
- il semble que les acteurs ne suivent pas de manière uniforme les procédures de validation des données dans l'ensemble des régions et des formations sanitaires ;
- la multiplicité des applications utilisées dans les hôpitaux (CHR et CHU)

**Des supervisions ont lieu, mais 25% des personnes interrogées ont indiqué ne recevoir aucun feedback .**

## Opportunités

- les personnes interrogées ont indiqué que des supervisions étaient organisés au niveau des formations sanitaires. Le contrôle est moindre au niveau plus élevé du système sanitaire. Il est possible d'identifier les mesures supplémentaires de soutien nécessaires au niveau des districts et des régions ;
- il est possible d'adopter des orientations claires en matière de validation pour garantir une approche uniforme entre les régions et les formations sanitaires ;
- les personnes interrogées dans les CSPS s'appuient largement sur les districts pour valider les données plutôt que de s'appuyer sur des procédures internes. Quand la saisie des données est décentralisée, il est recommandé de mettre en place des procédures de validation des données au sein des formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- le secteur privé a déclaré avoir consacré le moins de temps aux activités de collecte des données. Il est possible de renforcer la collecte et l'échange des données entre le secteur privé et le secteur public.

## Menaces

- les problèmes liés à la sécurité et le COVID peuvent empêcher la tenue des supervisions.



## AXE 4 : AMÉLIORATION DE LA PRODUCTION, LA DIFFUSION ET L'UTILISATION DES INFORMATIONS SANITAIRES

OBJECTIF	INTERVENTION PRIORITAIRE	NOTE
<b>Objectif 13</b> : Renforcer la production et l'échange d'informations sanitaires	<b>13.1</b> : Préparation des principales publications statistiques actuelles au niveau national	—
	<b>13.2</b> : Renforcement de la production statistique au niveau régional	—
	<b>13.3</b> : Développement des comptes nationaux de la santé	✓
	<b>13.4</b> : Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire	—
	<b>13.5</b> : Formation de décideurs locaux, de leaders d'opinion et de médias notamment à l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision	✓
<b>Objectif 14</b> : Rendre l'information disponible en temps réel	<b>4.1</b> : Création du site internet du SNIS	—
	<b>4.2</b> : Mise en ligne de l'entrepôt de données	✗



Activités pleinement réalisées



Activités partiellement réalisées



Activités non réalisées

L'axe 4 traite de la nécessité de disposer d'informations facilement accessibles pour encourager une prise de décision basée sur des éléments de preuve parmi les gestionnaires et les directeurs. L'objectif de cet axe est notamment de concevoir le système d'information sanitaire de telle manière que les informations soient directement et facilement accessibles, en temps utile, et que l'information soit présentée de manière digeste. Le Manuel de procédure de gestion de l'information sanitaire (MPGIS) du Ministère de la santé du Burkina Faso de 2015 fournit des informations détaillées sur la manière dont les informations sont collectées au niveau communautaire et des formations sanitaires (CSPS), puis transmises au niveau supérieur.



FIGURE 27: : FLUX DE DONNÉES ET PROCÉDURES DE VALIDATION DES DONNÉES, MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BURKINA FASO, SNIS,

Niveau d'élaboration	Type de rapport	Période objet du rapport	Niveau de transmission	Délai de transmission/de saisie/de validation
Communautaire	RMA de santé communautaire	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	CSPS/ONG RenCap	Fin du mois en cours
CSPS	Synthèse du RMA de santé communautaire	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	ECD	5 du mois suivant
CSPS/CM/CMA	RMA	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	ECD	5 du mois suivant
Unités des soins et services des hôpitaux	RMA	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	SIM/SPIH	5 du mois suivant
ECD	Saisie du RMA sur Endos	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	En ligne	Jusqu'au 20 du mois suivant
SIM/SPIH	Saisie du RMA sur Endos	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	En ligne	Jusqu'au 20 du mois suivant
Niveau d'élaboration	Type de rapport	Période objet du rapport	Niveau de transmission	Délai de transmission/de saisie/de validation

La figure 27 donne des informations détaillées sur les procédures qui peuvent durer jusqu'à deux mois entre le moment où les données sont collectées et le moment où elles sont disponibles niveau national.

### Objectif 13 : Renforcer la production et l'échange d'informations sanitaires<sup>11</sup>

#### — **Activité 13.1: Préparation des principales publications statistiques actuelles au niveau national**

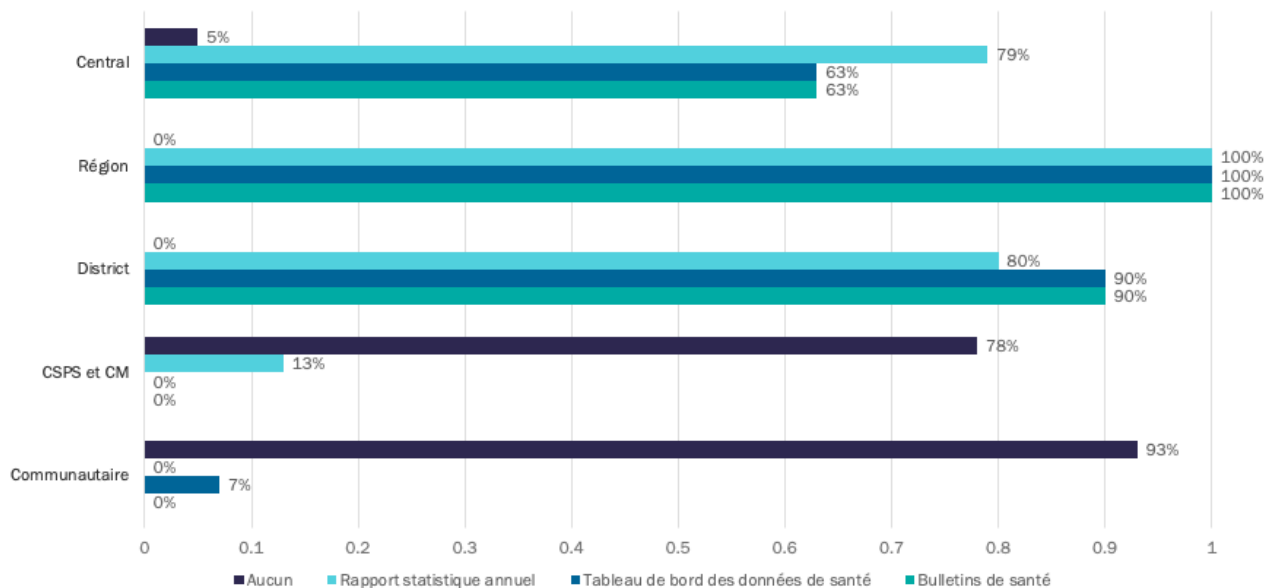
Des personnes interrogées ont indiqué qu'un bilan statistique annuel, des tableaux de bord et des bulletins d'information sur la santé avaient été produits. Ces documents ont été diffusés auprès des acteurs du SNIS et de tous les utilisateurs et partenaires. L'annuaire statistique est réalisé chaque année au premier trimestre et est disponible sur le site internet du Ministère de la santé.

Il a été demandé aux gestionnaires de données et aux décideurs s'ils avaient vu ces rapports (figures 28-29).

11. Même si le plan stratégique 2010-2020 ne comportait pas d'objectifs ou d'activités spécifiques relatifs à la surveillance épidémiologique, il est à noter la mise en place du système de traçabilité des échantillons de laboratoire (STELAB)

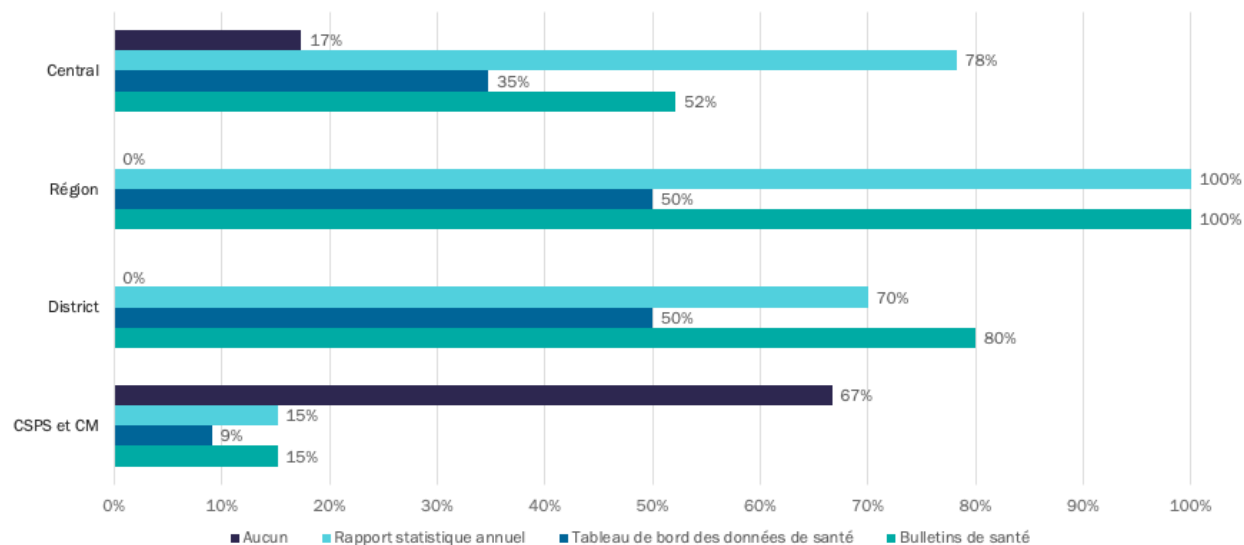


FIGURE 28: POURCENTAGE DE GESTIONNAIRES DES DONNÉES INDIQUANT AVOIR VU DES PRODUITS STATISTIQUES



Les ASBC et les formations sanitaires ont indiqué dans leur grande majorité qu'ils n'avaient vu aucun des rapports (93% et 78%, respectivement). Les chiffres sont comparables chez les décideurs au niveau des formations sanitaires, qui indiquent à 67% n'avoir jamais vu un rapport. La diffusion au niveau communautaire est faible, et les gestionnaires de données à ce niveau ont indiqué qu'ils avaient seulement vu le tableau de bord (7%). C'est au niveau régional que le nombre de personnes ayant vu les rapports est le plus élevé ; 100% des gestionnaires de données au niveau régional ont eu accès aux trois sources d'information. Plus de la moitié des décideurs et des gestionnaires de données au niveau des districts et au niveau national ont eu accès aux trois sources d'information. 53% des décideurs ont indiqué diffuser le rapport et 26% ont indiqué ne pas le diffuser. Les 18% restants ont indiqué n'avoir jamais vu aucune documentation.

FIGURE 29: POURCENTAGE DE DÉCIDEURS INDIQUANT AVOIR VU DES PRODUITS STATISTIQUES



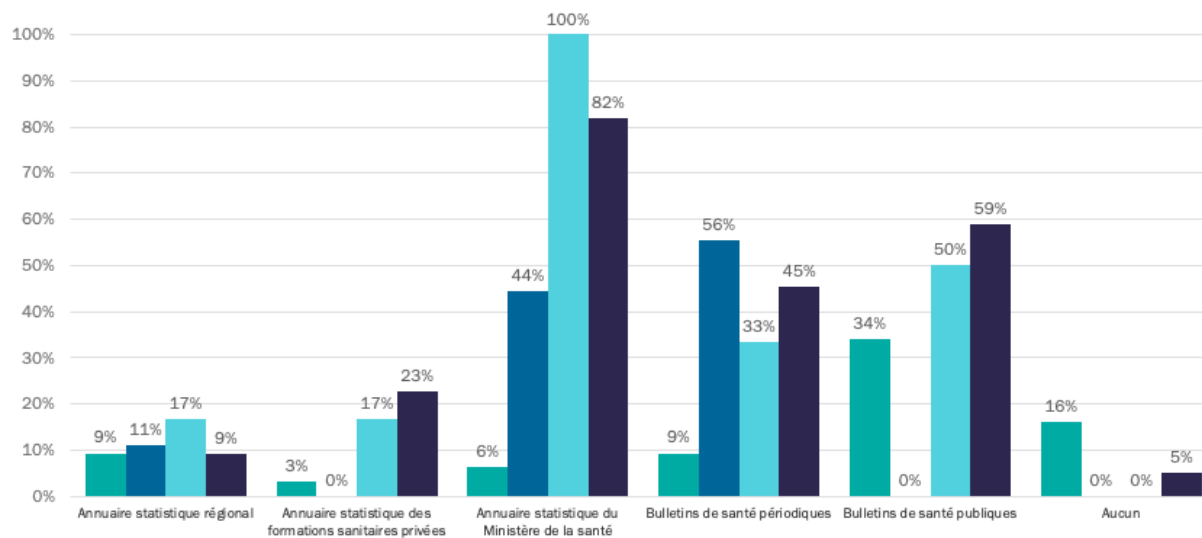
## — Activité 13.2: Renforcement de la production statistique au niveau régional

La moitié des personnes interrogées ont déclaré qu'un annuaire régional avait été élaboré, mais l'autre moitié des personnes interrogées ont indiqué que tel n'était pas le cas. Les personnes ayant déclaré que cet annuaire avait été développé ont indiqué qu'il couvrait l'ensemble des 13 régions et qu'il avait été diffusé auprès des décideurs et des formations sanitaires. La figure 30 illustre quelles structures ont indiqué disposer de l'annuaire régional.

Globalement, la diffusion et la disponibilité du document sont très faibles, plus particulièrement au niveau des formations sanitaires où seulement 34% des structures ont seulement un type de document. Moins d'un quart des structures à tous les niveaux indique disposer de l'annuaire, les structures au niveau régional étant les plus susceptibles d'en disposer (17%) et le niveau central le moins susceptible d'en disposer (9%). Les réponses indiquent que le bilan statistique annuel était mieux diffusé auprès des structures que l'annuaire régional. 100% des structures au niveau central et 82 % des structures au niveau des districts indiquent disposer du bilan annuel. Le niveau de disponibilité de loin le plus faible a été constaté dans les formations sanitaires avec seulement 6% des formations disposant du document.

**Globalement, la diffusion et la disponibilité du document sont très faibles, plus particulièrement au niveau des formations sanitaires où seulement 34% des structures ont seulement un type de document.**

FIGURE 30: POURCENTAGE DES STRUCTURES AYANT REÇU DES DOCUMENTS D'INFORMATION SANITAIRE



Un répondant a fait remarquer que la disponibilité de documents ne se traduit pas par l'utilisation de données. **"Avoir une copie (d'un budget, d'un rapport ou d'un document statistique) ne signifie pas qu'ils (les gestionnaires de données et les décideurs) en font quelque chose."** D'autres répondants ont mentionné que le système d'information sanitaire pourrait être amélioré par davantage d'informations en temps réel et une plus grande disponibilité à tous les niveaux. Un MCD a déclaré : **« C'est le système d'information sanitaire, ce que nous avons est déjà bon, mais nous devrions travailler pour le faire mieux connaître et en faire un meilleur outil de prise de décision. Parce que vous voyez les bulletins, cela arrive à des moments où c'est trop loin de la période et cela ne permet pas de réagir, alors qu'un bulletin doit être réactif et assez rapide. Alors peut-être améliorer la collecte d'informations auprès des formations sanitaires. Surtout, actuellement, l'une des raisons est comme ça, c'est que tout est concentré au niveau central. Avant, je sais qu'il y avait encore des bulletins de santé au niveau régional. Mais depuis plus de trois ou quatre ans, cela n'est plus financé. »**

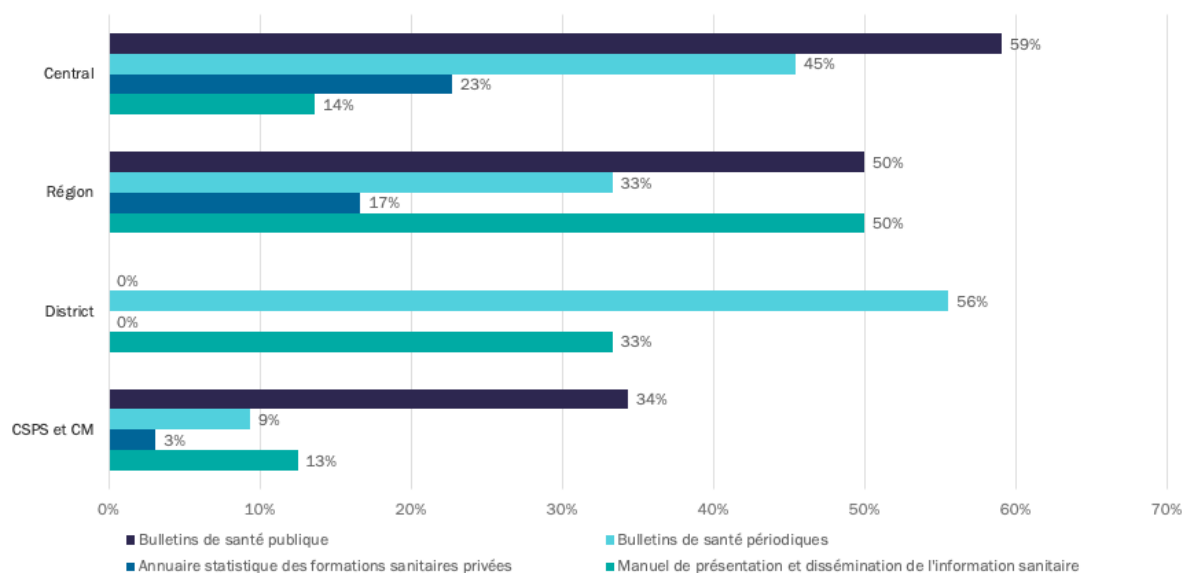
### ✓ **Activité 13.3: Développement de comptes nationaux de la santé**

Aucune personne interrogée ne savait si un outil informatique avait été élaboré pour la gestion des données sur le financement de la santé. Il a été indiqué que les comptes nationaux de la santé étaient établis annuellement. Les derniers comptes nationaux de la santé ont été établis en 2019 et comprenaient des données sur le paludisme, la tuberculose, le VIH et la santé génésique.

### — **Activité 13.4: Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire**

Un manuel a été élaboré pour fournir des orientations sur la présentation et la diffusion de l'information sanitaire (Manuel de Procédures de Gestion de l'Information Sanitaire or MPGIS). La diffusion de documents clés d'information sanitaire ne dépasse pas 60% à tous les niveaux (figure 31). De manière générale, les bulletins sanitaires publics et les bulletins périodiques sur la santé sont les plus largement diffusés. Très peu de structures indiquent disposer de l'annuaire national des formations sanitaires privées ; 0% des établissements au niveau des districts déclarent disposer de ce document. L'accès est le plus faible parmi les CSPS et au niveau des districts.

FIGURE 31: POURCENTAGE DES STRUCTURES DÉCLARANT DISPOSER DE PRODUITS D'INFORMATION SANITAIRE



La plupart des personnes interrogées dans le cadre du plan stratégique du SNIS ne savait pas si une journée des statistiques sanitaires était organisée. Cependant, des décideurs et des gestionnaires de données ont confirmé que des journées des statistiques sanitaires avaient été organisées. Certains des décideurs et des gestionnaires de données des différents niveaux, à l'exception des ASBC, ont participé à la manifestation.

### ✓ **Activité 13.5: Formation de décideurs locaux, de leaders d'opinion et de médias notamment à l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision**

Des formations ont été proposées aux parties prenantes concernant l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision, en particulier concernant l'assurance de la qualité des données et la forme des réunions de validation. ENDOS-BF, des ordinateurs et des vidéo-projections ont été utilisés dans le cadre des formations. Des gestionnaires de données, des partenaires et le Ministère de la santé ont été formés en 2018.



## Objectif 14 : Rendre l'information disponible en temps réel

### — **Activité 14.1: Création du site internet du SNIS**

Aucun site internet spécifique du SNIS n'a été créé. Cependant, certaines données sont stockées dans ENDOS-BF. Les personnes peuvent accéder aux données avec leur compte d'utilisateur et leur mot de passe. Il existe globalement un manque de référentiel pour les rapports et la documentation, bien que le Ministère de la santé ait publié certains documents sur son site internet<sup>12</sup>. L'étude ayant permis de collecter des documents en vue de l'analyse documentaire, les personnes interrogées ont pu fournir des documents, mais ces documents ne provenaient pas d'un dépôt numérique.

### ✘ **Activité 14.2: Mise en ligne de l'entrepôt de données**

ENDOS-BF est connecté à internet avec des droits d'accès et des dispositifs de sécurité ; des fonctionnalités permettent de générer des informations sanitaires en ligne en combinaison avec des systèmes d'information géographique. En 2020, le Ministère de la santé a élaboré un plan pour mettre en place un entrepôt de données.

## Axe 4 Forces, faiblesses, opportunités et menaces

### Forces

- des comptes nationaux de la santé sont établis annuellement ;
- des produits statistiques sur la santé sont régulièrement élaborés ;
- des formations des décideurs locaux ont été organisées concernant l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision.

### Faiblesses

- de nombreux produits d'information ne sont pas diffusés jusqu'au niveau le plus bas du SNIS, ou si tel est le cas, ils sont adressés aux décideurs qui ne les transmettent pas nécessairement aux autres membres du personnel.

### Opportunités

- des produits d'information sont élaborés et échangés dans l'ensemble du système sanitaire. Il est possible de veiller à ce que les produits d'information soient partagés jusqu'au niveau communautaire;
- en développement d'un master health facility registry accessible en ligne peut permettre au Ministère d'identifier les erreurs dans le rapportage et les manques dans la fourniture de service dans les établissements ;
- en mettant en place un partenariat avec des opérateurs de téléphonie, le Ministère de la santé peut mettre en place un système d'enquête rapide quotidienne auprès des formations sanitaires via le USSD (Unstructured Supplementary Service Data) pour signaler tout problème survenant dans la formation sanitaire ;
- les formations sanitaires souhaitent que les documents et registres pertinents du Ministère de la santé soient disponibles. Certains documents sont disponibles en ligne sur le site du Ministère, mais un registre central des documents pourrait être mis en place, de sorte que tous les membres du personnel puissent avoir accès aux documents et aux lignes directrices.

16. <https://www.sante.gov.bf/ressources/documents>

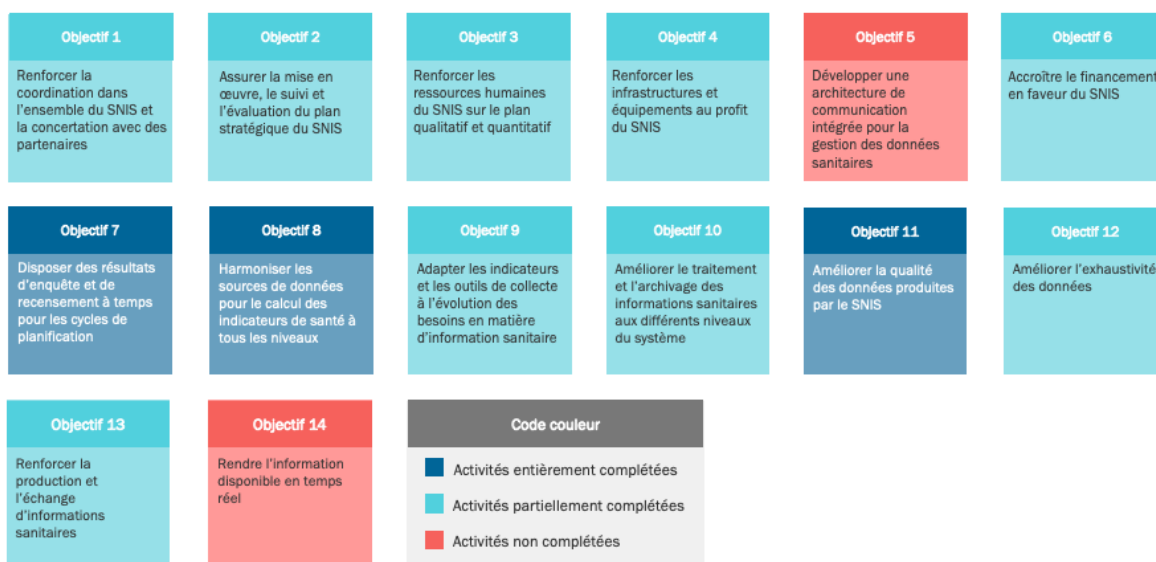


## Menaces

- la nécessité pour les agents de rapportage supplémentaire lié à l'épidémie de COVID-19 pourrait réduire la qualité des données dans les autres domaines du programme sanitaire et pourrait avoir une incidence sur la qualité des publications statistiques.

# COMPLÉTUDE DES OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE DU SNIS 2010-2020

FIGURE 32: RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE DU SNIS 2010-2020



Le Ministère a atteint trois objectifs liés à la qualité des données (7, 8, et 11). Cependant le Ministère a rencontré des difficultés sur les questions d'architecture des systèmes et de disponibilité de l'information en temps réel (5 et 14).

La mise en œuvre du plan stratégique a-t-elle permis d'atteindre la vision définie lors de la rédaction du plan qui était « A l'horizon 2020, le Burkina Faso devra disposer d'un système d'information sanitaire intégré, performant à tous les niveaux, produisant l'information sanitaire de qualité en temps réel, accessible et utilisée par tous les acteurs pour une prise de décisions sur des bases factuelles en vue l'amélioration de la santé des populations »?

A l'image des activités réalisées cette vision a été partiellement atteinte. Le Ministère de la santé a mis en place une base de données centralisant les données sanitaires (ENDOS-BF), défini des normes et procédures de l'information sanitaire (MPGIS), un plan d'amélioration de la qualité des données (PAQDS) et mis en œuvre avec succès des outils numériques tels que le mHealth ou le REC.

Toutefois, le système d'information reste fragmenté (plus de 110 applications en septembre 2020), la qualité de l'information sanitaire est toujours un problème (surtout au niveau communautaire et périphérique), les données ne sont pas accessibles en temps réel (les procédures de collecte et de validation des données pouvant prendre jusqu'à deux mois), ce qui réduit la capacité des décideurs à prendre des décisions sur des bases factuelles.

Le prochain plan stratégique 2021-2025 doit donc se centrer sur le renforcement de la gouvernance du SNIS (définition, mise en œuvre et contrôle des normes et procédures), la question de l'interopérabilité et la rationalisation du nombre d'outils utilisés et le renforcement de capacité des acteurs du niveau périphérique quant à la collecte et l'analyse des données.





# PARTIE III : ÉVALUATION DU SNIS DE LA PERSPECTIVE DE L'UTILISATEUR

## CONTEXTE

Le succès d'un système d'information se mesure par l'utilisation qu'en font les acteurs. Afin de mieux comprendre par quels moyens soutenir et renforcer le SNIS, nous avons mené une évaluation approfondie de l'utilisation des données et de la prise de décision des utilisateurs du SNIS. Comprendre les écarts qui existent entre ce que les décideurs savent, ce qu'ils doivent savoir et quelles données sont collectées par ceux qui collectent et agrègent les données (appelés «gestionnaires de données») nous aide à découvrir des opportunités pour renforcer le SNIS. Nous avons mené une évaluation du SNIS de la perspective de l'utilisateur qui se concentre sur la manière dont les décisions sont prises et les informations utilisées dans ces prises de décisions. L'évaluation vise à répondre à la question suivante (Figure 33) : Est-ce que les **bonnes données** sont dans le **bon format** et dans les mains de la **bonne personne** pour répondre à la **bonne question** ?

FIGURE 33: QUESTIONS CLÉS POUR COMPRENDRE LES ÉLÉMENTS, LES SYSTÈMES, LES UTILISATEURS DE DONNÉES ET LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE SNIS.

### SYSTÈME

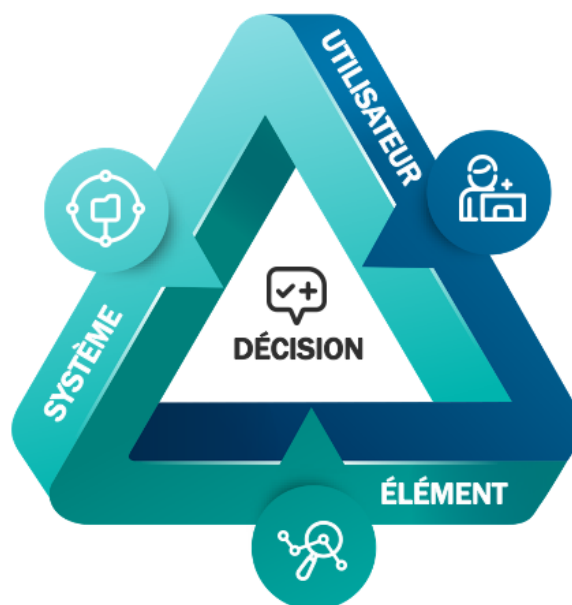
Quel système (papier ou digital) gère quelles données?

### ÉLÉMENT

Quelles sont l'ensemble des données sanitaires et des indicateurs utilisées?

### UTILISATEUR

Qui sont les individus qui utilisent les données?



Les bonnes données,  
Dans le bon format,  
Dans les mains de la  
bonne personne,  
Pour répondre à la  
bonne question.

La deuxième partie a permis d'évaluer la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2010-2020. L'objectif de cette évaluation est de fournir des informations en vue du prochain plan stratégique du SNIS (2021-2025) et d'élaborer des recommandations sur la base des possibilités inexploitées. Alors que la partie II concernait uniquement les axes, les objectifs et les activités du plan stratégique du SNIS, la partie III fournit un aperçu global du SNIS dans la perception de ses utilisateurs, à savoir des responsables du traitement des données et des décideurs, et s'aligne sur les sous-systèmes du plan stratégique du SNIS<sup>13</sup>. Cela permet de mieux comprendre les capacités actuelles du système et son fonctionnement.

Cette section comprend les parties suivantes:

1. Méthodologie, collecte de données et analyse
2. Terminologie de l'étude
3. Résultats:
  - a. Principaux points à retenir
  - b. Décision, analyse et capacités
  - c. Éléments de données, sources, collecte et systèmes
  - d. Profils des répondants et environnement opérationnel
  - e. Forces, faiblesses, opportunités et menaces

## Méthodologie, collecte de données et analyse

Au total 150 personnes ont été interrogées dans le cadre de la présente étude. Nous avons utilisé une approche mixte pour cette évaluation (Figure 34).

FIGURE 34: MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION DEPUIS LA PERSPECTIVE DE L'UTILISATEUR



13. Les sous-systèmes du plan stratégique du SNIS sont : rapports réguliers des services sanitaires, surveillance épidémiologique, gestion du programme, gestion et administration des ressources, enquêtes périodiques.



Au total, 69 structures ont été sélectionnées pour participer à l'évaluation et répondre à l'enquête adressée aux structures. La répartition des structures sélectionnées par niveau et par région est représentée en figure 35. Les structures de soins de santé primaire (CSPS, CM, cliniques privées) représentent le plus grand nombre structures. 30% des structures sont situées en zone rurale, 36% en zone urbaine, et le critère de l'emplacement n'était pas pertinent en ce qui concerne les 33% restants de structures (les DRS, les ECD, les CISSE).

FIGURE 35: STRUCTURES ÉVALUÉES PAR NIVEAU ET RÉGION

Niveau	Boucle du Mouhoun	Centre	Centre-Ouest	Centre-Sud	Sud-Ouest	Total
CSPS et CM	5	8	7	6	6	32
District	2	1	2	2	2	9
Région	2	0	1	1	2	6
Central	0	22	0	0	0	22
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>69</b>

Les types structures ayant participé à l'évaluation par niveau sont:

- **les structures du niveau formation sanitaire:** CSPS, cliniques privés, centres médicaux publics, centres médicaux privés ;
- **les structures au niveau district :** Équipe Cadre de District (ECD), y compris l'équipe de gestion des données ; hôpitaux de district ;
- **les structures au niveau régional :** Direction Régionale de la Santé (DRS), y compris le CISSE; hôpitaux régionaux (CHR) ;
- **les structures au niveau national :** hôpitaux nationaux (CHU), directions centrales, secrétariat technique

## Éléments clés de terminologie

FIGURE 36: ÉLÉMENTS CLÉ DE TERMINOLOGIE UTILISÉS DANS L'ÉVALUATION DU SNIS

	<b>DÉCISIONNAIRE</b> Une personne responsable de la prise de décisions (exemple: un DRS ou un MCD)		<b>GESTIONNAIRE</b> Une personne responsable de la collecte et/ou de l'agrégation des données (exemple: CISSE, IB, ASBC)
	<b>DONNÉES</b> Une donnée unique qui peut être collectée, agrégée, analysée et stockée (exemple: résultat du dépistage de la tuberculose, sexe du patient)		<b>SOURCE DE DONNÉES</b> Documents ou bases de données où des données liées à la santé sont enregistrées ou stockées (exemple: registres, ENDOS)
	<b>DÉCISION</b> Une conclusion ou une action à prendre concernant les soins aux patients, l'administration, la mise en œuvre, etc. (exemple: la commande de produits pharmaceutiques)		<b>UNIQUE</b> Une donnée, une source de donnée ou une décision qui n'est pas dupliqué ou doublement compté

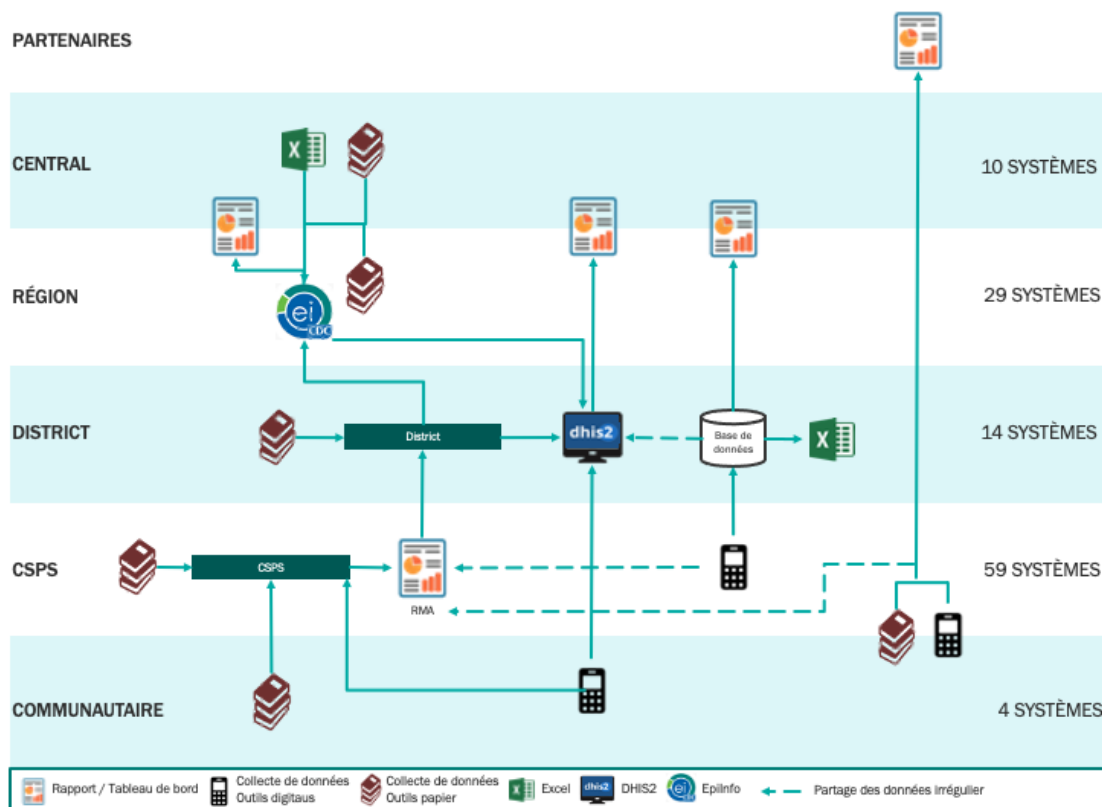
# RÉSULTATS

## Principaux points à retenir

### 1) Une fragmentation des systèmes

Les systèmes de données sur la santé sont fragmentés, ce qui empêche les décideurs d'accéder pleinement et d'utiliser toutes les données disponibles pour la prise de décision. À titre d'exemple, plus de 110 bases de données, applications et outils numériques actifs sont actuellement utilisés dans le pays (Figure 37).

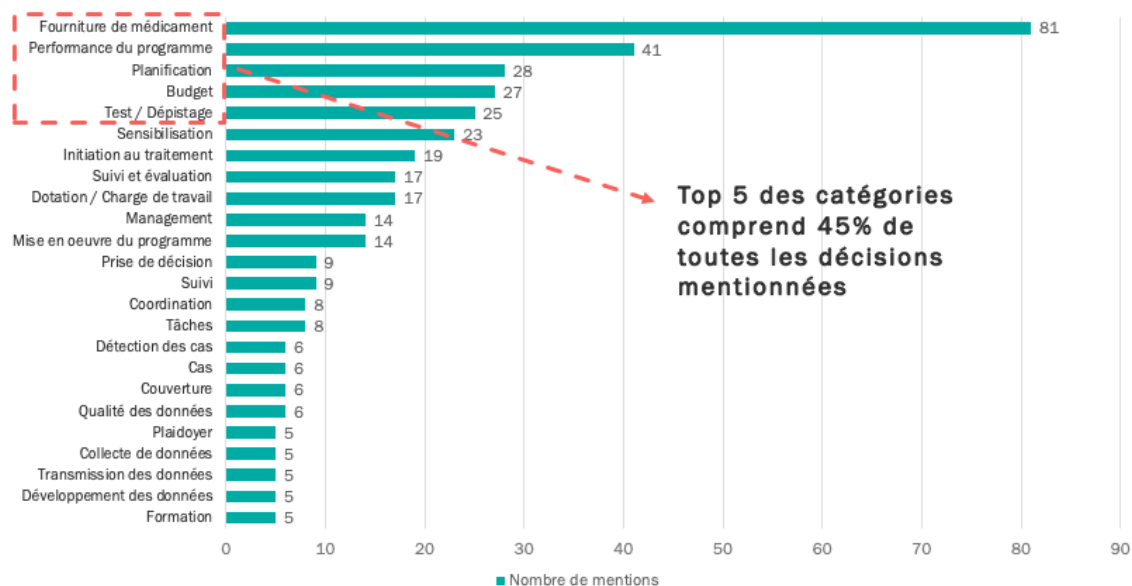
FIGURE 37: FLUX DE DONNÉES DU SNIS, AOÛT 2020.



### 2) Les décideurs se concentrent principalement sur cinq catégories de décision

Ces catégories sont l'approvisionnement en médicaments, la performance du programme, la planification, le budget et les tests / dépistage. Ces cinq catégories représentent 45% de toutes les décisions identifiées par les décideurs (figure 38).

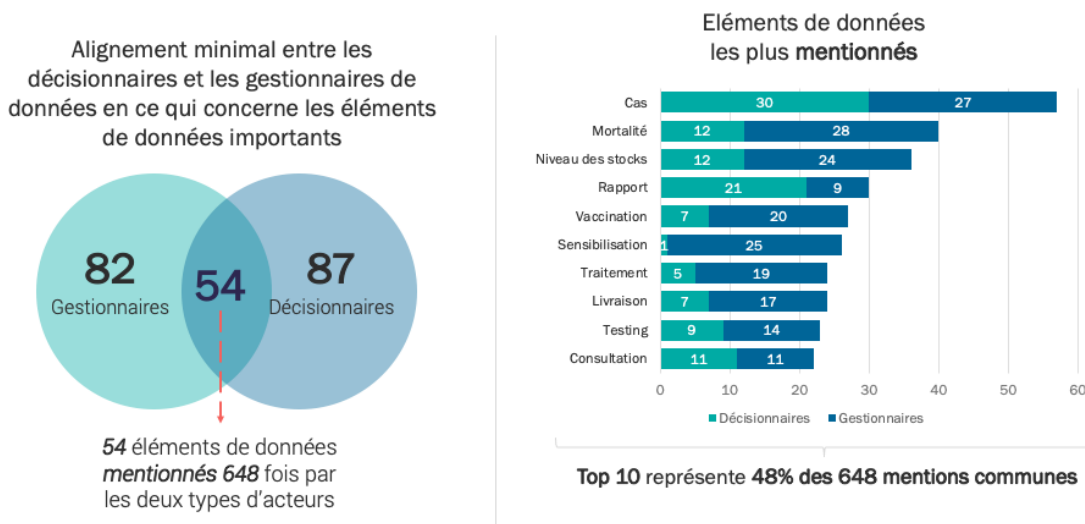
FIGURE 38: DÉCISIONS LES PLUS MENTIONNÉES PAR LES DÉCISIONNAIRES



### 3) Les décisionnaires et les gestionnaires de données ne sont pas alignés sur quels éléments de données les plus importants.

Les gestionnaires de données collectent des données qui ne sont pas jugées utiles ou importantes par les décisionnaires dans la prise de décision. Comme le montre la figure 3, un total de 223 éléments de données uniques ont été mentionnés lors de l'évaluation. Parmi ceux-ci, 54 éléments de données ont été référencés 648 fois par les gestionnaires de données et les décisionnaires, ce qui représente 69% des réponses. Les 31% restants des éléments de données ne sont mentionnés que par une seule catégorie d'acteur, suggérant un manque d'alignement entre ce qui est collecté et ce qui est utilisé. La figure 39 montre également les dix éléments de données les plus référencés, identifiant les éléments de données considérés comme également ou disproportionnellement importants pour les décisionnaires et gestionnaires. Les dix principaux éléments de données représentent 48% des 54 éléments de données référencés par les deux types de répondants.

FIGURE 39: ÉLÉMENTS DE DONNÉES LES PLUS RÉFÉRENCÉS PAR LES DÉCISIONNAIRES ET LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES

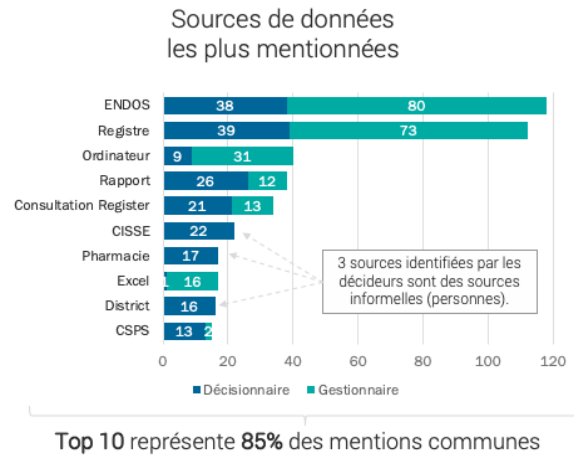
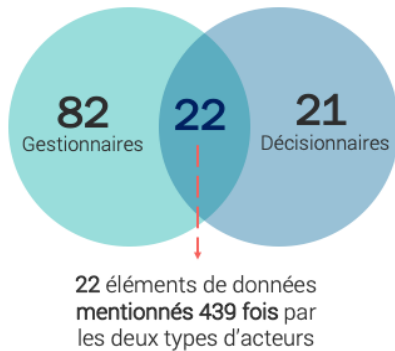


#### 4) Les décisionnaires et les gestionnaires de données sont encore moins alignés sur les sources de données les plus importantes.

La figure 40 montre qu'un total de 125 sources de données uniques ont été identifiées. Parmi celles-ci, seules 22 sources ont été référencées par les gestionnaires de données et les décisionnaires. Les décisionnaires ont souvent mentionné des sources de données informelles, telles que des individus ou des cadres, comme le montrent les dix sources de données les plus référencées.

FIGURE 40: SOURCE DE DONNÉES LES PLUS RÉFÉRENCÉS PAR LES DÉCISIONNAIRES ET LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES

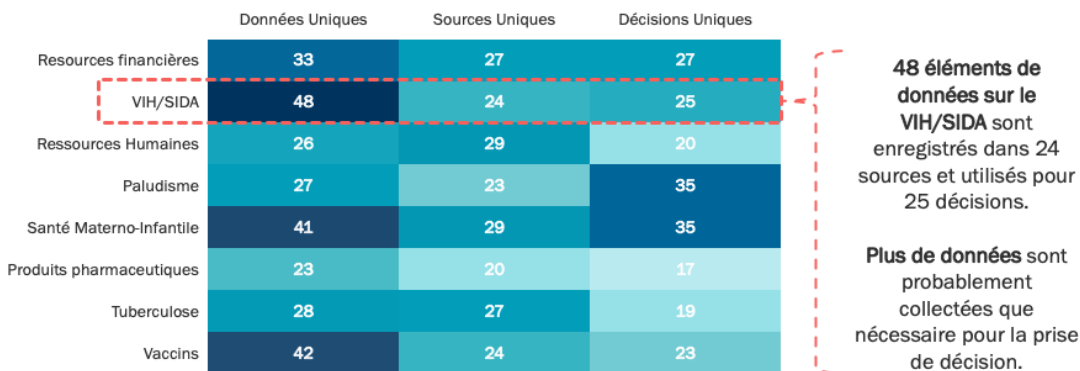
Un alignement encore plus faible entre les décideurs et les gestionnaires de données en ce qui concerne les sources de données importantes



#### 5) Plus de données sont collectées que nécessaire à la prise de décision.

Cette sur-collecte de données amène les agents de santé à tous les niveaux du système à consacrer entre 13 et 46 heures par semaine à la collecte et à la compréhension des données. À titre d'exemple, il y a 48 éléments de données collectés pour le VIH/SIDA par les gestionnaires de données, mais les décisionnaires n'utilisent que 25 éléments de données uniques pour prendre des décisions. De plus, il semble possible de rationaliser les processus de collecte de données. Les personnes interrogées travaillant sur les questions des ressources humaines ont identifié 26 éléments de données différents collectés dans 29 sources, ce qui montre que certains éléments de données peuvent être enregistrés dans plus d'une source. La figure 41 montre les éléments de données, les sources et les décisions uniques pour chaque domaine programmatique examiné pendant l'évaluation du SNIS.

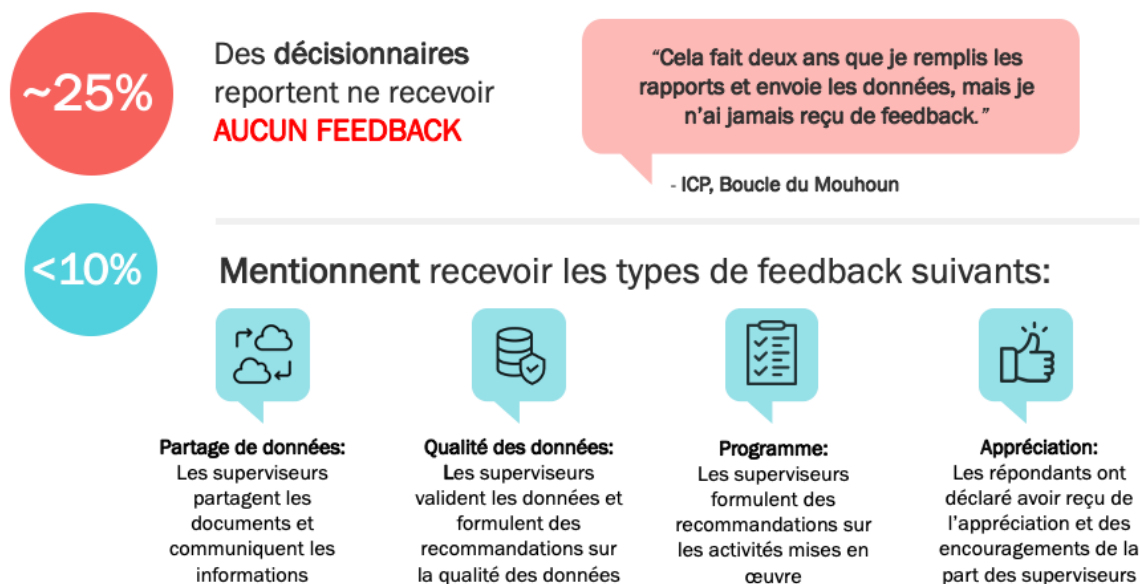
FIGURE 41: : ÉLÉMENTS DE DONNÉES, SOURCES ET DÉCISIONS UNIQUES PAR TYPE DE PROGRAMME



## 6) Les acteurs reçoivent peu de feedback

Environ un quart des décisionnaires ont déclaré n'avoir reçu aucun feedback, tandis que moins de 10% ont déclaré avoir reçu des feedbacks sur le partage des données, la qualité des données, les programmes ou des feedbacks positifs (Figure 42).

FIGURE 42: FEEDBACK PROVIDED TO DECISION MAKERS ON PERFORMANCE



## Décision, analyse et capacités

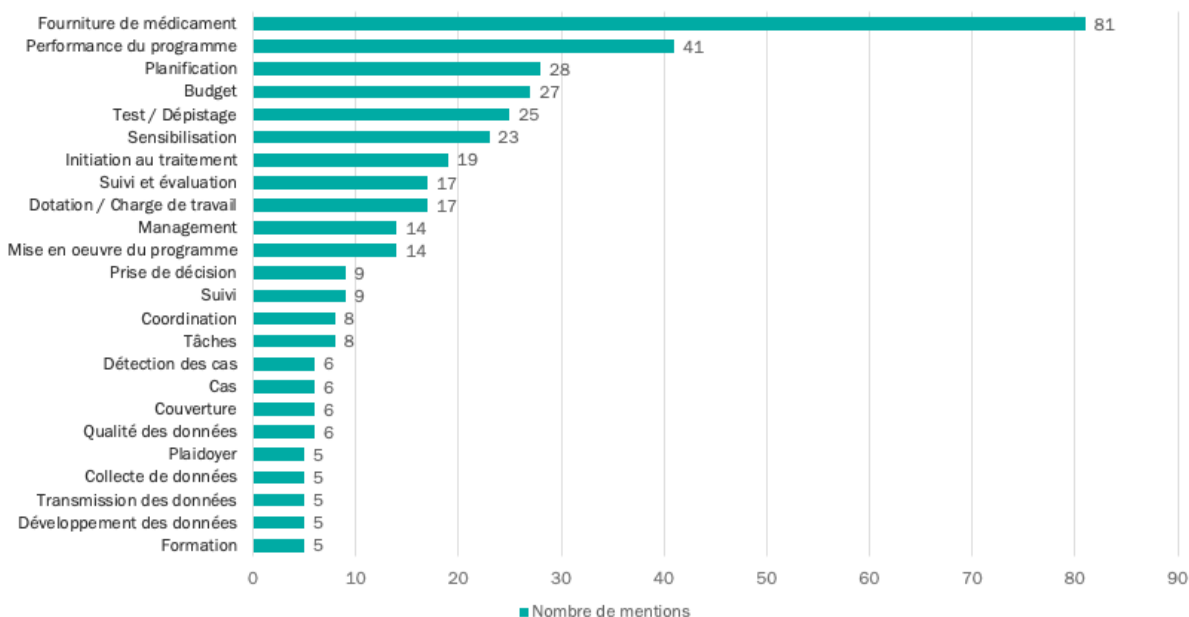
Notre étude a interrogé les gestionnaires de données et les décisionnaires sur les données collectées et utilisées dans huit domaines programmatiques: le paludisme, les produits pharmaceutiques, la santé maternelle et infantile, le VIH/SIDA, la tuberculose, les vaccins, les ressources financières et les ressources humaines. Les gestionnaires de données ont détaillé quels éléments de données ils collectaient pour chaque domaine programmatique, où les informations sont enregistrées et comment les informations circulent dans le SNIS. Les décisionnaires ont détaillé quelles décisions ils prennent pour chaque domaine programmatique, les éléments de données utilisés pour prendre ces décisions et les sources qu'ils utilisent pour trouver les données dont ils ont besoin.

### Décisions

Au total, 444 décisions ont été référencées par 75 décisionnaires. Ces décisions ont été codées et regroupées dans 55 catégories. Comme le montre la figure 53, les cinq principales catégories de décisions concernaient l’approvisionnement en médicaments, les performances du programme, la planification, le budget ainsi que les tests/le dépistage. Ces cinq catégories de décisions représentaient 45% des décisions mentionnées.

**Les cinq principales catégories de décisions concernaient l’approvisionnement en médicaments, les performances du programme, la planification, le budget ainsi que les tests/le dépistage. Ces cinq catégories de décisions représentaient 45% des décisions mentionnées.**

FIGURE 43: DÉCISIONS MENTIONNÉES PAR LES DÉCISIONNAIRES



La figure 44 montre le nombre de données uniques, de sources et des décisions cités pour chaque domaine du programme. Il convient d'observer que les chiffres reflètent le nombre de composants uniques pour un domaine spécifique du programme, et pas pour l'étude dans son ensemble. Par exemple, le nombre de consultations peut constituer un élément de données en ce qui concerne le paludisme et la santé maternelle et infantile, et ce chiffre est alors pris en compte dans les deux domaines du programme.

FIGURE 44: DONNÉES UNIQUES, SOURCES ET DÉCISIONS PAR DOMAINE DE PROGRAMME

	Données uniques	Sources uniques	Décisions uniques
Ressources financières	33	27	27
VIH/SIDA	48	24	25
Ressources humaines	26	29	20
Paludisme	27	23	35
SMI	41	29	35
Produits Pharmaceutiques	23	20	17
Tuberculose	28	27	19
Vaccins	42	24	23



Dans certains cas, il est probable que l'on collecte plus de données qu'il n'en faut pour prendre les décisions. Par exemple, 48 éléments de données sont collectés par les gestionnaires de données concernant le VIH/SIDA, mais les décisionnaires n'utilisent que 25 éléments de données uniques pour prendre les décisions. Il peut donc être possible de rationaliser les procédures de collecte des données. Les personnes interrogées dans le domaine des ressources humaines ont identifié 26 données différentes collectées auprès de 29 sources, ce qui montre que certains éléments de données peuvent être enregistrés auprès de plusieurs sources.

Il semblerait donc que les décisionnaires ne disposent pas de toutes les informations nécessaires pour prendre la meilleure décision. Les figures 45-46 illustrent le nombre d'éléments de données et de sources de données mentionnés par les gestionnaires de données et les décisionnaires respectivement.

**Dans certains cas, il est probable que l'on collecte plus de données qu'il n'en faut pour prendre les décisions. Par exemple, 48 éléments de données sont collectés par les gestionnaires de données concernant le VIH/SIDA, mais les décisionnaires n'utilisent que 25 éléments de données uniques pour prendre les décisions.**

FIGURE 45: ÉLÉMENTS DE DONNÉES MENTIONNÉS PAR PROGRAMME

	Gestionnaires	Décisionnaires
Ressources financières	19	44
VIH/SIDA	80	46
Ressources humaines	22	34
Paludisme	84	58
SMI	136	53
Produits Pharmaceutiques	37	52
Tuberculose	84	53
Vaccins	80	55
<b>Total:</b>	<b>542</b>	<b>395</b>





FIGURE 46: SOURCES DE DONNÉES MENTIONNÉES PAR PROGRAMME

	Gestionnaires	Décisionnaires
Ressources financières	14	40
VIH/SIDA	41	45
Ressources humaines	21	40
Paludisme	62	50
SMI	57	49
Produits Pharmaceutiques	27	43
Tuberculose	40	43
Vaccins	51	46
<b>Total:</b>	<b>313</b>	<b>356</b>

Dans la plupart des cas, les gestionnaires de données collectent plus de données qu'il n'en faut pour prendre les décisions. Les décisionnaires s'appuient également sur un plus grand nombre de sources de données que celles utilisées par les gestionnaires de données pour la collecte. Dans l'ensemble des domaines du programme, les décisionnaires ont identifié 104 sources de données uniques utilisées dans la prise de décision. Parmi ces sources, 31 sont des registres et 29 des personnes ou des directions. De nouveau, cela souligne le décalage entre les données collectées et les besoins des décisionnaires.

### Analyse

Un des buts de l'analyse des données est de s'assurer que les bonnes données sont dans le bon format afin de prendre la meilleure décision. Néanmoins seulement 60% des gestionnaires de données ont déclaré effectuer des analyses de données. Bien qu'ils soient largement responsables de la collecte des données, plus des deux tiers (76%) des ASBC et du personnel des formations sanitaires n'effectuent pas d'analyses de données. Parmi les personnes qui réalisent des analyses de données, plus de la moitié déclare effectuer ces analyses à une fréquence mensuelle (52%), suivie de fréquences hebdomadaire et trimestrielle. La figure 47 illustre la fréquence de la collecte de données par niveau.

Environ 19% des décisionnaires interrogés ont déclaré qu'ils n'effectuaient pas d'analyses de données. Parmi les personnes qui réalisent des analyses de données, la fréquence la plus courante est mensuelle (43%), suivie des fréquences hebdomadaire (21%) et quotidienne (19%) (figure 48). Au niveau des formations sanitaires et au niveau central, la fréquence mensuelle est la plus courante ; la fréquence hebdomadaire est la plus courante au niveau régional et les fréquences trimestrielle et hebdomadaire sont les plus courantes au niveau du district. Les décisionnaires ayant déclaré ne réaliser d'analyses de données qu'annuellement provenaient des formations sanitaires et du niveau central.

**Seulement 60% des gestionnaires de données ont déclaré effectuer des analyses de données. Bien qu'ils soient largement responsables de la collecte des données, plus des deux tiers (76%) des ASBC et du personnel des formations sanitaires n'effectuent pas d'analyses de données.**



FIGURE 47: FRÉQUENCE DE L'ANALYSE DE DONNÉES PAR LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES PAR NIVEAU

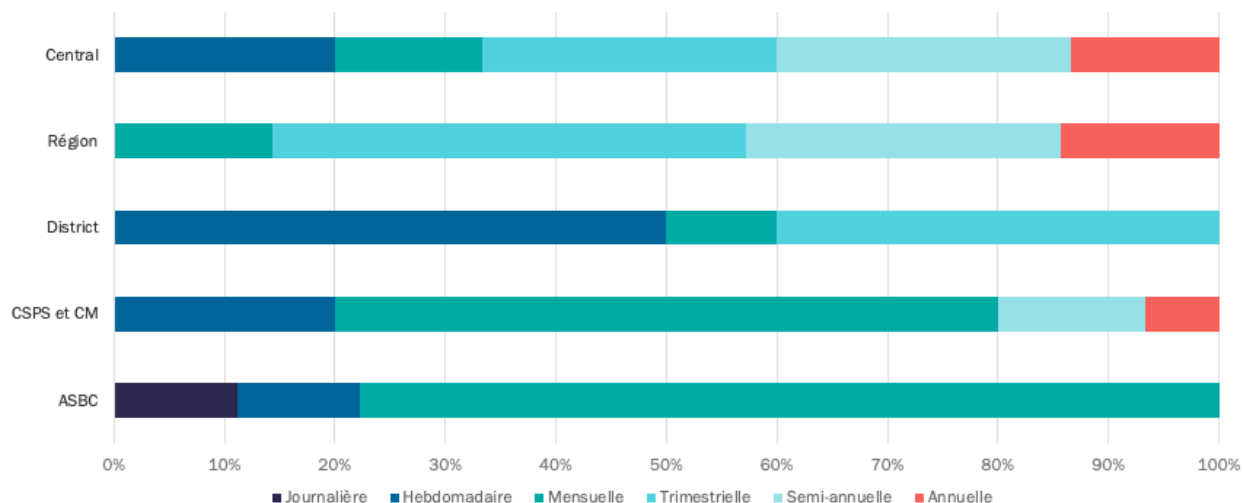
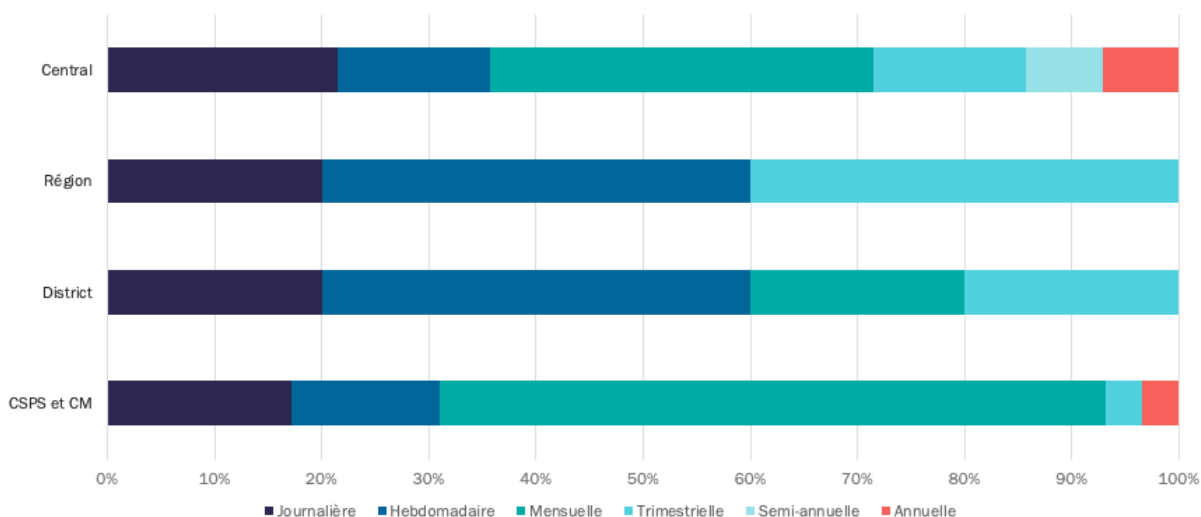


FIGURE 48: FRÉQUENCE DE L'ANALYSE DE DONNÉES PAR LES DÉCISIONNAIRES PAR NIVEAU

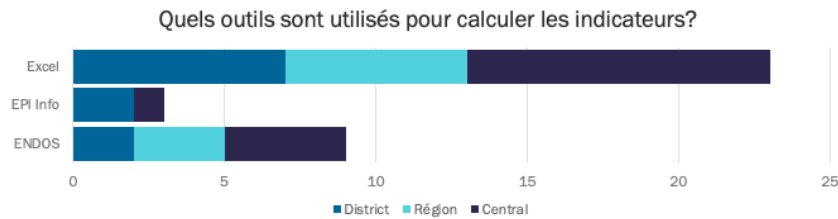
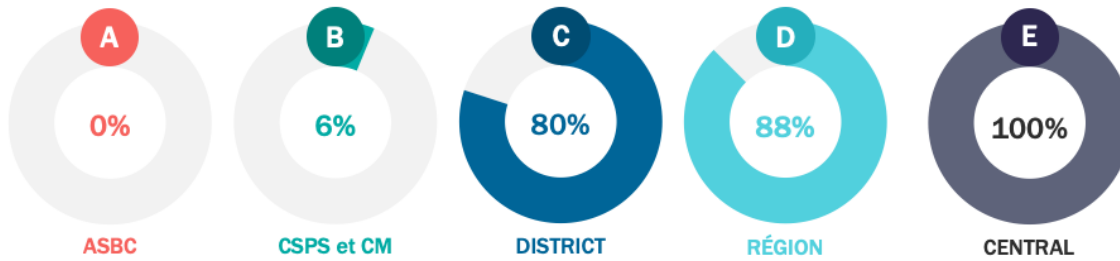


Un autre point important est de voir comment les données sont analysées. Les gestionnaires de données et les décideurs ont été interrogés quant aux applications utilisées pour l'analyse de données et le calcul d'indicateurs. La figure 49 montre que la plupart des ASBC et du personnel des formations sanitaires impliqués dans l'analyse de données calculent les indicateurs manuellement. La plupart des personnes interrogées au niveau des districts et aux niveaux supérieurs ont déclaré utiliser Excel pour calculer les indicateurs, suivi d'ENDOS-BF. Non seulement le calcul manuel des indicateurs prend du temps, mais il est davantage sujet à l'erreur humaine et peut affecter la qualité des données. Un grand nombre d'ASBC et du personnel des formations sanitaires n'ayant pas accès à des ordinateurs, ils doivent nécessairement faire les calculs manuellement.

**La plupart des ASBC et du personnel des formations sanitaires impliqués dans l'analyse de données calculent les indicateurs manuellement.**

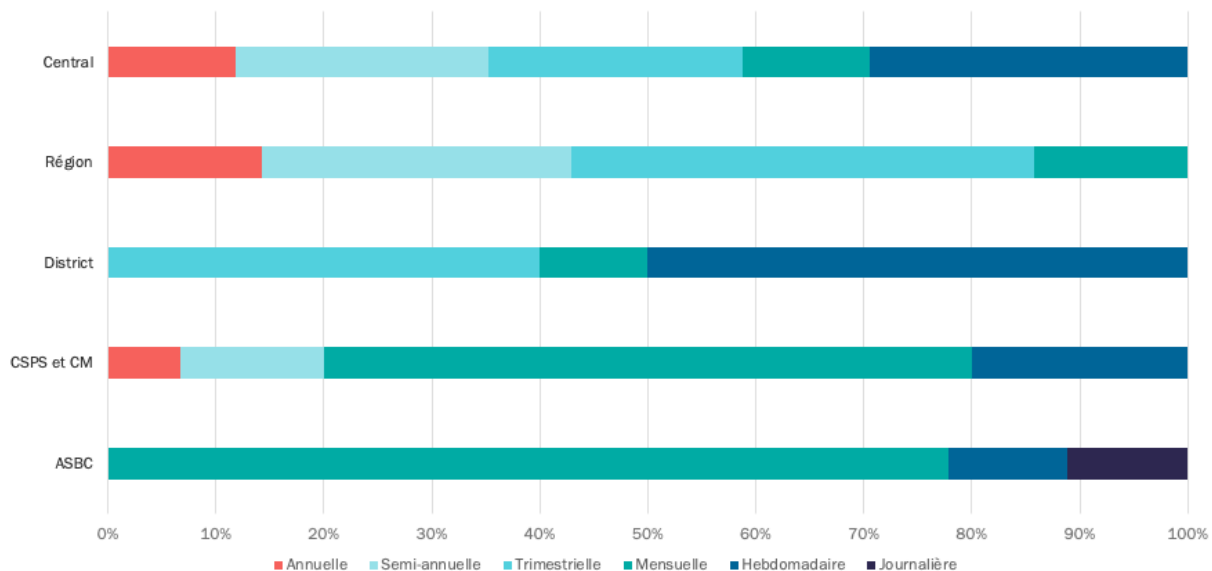


FIGURE 49: POURCENTAGE DE CALCUL DES INDICATEURS EFFECTUÉS AVEC UN OUTIL DIGITAL PAR NIVEAU



Les données collectées et analysées sont inutiles si elles ne sont pas présentées aux bonnes personnes en temps opportun pour les aider à prendre les bonnes décisions. Un quart des gestionnaires de données a indiqué ne pas présenter de données (figure 50). La plupart des gestionnaires de données (74%) ayant indiqué ne pas présenter de données proviennent du niveau communautaire et des formations sanitaires. Après les périodes standard de déclaration, ceux qui présentent les données le font le plus fréquemment sur une base mensuelle (36%), hebdomadaire (21%), ou trimestrielle (20%). Dès lors que les données sont le plus souvent présentées de bas en haut au sein du SNIS, les structures au niveau national déclarent présenter des données le moins fréquemment, puisque 27% déclarent présenter des données à une fréquence semestrielle et 13 % à une fréquence annuelle.

FIGURE 50: FRÉQUENCE DE LA PRÉSENTATION DES DONNÉES AUX DÉCISIONNAIRES PAR LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES



La même question a été posée aux décisionnaires. Environ 19% des décisionnaires déclarent ne jamais présenter de données. Ils proviennent essentiellement du niveau central et du niveau des formations sanitaires. Comme pour les gestionnaires de données, la fréquence la plus courante est la fréquence mensuelle (31%), suivie de la fréquence hebdomadaire (26%) et de la fréquence trimestrielle (24%). Les seules personnes interrogées ayant déclaré présenter des données annuellement (3%) provenaient du niveau central.

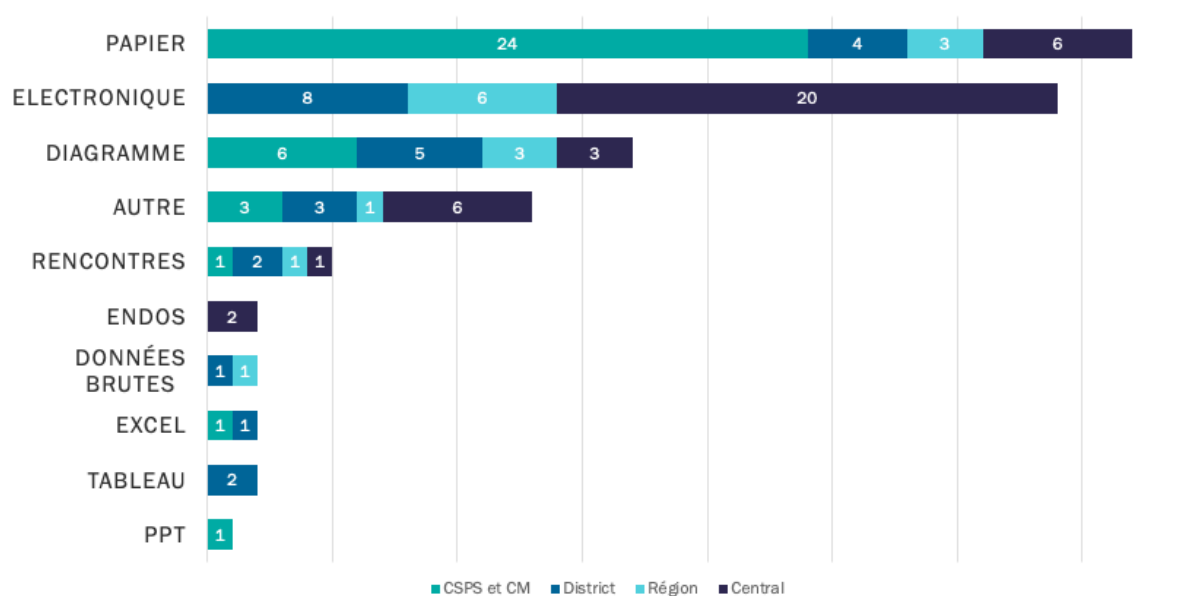
Il est aussi important de présenter les données aux gestionnaires de données que de les présenter aux décisionnaires. D'une part, cela garantit que les données circulent dans plusieurs directions dans le SNIS, à la fois vers le haut et vers le bas, ce qui aide à créer une culture de l'utilisation des données. C'est également un facteur pour savoir si les bonnes personnes se voient présenter des données pertinentes et de qualité lorsqu'elles en ont besoin.

**Cela montre qu'au sein du SNIS, les données circulent de bas en haut, mais pas nécessairement dans l'autre sens.**

39% des gestionnaires de données déclarent recevoir des données. Ils se situent majoritairement au niveau central (41%), au niveau des districts (31%) ou au niveau des régions (20%). Seulement 7% des gestionnaires de données au niveau des formations sanitaires ont déclaré que des données leur étaient présentées. Les données sont le plus souvent présentées sur une base mensuelle. Cela montre qu'au sein du SNIS, les données circulent de bas en haut, mais pas nécessairement dans l'autre sens.

Conformément aux autres conclusions, la présentation papier constitue la forme la plus courante de présentation des informations au niveau des formations sanitaires. Les données sont davantage échangées par voie électronique, par exemple par courrier électronique, à mesure qu'elles remontent vers le niveau central. Même si les structures ne considèrent pas jouer un rôle d'analyse des données, elles sont le plus susceptibles de présenter les données sous forme graphique. La catégorie « Autres » dans les réponses proposées comprend les SMS, les appels téléphoniques, les documents PDF, les données analysées, etc. (figure 51).

FIGURE 51: MODE DE PRÉSENTATION DES DONNÉES PAR NIVEAU SELON LES ENQUÊTÉS

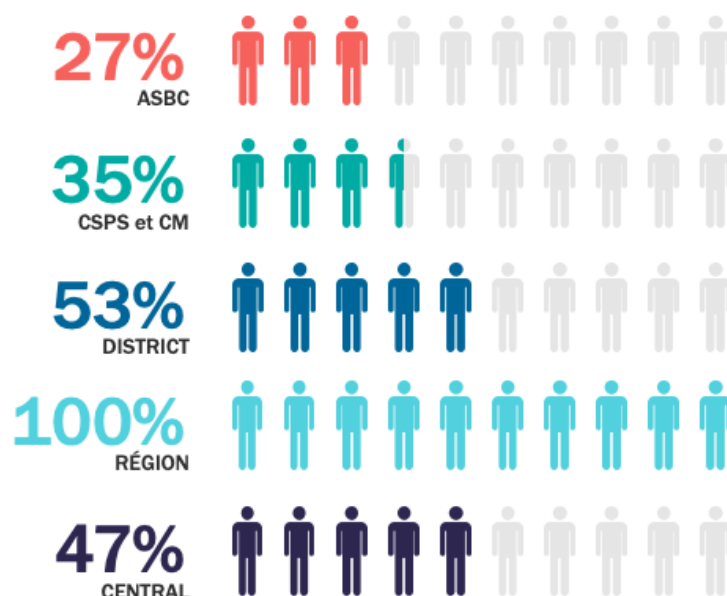


## Capacités

Les gestionnaires de données et les décisionnaires doivent posséder les compétences techniques requises pour s'acquitter des tâches professionnelles liées aux données. Cela joue un rôle important pour garantir que les données soient de qualité et que leur utilisation permette de prendre les bonnes décisions. En effet, même si les acteurs ont accès aux outils digitaux et aux procédures d'analyse des données, s'ils n'ont pas les compétences pour utiliser ces outils et traiter ces données, ils peuvent être incapables de les collecter, analyser et présenter correctement.

Comme nous l'avons indiqué dans la partie II, les formations concernant les applications et logiciels, l'analyse des données et les outils d'analyse des données occupent une position relativement basse dans les types de formations suivies par les personnes interrogées. La figure 52 illustre le pourcentage de gestionnaires de données formés à l'analyse des données. La formation à l'analyse des données se concentre au niveau des régions (100%) et des districts (54%), et seulement environ un quart des gestionnaires de données au niveau communautaire (27%) reçoivent ce type de formation. Il est possible également que les personnes formées à l'analyse des données soient ensuite transférées aux niveaux des districts et des régions, tandis que les personnes non formées restent aux mêmes postes.

FIGURE 52: POURCENTAGE DE GESTIONNAIRES DE DONNÉES AYANT REÇU UNE FORMATION À L'ANALYSE DES DONNÉES PAR NIVEAU



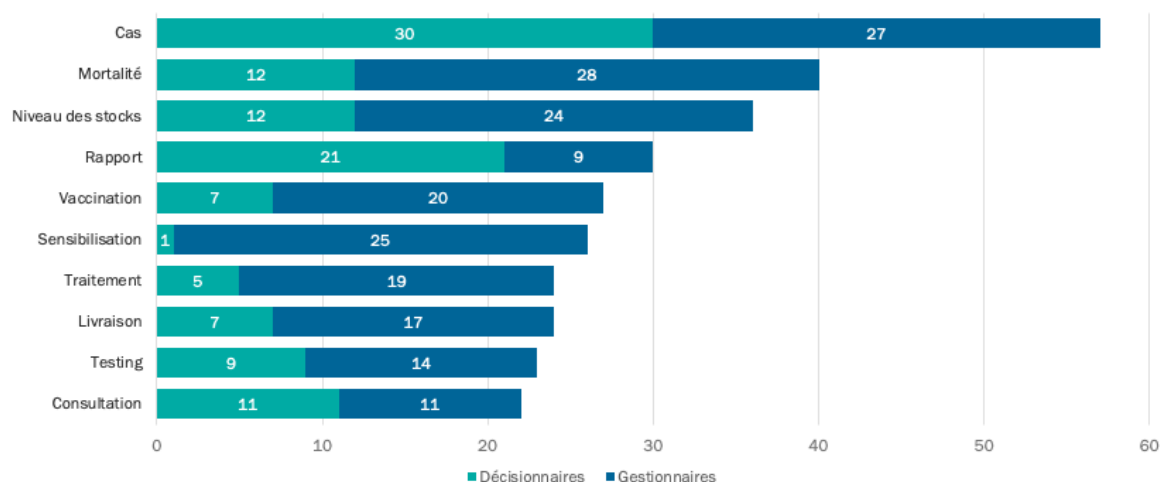
## Éléments de données, sources, collecte et outils

Savoir quels éléments de données et quelles sources sont utilisés pour prendre des décisions est primordial pour comprendre si ce qui est actuellement collecté et disponible répond aux besoins de l'utilisateur et, dans si le SNIS dans son ensemble fonctionne de manière optimale.

Au total, 937 éléments de données ont été mentionnés dans le cadre de l'étude. Les cinq éléments de données principaux étaient le nombre de cas, la mortalité, le niveau des stocks, les rapports et les vaccinations. La figure 53 illustre le nombre de fois que chaque élément de données est mentionné en fonction du type d'utilisateur des données (gestionnaire et décisionnaire).

Les gestionnaires de données ont mentionné 82 éléments de données uniques 135 fois, tandis que les décisionnaires ont mentionné 87 éléments uniques 154 fois. Cela signifie qu'il y a 82 éléments de données qui sont collectés - soit environ 15% des réponses - mais qui ne sont pas utilisés pour la prise de décision. De plus, 87 éléments de données ne sont pas collectés mais sont nécessaires pour la prise de décision - ce qui représente environ 16% des réponses. Les gestionnaires de données et les décisionnaires ont tous deux mentionné 54 éléments de données uniques 648 au total. Comme le montre la figure 54, les dix principaux éléments de données représentent 48% des chevauchements, c'est-à-dire des éléments de données mentionnés à la fois par les gestionnaires de données et les décisionnaires.

FIGURE 53: NOMBRE DE MENTION DES ÉLÉMENTS DE DONNÉES



### Sources de données

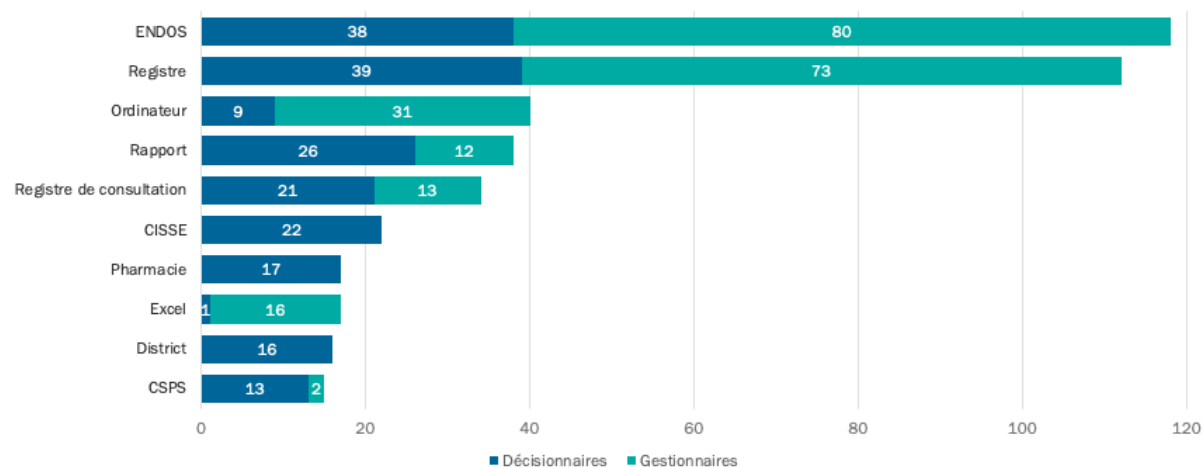
Au total 669 sources de données ont été mentionnées dans le cadre de l'étude (figure 54). Les gestionnaires de données ont mentionné 21 sources de données uniques 49 fois, et les décisionnaires ont mentionné 82 sources de données uniques 181 fois.

Cela montre un décalage entre les sources de données utilisées pour la prise de décisions et les sources de données utilisées par les gestionnaires pour centraliser les données. Environ 7% de toutes les sources mentionnées ne sont pas utilisées pour les décisions, tandis que 27% des sources de données ne sont pas utilisées par les gestionnaires de données - ce qui signifie que les décisionnaires ont recours à des sources informelles ou extérieures pour trouver les informations nécessaires à la prise de décisions.

Les gestionnaires de données et les décisionnaires ont tous deux mentionné 22 éléments de données uniques 439 fois au total (Figure 54).

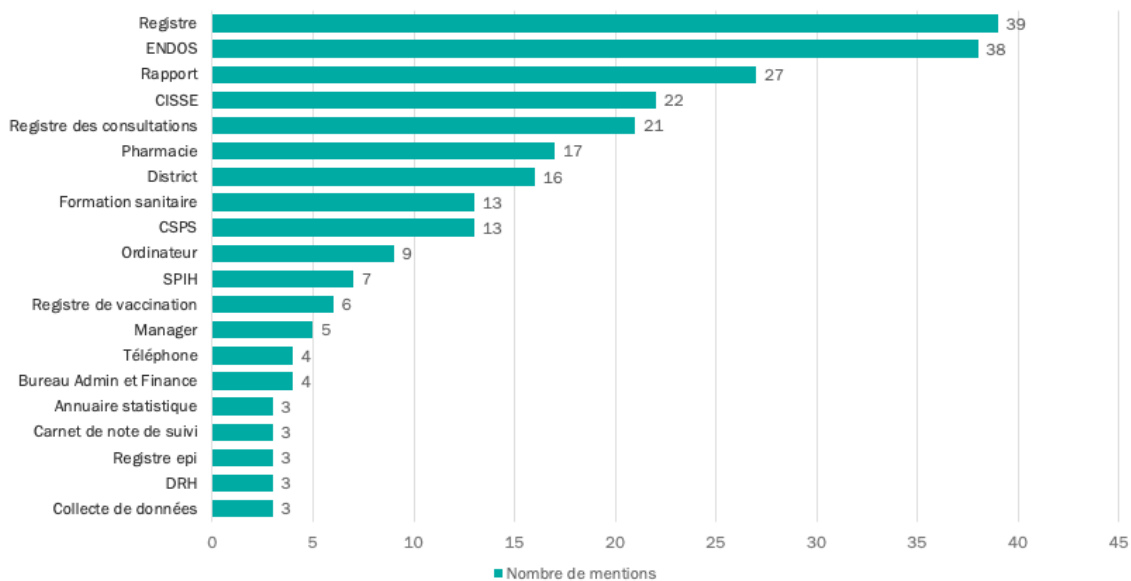
Les principales sources étaient ENDOS-BF, les registres, les ordinateurs, les rapports et les registres de consultation. Il est utile d'observer que trois des dix principales sources de données sont des personnes, ce qui montre que les décisionnaires s'appuient sur des personnes et des directions pour obtenir de manière informelle les informations nécessaires pour étayer les décisions.

FIGURE 54: NOMBRE DE MENTION DE SOURCES DE DONNÉES



Ainsi, bien qu'ENDOS-BF centralise les données du SNIS, les décideurs ont recours à des sources informelles d'information. Quelques-unes des personnes consultées sont le CISSE, la pharmacie, les districts, les structures ou le CSPS. En dehors d'ENDOS-BF, les applications numériques occupent une position relativement basse parmi les sources d'information utilisées dans la prise de décision (figure 55).

FIGURE 55: SOURCES UTILISÉES PAR LES DÉCISIONNAIRES SELON LA FRÉQUENCE MENTIONNÉE PAR LES ENQUÊTÉS



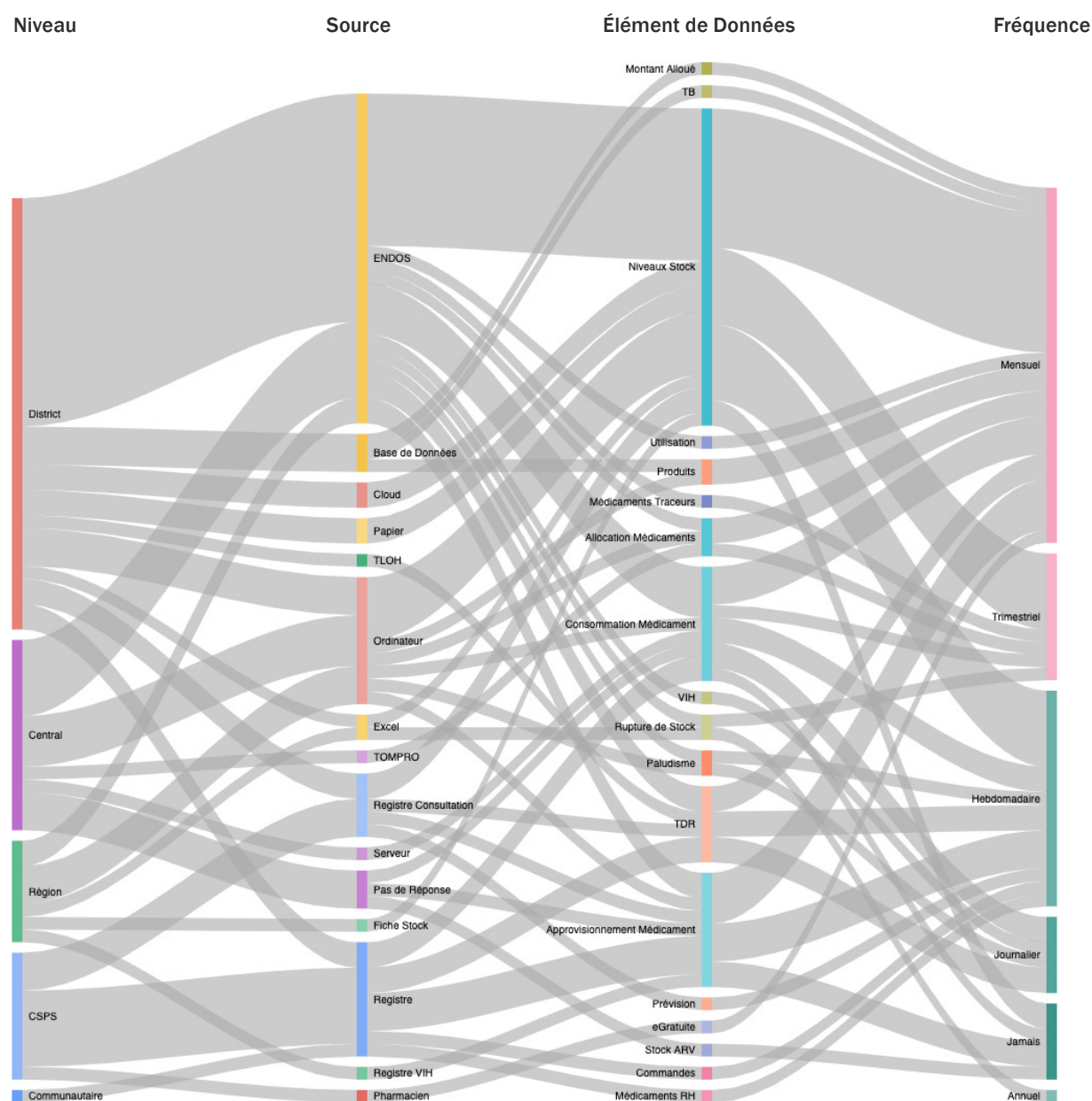
Au total, 142 registres uniques ont été mentionnés par les répondants. Une liste complète des registres identifiés dans le cadre de l'étude est jointe en annexe 4. La liste a été établie par les gestionnaires de données qui ont énuméré les registres qu'ils utilisent pour la collecte de données et par les décideurs qui ont énuméré les registres spécifiques utilisés dans la prise de décision. Les structures ont également énuméré les registres disponibles. Six registres seulement ont été identifiés à la fois par les structures, les gestionnaires de données et les décideurs, y compris les registres de consultation, de la chaîne du froid, du PEV, du Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), les registres de vaccinations, ainsi que les carnets personnels.



Les personnes interrogées ont pu correctement identifier le nom des registres, mais les structures ont clairement mentionné un nombre de registres nettement supérieur au nombre de registres utilisés par les décideurs et les gestionnaires de données. Il est donc possible de rationaliser les registres et de veiller à ce que le personnel ne soit pas surchargé par le nombre de registres et d'outils de collecte des données utilisés.

Les figures 56 et 57 soulignent en outre l'écart entre ce qui est collecté, là où les données sont enregistrées et les éléments et sources de données utilisés. La figure 56 examine la relation entre les éléments liés à l'approvisionnement en médicaments, la fréquence à laquelle ils sont collectés et la source et le niveau auxquels ils sont collectés. La largeur de la ligne montre la force de la relation, une ligne plus large signifiant une relation plus forte.

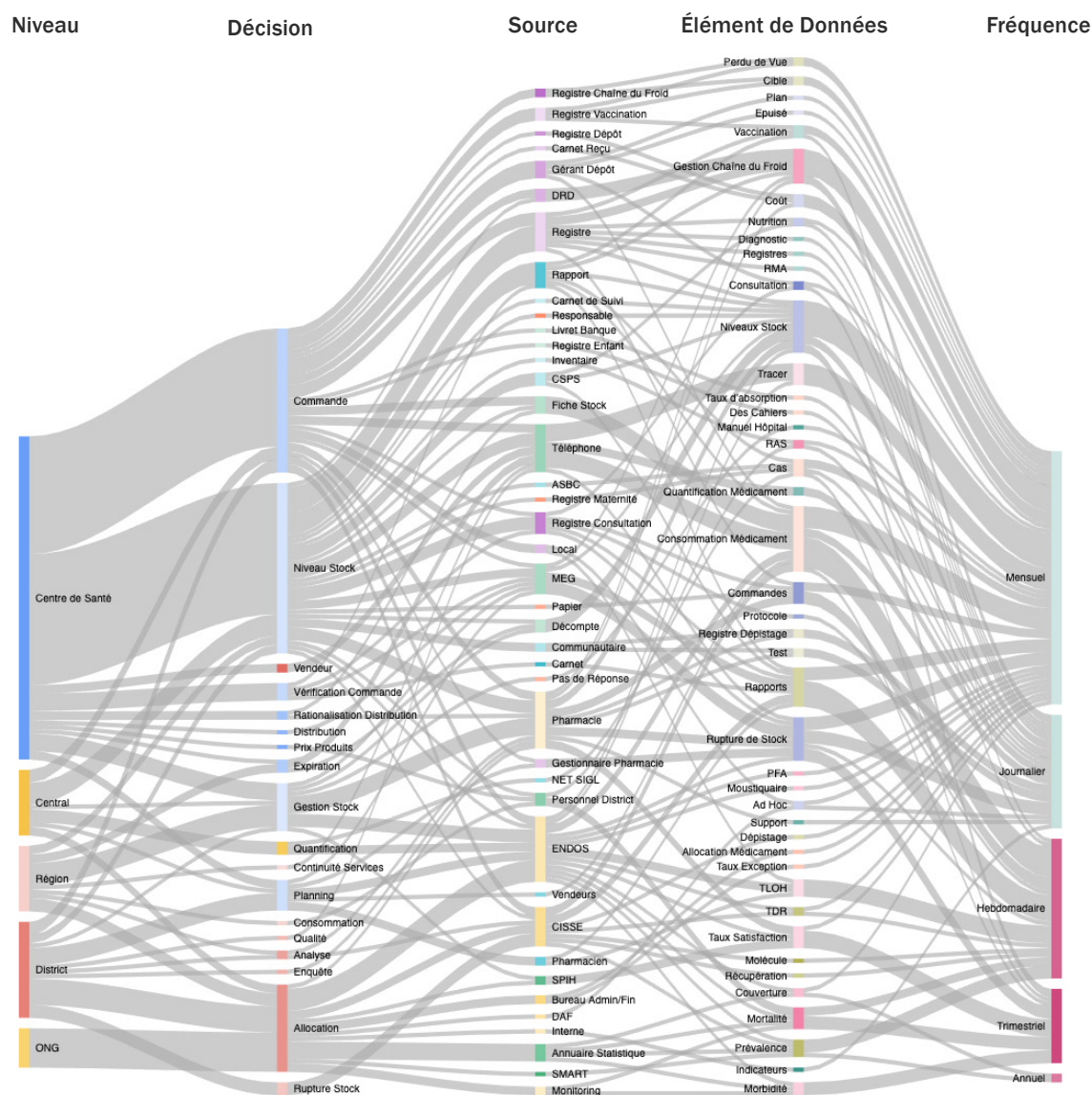
FIGURE 56: ÉLÉMENTS D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENT DES GESTIONNAIRES DES DONNÉES



Comparée à la figure 57, la figure 56 montre que les gestionnaires de données ont recours à moins de sources de données que celles utilisées par les décisionnaires. Cependant, les éléments de données les plus utilisés sont similaires entre les deux groupes: les niveaux de stock, la consommation de drogues et l'approvisionnement en médicaments.

La figure 57 montre la relation entre les décisions d'approvisionnement en médicaments, à quel niveau elles sont prises, quelles sources de données les décisionnaires utilisent, quels éléments de données sont utilisés et à quelle fréquence la décision est prise.

FIGURE 57: ÉLÉMENTS D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENT DES DÉCISIONNAIRES



La figure 57 nous montre que les districts sont en grande partie responsables de la planification et de l'attribution des approvisionnements en médicaments, tandis que les centres de santé travaillent avec les fournisseurs et sont responsables de la distribution des médicaments. Les décisionnaires se tournent vers une grande variété de sources pour trouver les informations dont ils ont besoin, y compris de nombreuses



sources informelles; parmi les trois principales sources est «téléphone». De plus, nous pouvons voir que si les niveaux de stock, la consommation de médicaments et les ruptures de stock sont les éléments de données les plus utilisés, nous voyons peu de données programmatiques utilisées pour la prise de décision. Par exemple, il serait intéressant de comparer les données de consommation de médicaments et de niveau de stock avec les données de consultation.

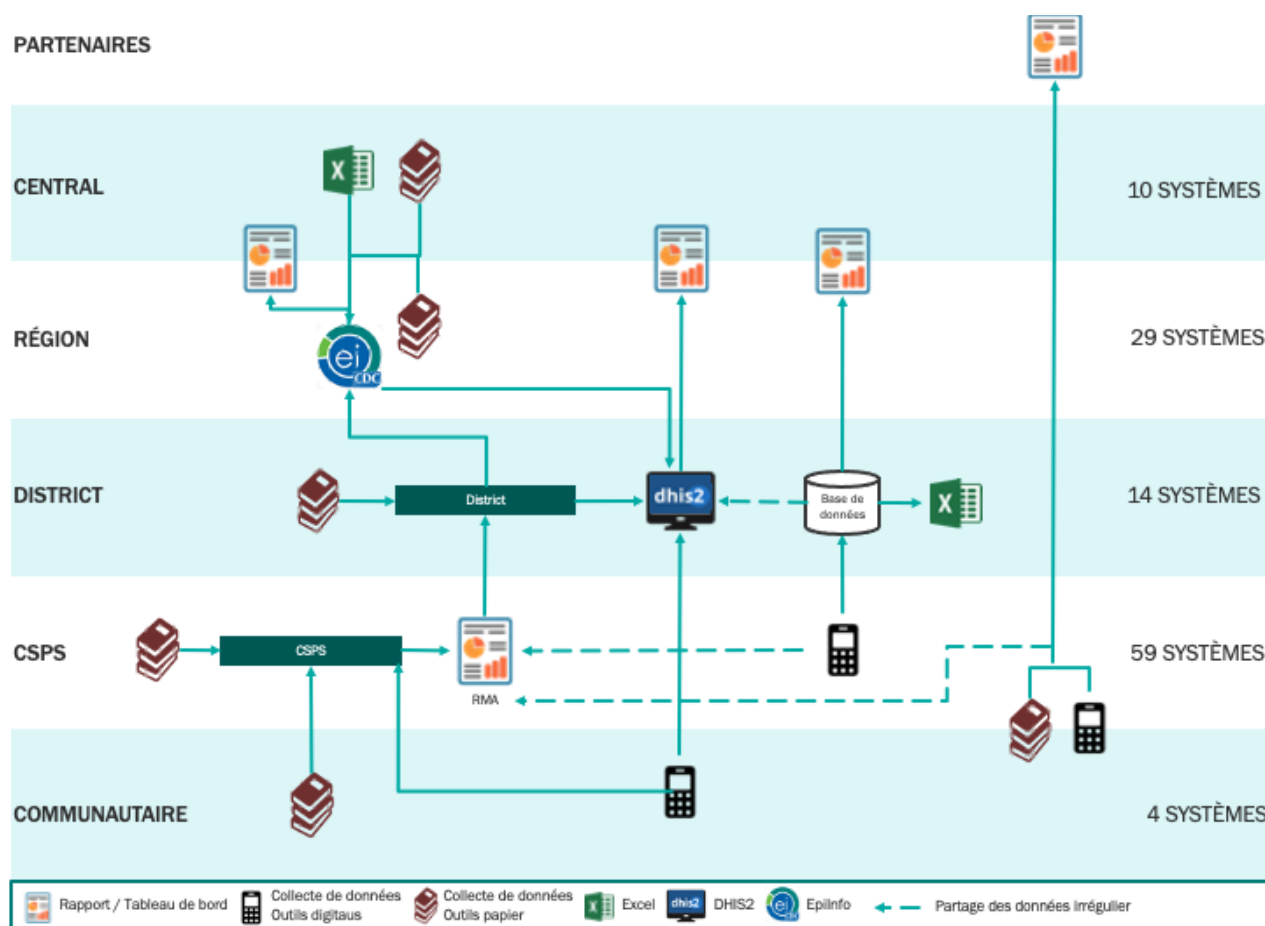
### Collecte de données

La collecte de données, qu'elle soit électronique ou sur papier, est une étape essentielle pour s'assurer que les éléments, les sources et les outils fournissent les informations nécessaires à la prise de décision. La collecte de données est nécessaire pour assurer le fonctionnement du système et remédier rapidement à toute lacune.

Cette étude a identifié au moins 110 applications et 65 registres papiers actuellement utilisés au Burkina Faso (certaines applications sont utilisées par plusieurs niveaux du système). La majorité des applications sont détenues et entretenues par le Ministère de la santé. L'annexe IV et V fournissent une liste complète des registres papiers et applications utilisés.

Au cours de cette étude, nous avons constaté que les flux de données suivaient généralement quatre canaux différents (Figure 58).

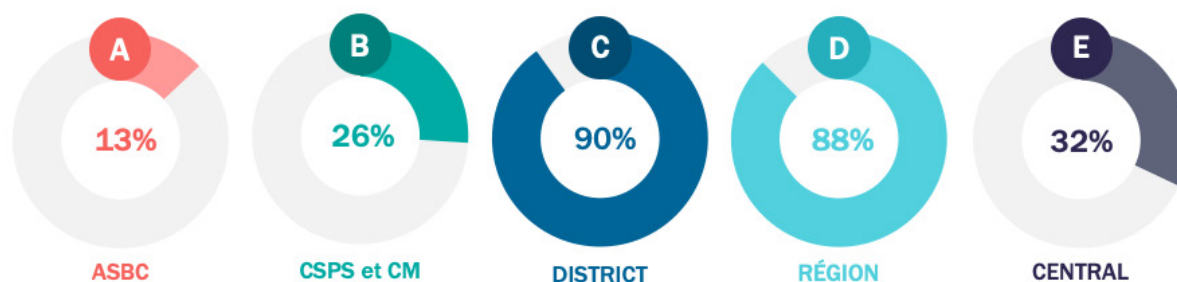
FIGURE 58: FLUX DE DONNÉES DU SNIS, AOÛT 2020.



1. Les données sont collectées au niveau communautaire ou de la formation sanitaire à l'aide de registres ou de formulaires. La formation sanitaire compile les informations dans le rapport d'activité mensuel et les envoie au district. Le district saisit les informations dans ENDOS-BF. La Région valide les données, tandis que le niveau central compilera, analysera et rendra compte des données.
2. Les données de surveillance sont collectées à tous les niveaux du système de santé dans des formulaires, des registres et Excel. Les niveaux du district, de la région ou du central saisissent ensuite les données dans Epi-Info. Epi-Info enverra les données à ENDOS-BF.
3. Des applications sont développées pour la collecte de données via des outils numériques. Les données sont directement entrées dans la base de données et sont également généralement envoyées à la formation sanitaire pour être incluses dans le RMA.
4. Les partenaires développent des applications qui collectent des données. Les données sont envoyées directement au partenaire depuis le niveau communautaire ou la formation sanitaire. Dans certains cas, les données sont également partagées avec l'installation pour inclusion dans le RMA.

Les indicateurs du SNIS font essentiellement l'objet d'un suivi aux niveaux district et au régional, et très peu de personnes interrogées aux niveaux communautaire (13%), et une minorité dans les formations sanitaires (26%) et central (32%) déclarent collecter des indicateurs (figure 59).

FIGURE 59: POURCENTAGE DE COLLECTE D'INDICATEURS SPÉCIFIQUES DU SNIS PAR NIVEAU



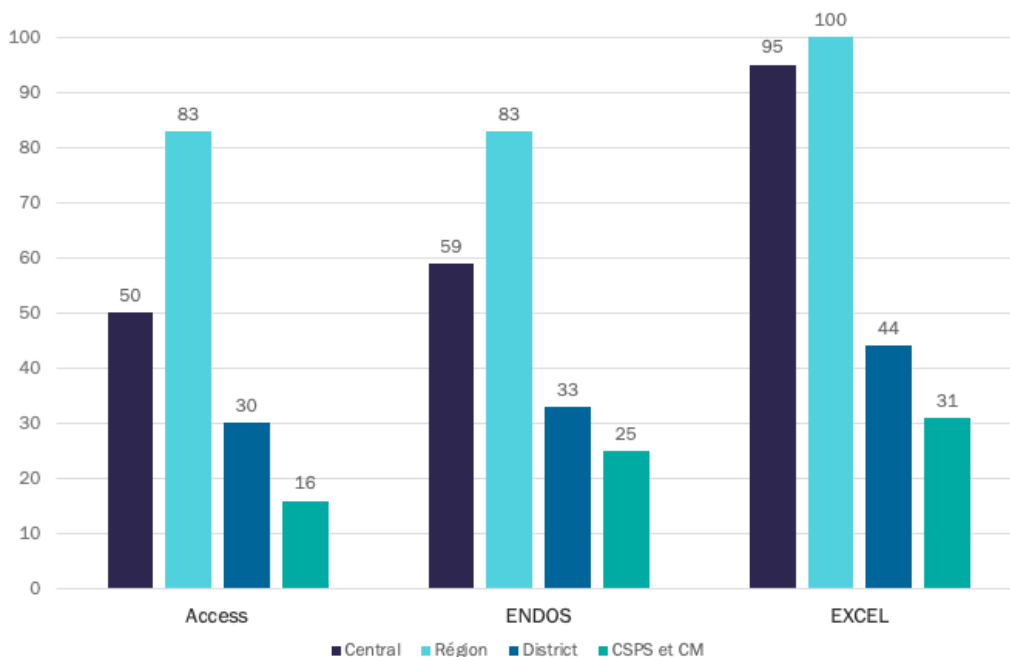
Dans la plupart des cas, les données sont saisies dans les systèmes au niveau district, examinées et approuvées au niveau régional, et analysées et disséminées par le niveau central. Cependant, le nombre d'applications et de systèmes, couplé aux quatre canaux identifiés, génère des silos d'informations et des doublons dans la collecte de données, comme on peut le voir dans le nombre d'éléments de données et de sources mis en évidence dans les figures 53 et 54 ci-dessus.

### Systèmes

Un accès adéquat à la technologie permet non seulement aux gestionnaires de données et aux décideurs d'assumer leurs rôles et responsabilités, mais garantit également des procédures efficaces et faciles à utiliser. Cette section fournit les conclusions de l'étude en ce qui concerne les technologies et applications mises à disposition des personnes interrogées.

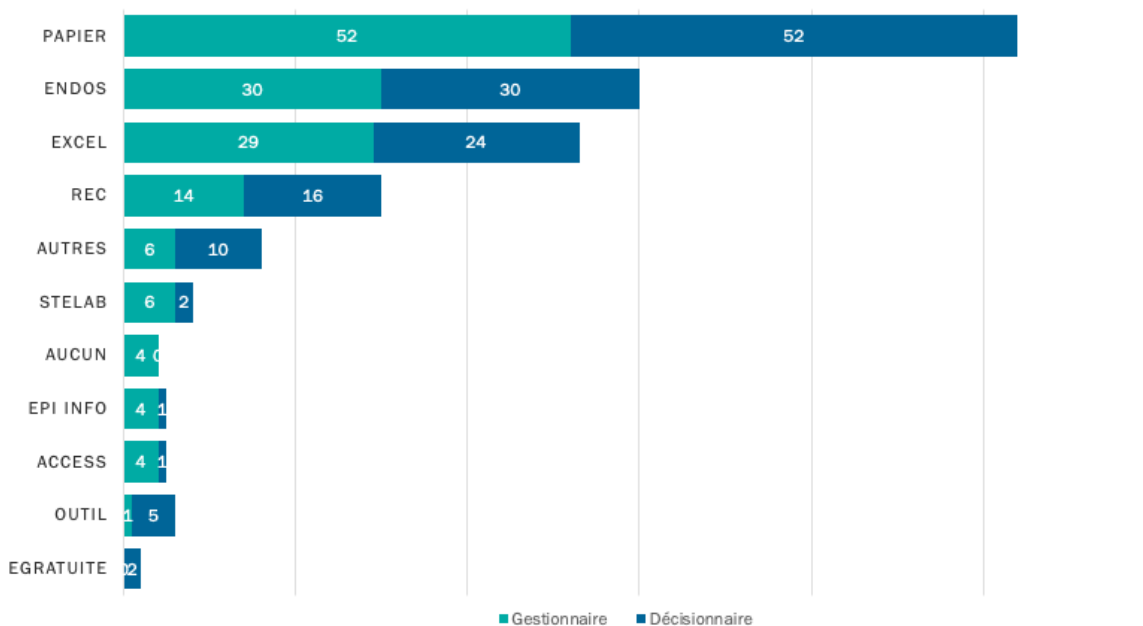
La figure 60 illustre le pourcentage de structures ayant indiqué disposer d'applications d'analyse des données. Excel est l'application la plus courante à tous les niveaux. Les structures du niveau région sont les mieux équipées en ce qui concerne toutes les applications (Access, ENDOS-BF et Excel), alors que les formations sanitaires ont fait état de l'accès le plus réduit à ces applications. Les formations sanitaires dépendent donc des autres niveaux pour agréger et analyser les données. Les structures au niveau des districts ont également fait état d'un accès limité en comparaison avec les structures du niveau central et régional, même s'ils sont plus susceptibles de disposer des applications que les formations sanitaires.

FIGURE 60: POURCENTAGE DES STRUCTURES AYANT ACCÈS AUX APPLICATIONS D'ANALYSE DES DONNÉES



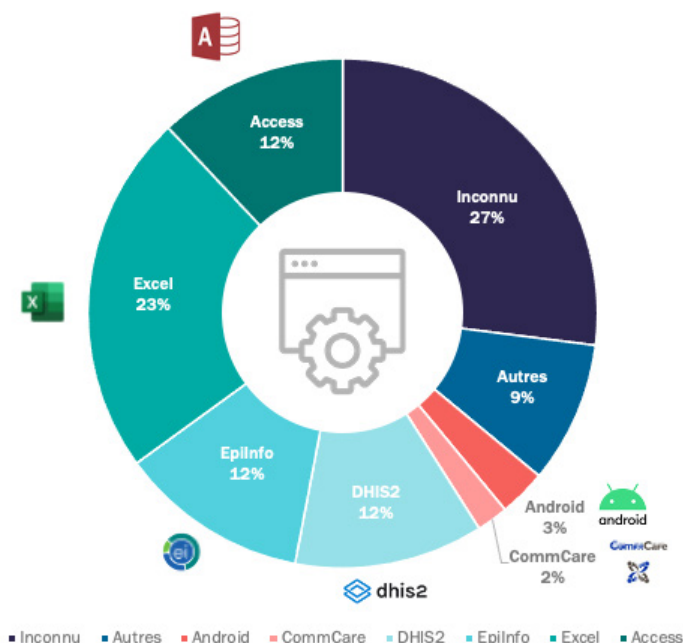
L'ampleur de l'utilisation des supports papiers et des calculs manuels au sein du SNIS a encore été soulignée lorsqu'il a été demandé aux gestionnaires de données et aux décideurs quelles applications ils utilisaient dans le cadre de leurs fonctions (figure 61). 70% des gestionnaires de données et des décideurs utilisent des outils sur support papier, et près de 40% des deux groupes utilisent ENDOS-BF et Excel. Près de 5% des gestionnaires de données ont déclaré n'utiliser aucun outil ou applications. Les applications de la catégorie « autres » correspondent notamment à CS Pro, PFPP, PPT, ESPO, [HeRAMS](#), SIMR, R, ARC-GIS, QGIS, NET SIGL, GES, TOMPRO, et [One Health](#).

FIGURE 61: LES OUTILS LES PLUS UTILISÉS PAR LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES ET LES DÉCISIONNAIRES



L'analyse a également permis d'identifier 19 types de logiciels utilisés comme détaillé dans la figure 62 ci-dessous. Excel (23%), Access (12%) et Epi-Info (12%) sont les logiciels les plus utilisés dans le système. Toutefois 27% des applications sont basées sur des logiciels qui n'ont pas pu être identifiés, les répondants n'étant pas capable de fournir les informations adéquates.

FIGURE 62: LOGICIELS UTILISÉS DANS LES APPLICATIONS DU SNIS, AOÛT 2020



La majorité des gestionnaires de données et des décideurs à tous les niveaux, à l'exception de celui des formations sanitaires, ont accès à un ordinateur. Les ASBC et le personnel des formations sanitaires ont fait état d'un faible accès aux technologies, en particulier parmi les gestionnaires de données. Les figures 63 et 64 illustrent le pourcentage de gestionnaires de données et de décideurs ayant accès à un ordinateur, une tablette ou un smartphone, à titre personnel ou par le biais de leur structure.

FIGURE 63: POURCENTAGE DE DÉCISIONNAIRES AYANT ACCÈS AUX OUTILS NUMÉRIQUES

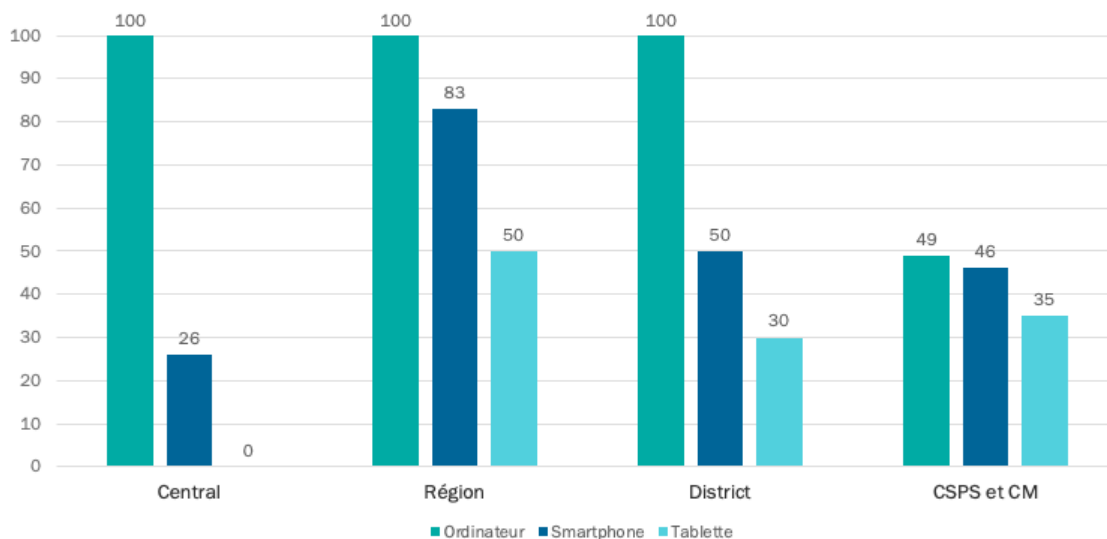
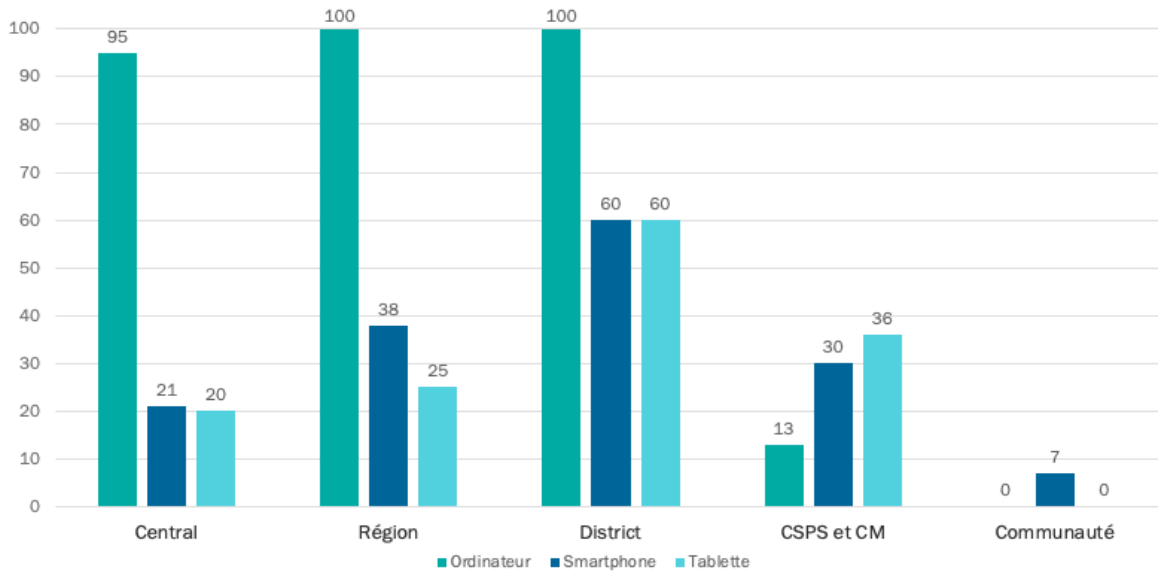




FIGURE 64: POURCENTAGE DE GESTIONNAIRES DE DONNÉES AYANT ACCÈS AUX OUTILS NUMÉRIQUES



Comme en ce qui concerne les ordinateurs, les ASBC n'ont pas accès à des tablettes, et seulement un ASBC a déclaré avoir accès à un smartphone. L'accès à des smartphones ou à des tablettes est le plus élevé parmi les gestionnaires de données au niveau des districts, suivis par les décideurs au niveau régional. De manière générale, les décideurs ont un accès aux tablettes et aux smartphones égal ou supérieur à celui des gestionnaires de données.

En ce qui concerne la propriété des équipements, presque la moitié des formations sanitaires dispose d'un téléphone ou d'une tablette dans la structure (figure 65). Ce chiffre est similaire au niveau de 33% déclaré au niveau des districts et des régions respectivement. Très peu de personnes interrogées dans les structures du niveau central (9%) ont reçu ces appareils par leur structure.

Outre la question de savoir si les ASBC disposent des compétences nécessaires pour saisir des données de qualité, ces conclusions montrent la nécessité de renforcer l'accès aux technologies des ASBC pour permettre la saisie de données, et de proposer des formations pour renforcer la culture technologique.

Les décideurs au niveau central ne sont pas familiarisés avec l'utilisation des tablettes, or ils sont responsables de l'élaboration du processus de collecte de données à l'aide de tablettes. Il importe que les décideurs s'engagent aux côtés des gestionnaires de données pour comprendre quels facteurs peuvent influencer le succès de la collecte de données à l'aide de tablettes.

FIGURE 65: POURCENTAGE DES STRUCTURES FOURNISSANT DES SMARTPHONES ET/OU DES TABLETTES PAR NIVEAU

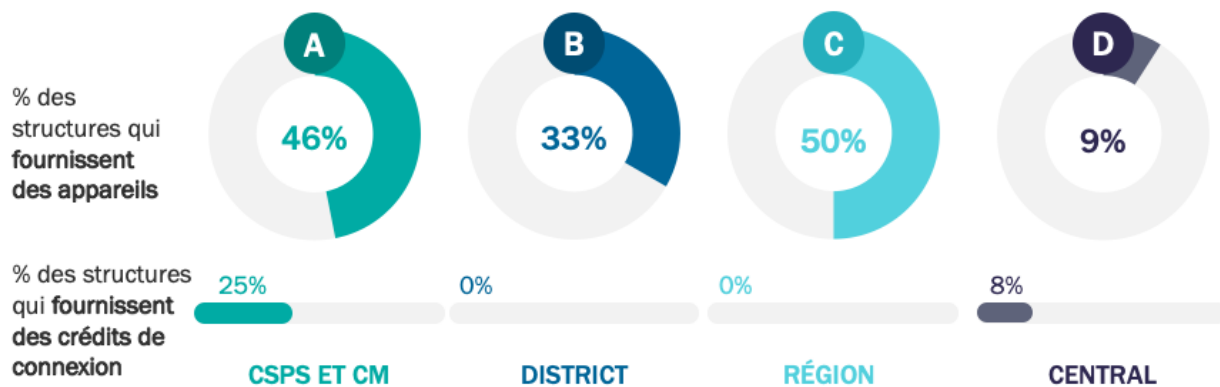




Comme nous l'avons précédemment indiqué dans la partie II, la connexion internet varie considérablement en fonction du niveau des structures (figure 66). Si pratiquement toutes les structures aux niveaux région et central ont indiqué disposer d'un accès à internet, seulement 33% des structures de niveau district et 19 % des formations sanitaires ont déclaré avoir accès à internet.

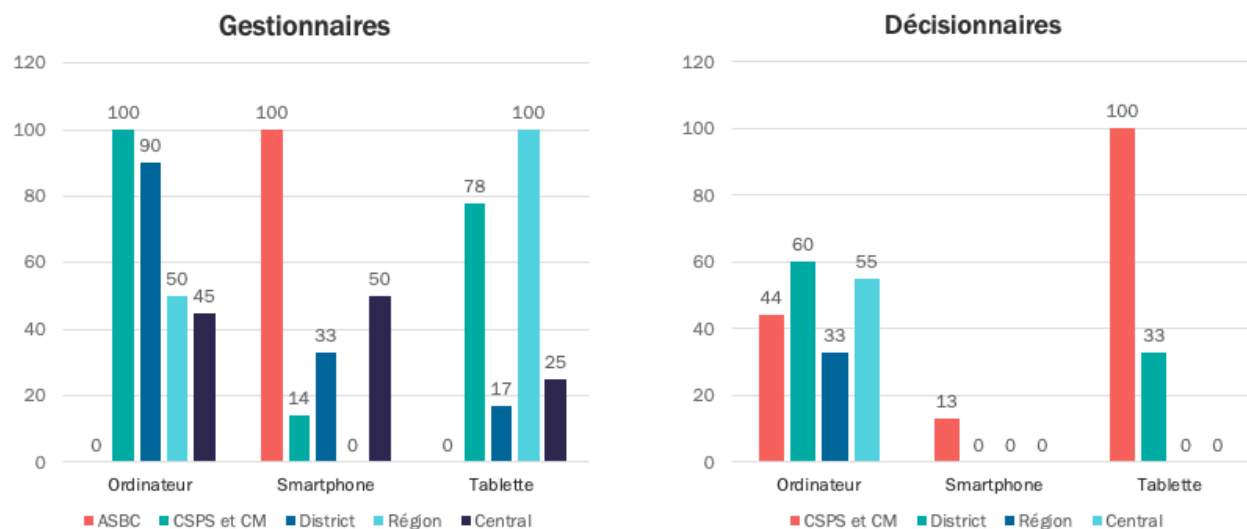
En outre, les personnes disposant d'appareils fournis par la structure sont en grande partie responsables de l'achat de leurs propres crédits de données mobiles. 25% des appareils fournis par formations sanitaires et 8% des appareils au niveau national disposent de crédits de données mobiles. Au niveau des districts et au niveau régional, aucune personne interrogée n'a déclaré disposer de crédits de données mobiles. Comme l'indiquaient un responsable CISSE de district : « La difficulté, c'est que c'est le personnel qui doit acheter les crédits de connexion ». Aussi, si certaines personnes interrogées disposent d'appareils, beaucoup ne peuvent pas les utiliser faute de connexion.

FIGURE 66: POURCENTAGE DES STRUCTURES FOURNISSANT DES CRÉDITS DE DONNÉES MOBILES



La figure 67 illustre l'étendue du problème. Il existe des variations considérables quant aux personnes disposant de crédits de données mobiles, et pour quels appareils. Par exemple, 100% des gestionnaires de données disposent de crédits de données mobiles pour leurs ordinateurs, mais seulement 13% des décisionnaires au même niveau disposent de crédits de données mobiles pour leurs téléphones. Une tendance similaire peut être observée au niveau régional où 100% des gestionnaires de données disposent de crédits de données mobiles pour leurs tablettes, alors que 0% en disposent pour leurs téléphones. Les partenaires qui fournissent des tablettes au niveau régional, fournissent généralement également des crédits de données mobiles.

FIGURE 67: POURCENTAGE DES STRUCTURES PAR NIVEAU DISPOSANT DE CRÉDITS DE CONNEXION PAR TYPE D'APPAREIL



## PROFIL DES STRUCTURES ET DES PERSONNES INTERROGÉES

Un facteur déterminant impactant les décisions, éléments, sources et systèmes qui composent le SNIS est l'individu. L'évaluation du SNIS adopte une approche centrée sur l'utilisateur qui vise à comprendre de manière globale les utilisateurs du SNIS et leurs motivations. En effet, le système ne peut fonctionner efficacement que si le personnel est qualifié, motivé et compétent. Pour compléter les sections précédentes axées sur les décisions, les éléments et les sources de données, la section suivante examine qui sont les personnes qui interagissent avec les données. Cela commence par des informations générales et démographiques pour ensuite détailler l'environnement dans lequel opère ces acteurs et évaluer les ressources auxquelles les utilisateurs ont accès, cela afin de s'assurer qu'ils ont les moyens d'entreprendre les tâches assurant le bon fonctionnement du SNIS.

### Profil des personnes interrogées

Au total 160 personnes ont été interrogées dans le cadre de la présente étude. Les personnes interrogées étaient classées en : personnes chargées de la mise en œuvre du SNIS, décisionnaires ou gestionnaires de données du SNIS. 10 personnes ont participé à l'enquête sur la mise en œuvre des activités du SNIS, 75 personnes ont participé à l'enquête destinée aux gestionnaires de données et 75 personnes ont participé à l'enquête destinée aux décisionnaires. La figure 68 illustre le nombre de gestionnaires de données et de décisionnaires par niveau et par régions. Les personnes chargées de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS se situent au niveau national et ne sont pas prises en compte dans le tableau.

FIGURE 68: PERSONNES INTERROGÉES PAR RÉGION ET PAR NIVEAU DE STRUCTURE

Individus interrogés par région			
Région	Gestionnaire	Décisionnaire	Total
Boucle du Mouhoun	12	9	21
Centre	27	37	64
Centre-Ouest	11	10	21
Centre-Sud	13	9	22
Sud-Ouest	12	10	22
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>150</b>

Individus interrogés par niveau			
Niveau	Gestionnaire	Décisionnaire	Total
CSPS et CM	23	33	56
Communautaire	15	0	15
Organisations internationales (ex: OMS)	0	3	3
District	10	10	20
Région	8	6	14
Central	19	23	42
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>150</b>

Les personnes de la région du Centre représentent 43 % des personnes interrogées, puisque cela comprend les personnes interrogées du niveau communautaire jusqu'au niveau régional (comme pour les autres régions), mais également toutes les personnes interrogées au niveau national, puisque la capitale est située dans la région du Centre.

Cependant, dès lors que l'étude vise à comprendre les liens entre les différents éléments de données, les sources et les décisions, elle se concentre sur le niveau des formations sanitaires, puisqu'il s'agit du niveau auquel la grande majorité des données sont produites, ce qui explique que les personnes interrogées au niveau des formations sanitaires représentent 37% de l'ensemble des personnes interrogées.

### Les intitulés de postes des personnes interrogées

La présente étude devait être basée sur un groupe diversifié de personnes interrogées en termes de fonctions et de responsabilités. Les intitulés de postes des gestionnaires de données interrogés, en fonction du niveau des structures, sont les suivants :

- **niveau communautaire** : ASBC
- **niveau formation sanitaire**: Infirmier et ICP
- **niveau du district** : responsable des données du district (responsable CISSE du district)
- **niveau région** : responsable des données de l'hôpital (responsable SPIH/SIH), responsable des données régional (responsable CISSE régional), responsable financier régional
- **niveau central** : gestionnaire des données, directeur du suivi interne, responsable en épidémiologie, directeur du service du suivi et des évaluations, conseiller en ressources humaines, agent chargé du suivi et des évaluations, pharmacien responsable de la chaîne d'approvisionnement, agent statistique



Les intitulés de postes des décisionnaires interrogés, en fonction du niveau des structures, sont les suivants :

- **niveau organisation internationale** : conseiller en système de santé, directeur de la section nutrition santé, économiste principal, consultant en matière de santé
- **niveau formation sanitaire** : ICP
- **niveau district** : Médecin-chef du district (MCD)
- **niveau région** : directeur d'hôpital (Directeur Général de l'hôpital) directeur régional de la santé (DRS)
- **niveau national** : Directeur Général du budget, Coordinateur, représentant du directeur général, directeur des systèmes d'évaluation et d'information, directeur du service d'archivage de la documentation, directeur général de la prestation de soins, directeur du département de protection contre les maladies, directeur du contrôle interne du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS), directeur du suivi et l'évaluation, coordinateur du programme sur la tuberculose.

### La durée de maintien en fonction

Soixante-dix pour cent (70%) des décisionnaires au sein des formations sanitaires ont conservé leurs fonctions pendant deux ans ou plus. Par contre, presque 80% des décisionnaires au niveau central ont conservé leur fonction pendant moins de deux ans, comme le montre la figure 69. De manière générale, les personnes interrogées au niveau communautaire et des formations sanitaires ont conservé leurs fonctions plus longtemps que les personnes à d'autres niveaux.

**Presque 80% des décisionnaires au niveau central ont conservé leur fonction pendant moins de deux ans.**

FIGURE 69: NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE POUR LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES ET DÉCISIONNAIRES

#### GESTIONNAIRE

	Communautaire	CSPS et CM	District	Région	Central
Moins d'un an	1	4		1	
1-2 ans		7	1	1	9
2-5 ans	11	3	7	3	8
5-10 ans	1	7	2	2	1
Plus de 10 ans	2	2		1	1

**70% des décideurs des CSPS et CM sont en poste depuis plus de 2 ans**

#### DÉCISIONNAIRE

	Communautaire	District	Région	Central	Organisation Internationale
Moins d'un an	2	6		11	1
1-2 ans	8	1	4	7	1
2-5 ans	13	2	2	3	1
5-10 ans	10	1		1	
Plus de 10 ans				1	

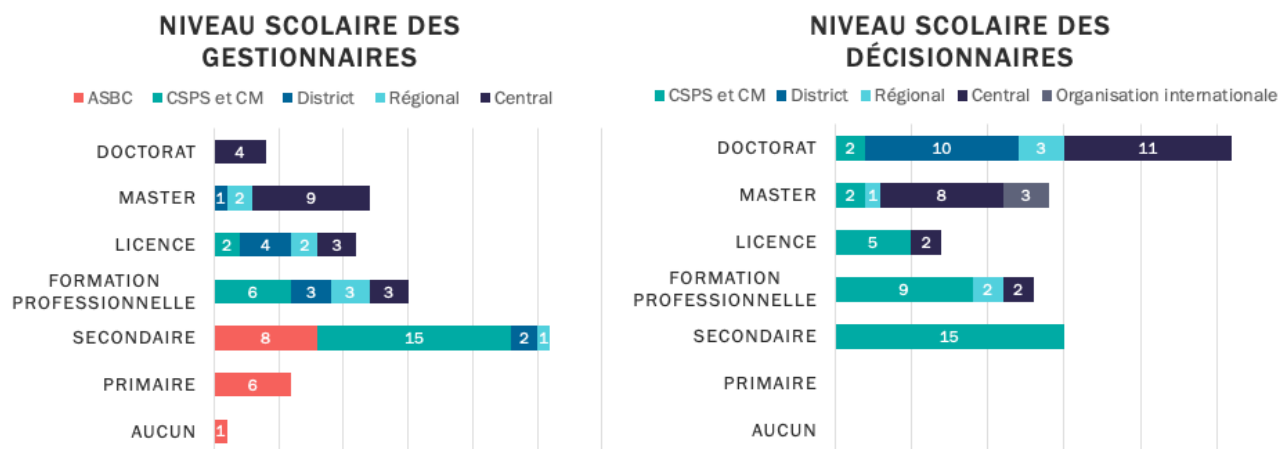
**Près de 80% des décideurs au niveau central exercent leur rôle depuis moins de 2 ans.**



## Le niveau d'étude

La figure 70 illustre les profils de formation des décisionnaires et des gestionnaires de données interrogés. La majorité des gestionnaires de données ont fait des études secondaires, et les titulaires d'une formation professionnelle ou d'une licence sont également courants dans la cohorte. Les décisionnaires ont généralement fait des études supérieures ; 26 ont indiqué être titulaires d'un doctorat, ce qui n'était le cas que de 4 gestionnaires de données.

FIGURE 70: NIVEAU D'ÉTUDES DES GESTIONNAIRES DE DONNÉES ET DES DÉCISIONNAIRES INTERROGÉS



Les ASBC, en comparaison avec les autres personnes interrogées, ont un niveau d'études nettement inférieur. Si tous les autres types de décisionnaires et de gestionnaire des données ont au moins terminé des études secondaires, seulement 53% des ASBC interrogés ont fait des études secondaires. 6% ont indiqué n'avoir pas fait d'études et les 41% restants ont terminé un enseignement primaire. Aucun ASBC interrogé n'a obtenu un diplôme ou une formation supplémentaire au-delà des études secondaires. 53% des décisionnaires sont titulaires d'une maîtrise ou d'un diplôme supérieur, ce qui n'est le cas que de 21% des gestionnaires de données.

## L'ENVIRONNEMENT OPÉRATIONNEL DES GESTIONNAIRES DE DONNÉES ET DES DÉCISIONNAIRES

La section suivante fournit un aperçu de l'environnement du SNIS dans lequel les utilisateurs (gestionnaires de données et décisionnaires) opèrent. Cette section fournit des informations concernant les utilisateurs individuels, en se concentrant en particulier sur la culture technologique, la disponibilité des technologies, l'infrastructure, les rôles et les responsabilités en matière de données.

### Infrastructures

On observe d'importantes différences en ce qui concerne les infrastructures physiques et les sources d'énergie. La figure 71 illustre les sources d'énergie disponibles par type de structures et indique le pourcentage des structures ayant accès à un générateur de secours.

La source d'énergie la plus courante dans les structures est le raccordement au réseau électrique (SONABEL), qui constitue la principale source d'énergie de toutes les structures aux niveaux régional et central. La deuxième source d'énergie la plus courante résulte des panneaux solaires, sachant qu'il existe un pourcentage égal de CSPS raccordés au réseau (44%) et disposant de panneaux solaires (44%). Les seules structures déclarant n'avoir pas accès à l'électricité se situent au niveau des formations sanitaires.



FIGURE 71: : SOURCES D'ÉLECTRICITÉ PAR TYPE DE STRUCTURE

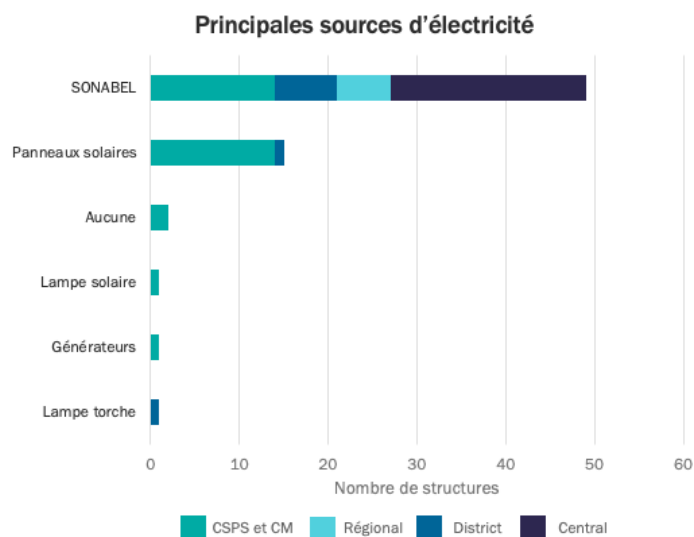
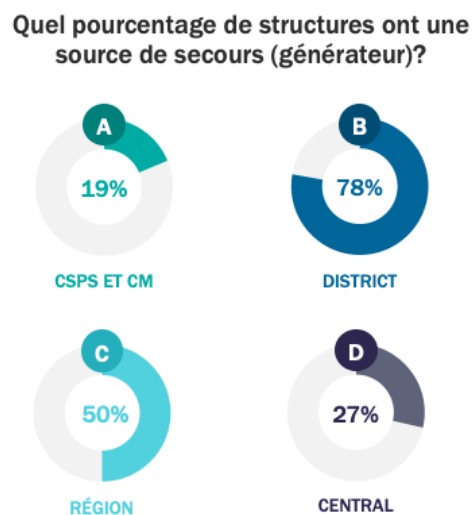


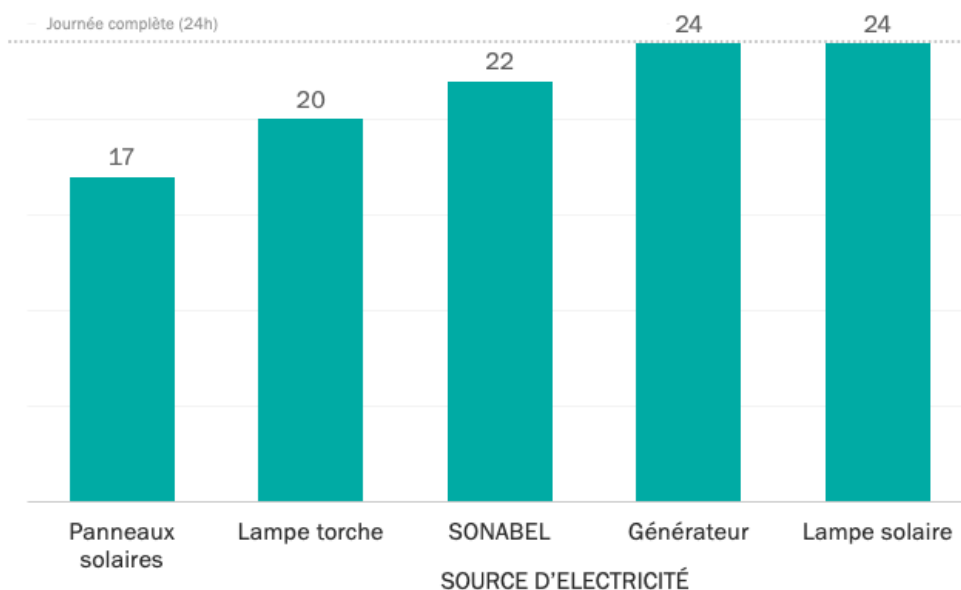
FIGURE 72: POURCENTAGE DES STRUCTURES DISPOSANT D'UN GÉNÉRATEUR DE SECOURS



La plupart des structures au niveau des districts (78%) et au niveau régional (50%) dispose d'un générateur de secours, ce qui n'est le cas que de 27% des structures au niveau central (Voir figure 72). Les formations sanitaires sont les moins susceptibles de disposer d'un générateur de secours, puisque tel est le cas de 19% des CSPS et CM.

Le nombre moyen d'heures d'accès à l'électricité par jour varie en fonction de la source d'énergie (figure 73). Les lampes solaires et les générateurs fournissent de l'électricité en permanence (24 heures par jour), suivis par le raccordement au réseau (22 heures par jour) et les lampes torches (20 heures par jour). Les panneaux solaires, qui constituent la source d'énergie la plus courante parmi les formations sanitaires, fournissent le nombre d'heures le plus bas, à savoir 17 heures par jour.

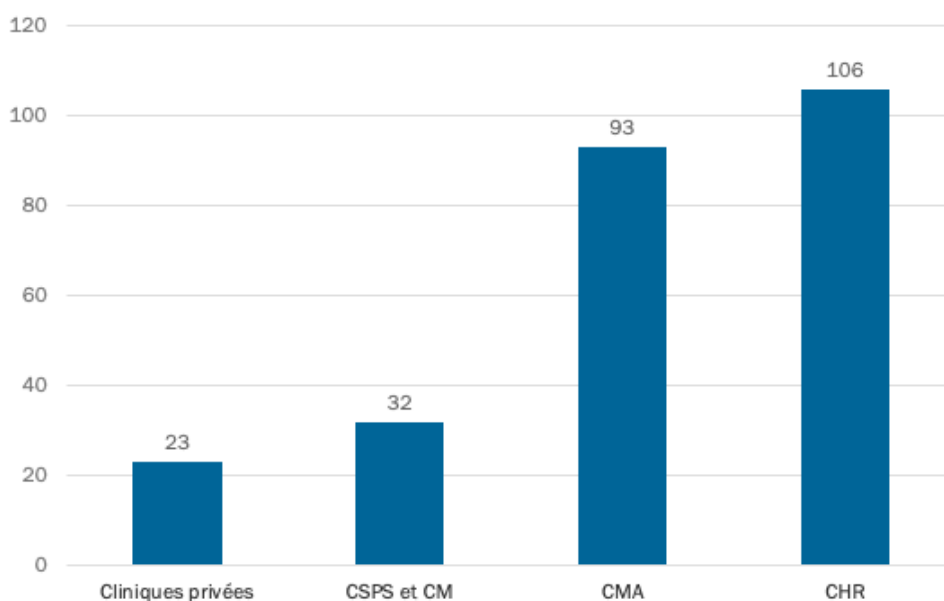
FIGURE 73: NOMBRE MOYEN D'HEURES D'ACCÈS À L'ÉLECTRICITÉ PAR JOUR ET PAR SOURCE



Il convient d'observer que trois structures disposant de panneaux solaires ont indiqué ne disposer d'aucune heure d'électricité par jour. Cela souligne la nécessité de prévoir un entretien des panneaux ou de veiller à ce que les structures sachent comment les utiliser. Certaines personnes interrogées ont indiqué que l'électricité constituait un enjeu pour la mise en œuvre des tâches de collecte et d'analyse des données.

Ces observations ont des implications importantes dans la perspective de décentraliser la saisie des données au niveau communautaire et des formations sanitaires. Ces niveaux doivent d'abord avoir accès à la technologie pour saisir les données, puis à l'internet et à l'électricité pour être capables de synchroniser les données avec les serveurs du Ministère de la Santé. Si ces ressources nécessaires font défaut, cela peut gravement entraver la collecte, la saisie, l'accès aux données et l'utilisation des données.

FIGURE 74 : NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PAR JOUR PAR TYPE DE STRUCTURE



### La charge de travail et le personnel

Les gestionnaires de données ont indiqué le nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux activités liées aux données (figure 74). Globalement, les données observées reflètent la structure générale du flux de données, dans laquelle les données sont collectées au niveau communautaire ou des formations sanitaires, puis transférées aux districts pour être introduites dans ENDOS. Le district consacre le plus grand nombre d'heures chaque mois aux activités de collecte des données.

Le fait que les gestionnaires de données et les décideurs disposent du temps nécessaire pour exercer leurs fonctions est essentiel pour le bon fonctionnement du système sanitaire. Des personnes débordées de travail ou le manque de personnel au regard du volume de travail entraîne un surmenage et certaines tâches sont négligées ou omises. Cette section consacrée aux ressources humaines et à la charge de travail fournit un aperçu du fonctionnement actuel du système sanitaire national au regard des ressources humaines.

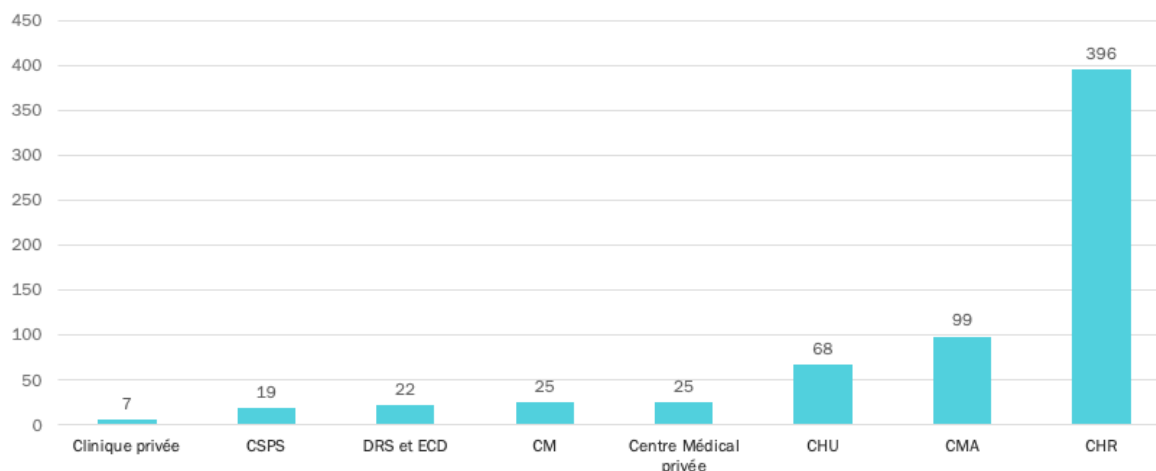
Le nombre moyen de patients par jour est le plus élevé dans les hôpitaux, et est comparativement très faible dans les centres de soins de santé primaire (figure 74).





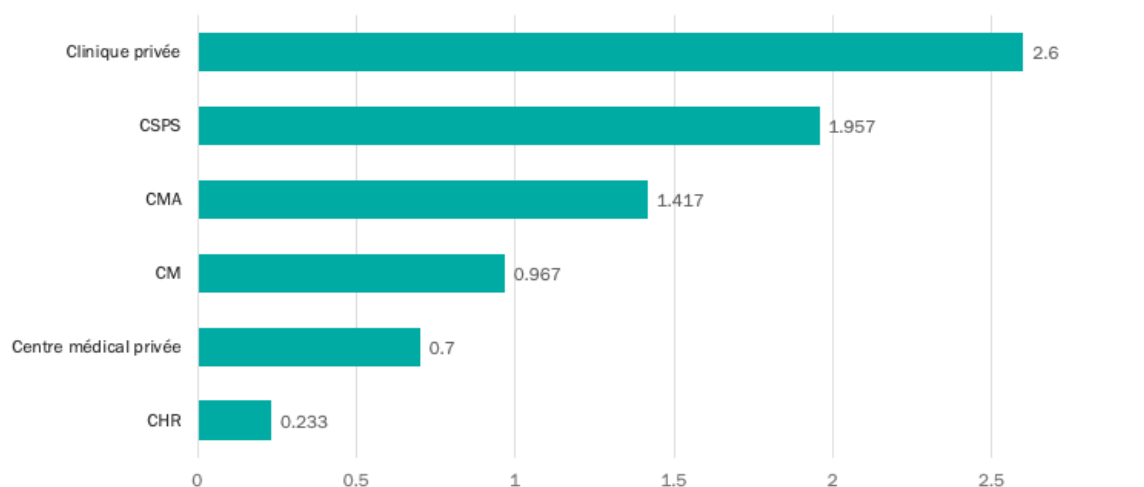
Cependant, comme le montre la figure 75, les hôpitaux régionaux et CMA disposent également du nombre le plus élevé de membres du personnel, les hôpitaux régionaux disposant d'environ quatre fois plus de personnel que les hôpitaux de district. Les centres de soins de santé privés affichent le plus petit nombre de membres du personnel, mais également du plus petit nombre de patients.

**FIGURE 75: NOMBRE MOYEN DE MEMBRES DU PERSONNEL PAR TYPE DE STRUCTURE**



Lorsque ces données sont agrégées sous forme de ratio (figure 76), il apparaît que les centres de soins de santé primaire privés affichent le nombre le plus élevé de patients par membres du personnel (2.6). Les centres de soins de santé primaire publics ont également environ deux patients par membres du personnel. En outre, même si les hôpitaux régionaux ont le volume de patients le plus élevé, ils ont le nombre le plus bas de patients par membres du personnel (0.233), suivi par les centres médicaux privés (0.7).

**FIGURE 76: RATIO DU NOMBRE DE PATIENTS PAR MEMBRES DU PERSONNEL PAR TYPE DE STRUCTURE**



## PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

La partie III fournit un aperçu global du fonctionnement du système national d'information sanitaire dans la perspective de l'utilisateur. Les conclusions ont montré qui sont les gestionnaires de données et des décisionnaires en tant qu'utilisateurs, ainsi que l'environnement dans lequel ils opèrent pour remplir leurs rôles et responsabilités. Les données, les sources et les applications de collecte de données clés utilisés pour prendre des décisions critiques ont été identifiés. Sur cette base, les forces, faiblesses, opportunités et menaces ont été identifiées :

### Forces :

- **Feedback positif des décisionnaires** : les décisionnaires ont réagi positivement à la manière dont les données leur sont présentées.
- **Production documentaire** : des documents statistiques et d'analyse sont élaborés et partagés dans tout le système de santé.
- L'électricité est régulièrement disponible dans la plupart des structures.

### Faiblesses :

- **Manque de familiarité avec la technologie** : les ASBC et les personnels des formations sanitaires ont peu d'expérience des outils numériques.
- **Faible disponibilité de matériel informatique et de logiciels** : les ordinateurs, les appareils et les logiciels d'analyse de données sont rarement disponibles aux niveaux les plus bas du système de santé. Des ordinateurs et des équipements sont nécessaires pour numériser la collecte de données.
- **Multiplicité des supports numériques et papier** : les mêmes données sont demandées par plusieurs décisionnaires et collectées via des outils et support différents. Ce travail en silo est inefficace et réduit l'accessibilité aux données.
- **Manque d'accès à internet** aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- **Limites dans la collecte des données** : pour certains programmes, la collecte des données est excessive ou insuffisante.
- **Manque d'accessibilité aux données brutes** : les décisionnaires (notamment aux niveau district) ont demandé un accès aux données brutes pour pouvoir contrôler les données qui leur sont présentées. Dans de nombreux cas, les données sont présentées sous forme agrégée et sur support papier.
- **Qualité des données des du niveau communautaire** : les décisionnaires ont indiqué que la qualité des données communautaires était source de préoccupation. Les registres sont essentiellement disponibles au niveau des formations sanitaires, mais les ASBC n'ont généralement pas accès à des registres pour collecter des données.
- **Rotation du personnel** : 80% des décisionnaires sont en poste depuis moins de deux ans. Cela réduit grandement la mémoire institutionnelle du Ministère de la santé et pourrait entraver la mise en œuvre des plans stratégiques et activités.

### Opportunités :

- **Former le personnel des formations sanitaires et niveau communautaire aux outils numériques**: Avant de décentraliser la saisie des données, des formations peuvent être nécessaires pour améliorer la culture numérique
- **Décentraliser et automatiser l'analyse des données** : les données sont analysées manuellement au niveau communautaire et des formations sanitaires. Si la plupart des analyses sont réalisées au niveau régional, les structures élaborent souvent des présentations et exposent des données à des niveaux supérieurs.



Au stade de la décentralisation de la saisie des données, il est possible de mettre en place des applications permettant d'automatiser l'analyse des données au niveau des formations sanitaires, de renforcer la culture d'utilisation des données et de prise de décision au niveau des formations sanitaires, et de former les personnes à l'analyse des données et/ou à l'utilisation des logiciels.

Les procédures d'analyse des données peuvent être automatisées au niveau des formations sanitaires et des districts en ce qui concerne les indicateurs clés par le biais de l'application mobile ENDOS-BF.

La décentralisation de la saisie des données permettra également aux décideurs d'avoir une visibilité sur les données au niveau le plus bas.

- **Doter le personnel de santé en crédit de données mobile** : les crédits de données mobiles peuvent constituer une bonne option pour renforcer l'accès à internet pour permettre la saisie de données et l'échange d'informations.
- **Améliorer la présentation des données** : la présentation des données peut être améliorée en rendant les données accessibles. Les personnes qui présentent les données peuvent renforcer leur qualité, leur exhaustivité et leur actualité pour faciliter la prise de décision.
- **Améliorer la collecte et le traitement des données via une rationalisation des outils** : les personnes interrogées ont mentionné de multiples applications de collecte de données. Il est possible de promouvoir et de soutenir certaines applications spécifiques pour uniformiser la collecte de données dans les différentes structures. Il est également possible de rationaliser les registres pour veiller à ce que les registres soient pertinents pour la collecte de données et la prise de décision.
- **Favoriser le partage des productions statistiques** : Il est possible de veiller à ce que les produits de données soient échangés jusqu'au niveau communautaire. Cela peut être fait aisément en échangeant des versions papier pendant les visites de contrôle de soutien.
- **Renforcer l'interopérabilité des applications** : Le Ministère de la Santé a commencé un travail de définition des normes d'interopérabilité via sa collaboration avec Measure Evaluation et le soutien de l'OMS. Ce travail doit être poursuivi pour permettre une rationalisation des outils utilisés et des futurs outils mis en place.
- **Renforcer la documentation des activités et projets du Ministère et créer un référentiel en ligne où la documentation serait accessible**

### Menaces :

- **Faible niveau d'études des ASBC** : lors de l'enquête sur le terrain, Xpertis Consulting a constaté que deux tiers des ASBC interrogés dans le cadre de l'étude avaient des difficultés à comprendre et à répondre au questionnaire en français, et qu'un grand nombre de personnes demandait que les questions soient traduites dans la langue locale. Cela, en combinaison avec le taux élevé d'illettrisme au Burkina Faso et le fait que les ASBC ont le niveau d'études le plus bas de toutes les personnes interrogées, est une considération importante à prendre en compte dans la perspective de la décentralisation.
- **Investissement coûteux dans les infrastructures et équipements** : doter les structures en appareils, en application et en logiciel peut représenter un investissement coûteux
- **Situation sécuritaire** : les formations sanitaires (et le matériel) peuvent être pris pour cible.

**Le taux élevé d'illettrisme au Burkina Faso et le fait que les ASBC ont le niveau d'études le plus bas de toutes les personnes interrogées, est une considération importante à prendre en compte dans la perspective de la décentralisation.**





## CONCLUSION

À partir des informations fournies par les décisionnaires, les gestionnaires de données et d'autres utilisateurs clés du SNIS, cette étude a évalué le succès de la mise en œuvre plan stratégique du SNIS (2010-2020) et le fonctionnement du SNIS dans son ensemble.

Cette étude a révélé que le plan stratégique du SNIS a été mis en œuvre avec un certain succès. Certaines améliorations ont également été suggérées et pourront être reprises dans l'élaboration du plan stratégique. Parmi les réalisations importantes, citons la création de ENDOS-BF, la rédaction des protocoles et des documents requis et l'utilisation des données d'enquête et de recensement pour éclairer la prise de décisions et la programmation. Il y a eu un certain degré de coordination tout au long de la mise en œuvre, des applications de santé digitale ont été déployées avec succès et les comptes nationaux de la santé ont été publiés chaque année. Ces réalisations ont considérablement amélioré le SNIS pendant la période de mise en œuvre du plan stratégique.

Cette étude a également mis en avant des points à améliorer, à la fois en ce qui concerne certains des objectifs du plan stratégique du SNIS qui n'ont pas été atteints au cours des 10 dernières années et les difficultés auxquelles les gestionnaires de données et les décisionnaires sont actuellement confrontés dans leur rôle au quotidien. Ces améliorations garantiront que les utilisateurs disposent des outils nécessaires pour assurer un bon fonctionnement du SNIS. Tout d'abord, les résultats ont révélé qu'une évaluation à mi-parcours n'a pas été réalisée dans ce dernier plan stratégique ; il est recommandé qu'à mi-chemin de la mise en œuvre du prochain plan stratégique, une évaluation soit menée pour déterminer si des révisions ou un changement de cap sont nécessaires. Ensuite, une conclusion générale est également que l'information ne circule pas uniformément à tous les niveaux du système, qu'il s'agisse de plans d'action ou de documents de procédure et de production statistique. Enfin, assurer que le secteur privé participe plus activement à la collecte et à la transmission des données permettrait également au SNIS de fournir une vision plus précise de l'ensemble du système de santé, ce qui fait actuellement défaut.

En ce qui concerne le SNIS dans son ensemble, plusieurs idées ont été soulevées qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent devenir des freins au bon fonctionnement du système. L'accès à la technologie (ordinateurs, smartphones, tablettes) reste faible, en particulier aux niveaux inférieurs. Cela rend la collecte, la saisie et le partage de données difficiles - un défi qui sera exacerbé en cas de décentralisation vers les niveaux périphériques. La capacité des acteurs du niveau communautaire et des formations sanitaires à utiliser les outils numériques et le niveau d'alphabétisation des ASBC soulèvent également des questions. Des formations sur l'utilisation de la technologie, les applications, l'analyse des données et la validation des données peuvent être nécessaires car les résultats ont montré que seulement une minorité des ASBC et du personnel des formations sanitaires ont reçu de telles formations et beaucoup ne savaient pas qui valide les données. Par conséquent, le défi est double à la fois dans l'accès à la technologie et les compétences nécessaires pour faire fonctionner les outils numériques dans la collecte et le traitement des données.



Lorsque ces appareils (ordinateur, smartphone, tablette) sont disséminés dans les structures, ils doivent être suivis de manière cohérente et standardisée pour garantir leur accès et leur longévité. Actuellement, les résultats montrent que le suivi du matériel numérique des appareils du Ministère de la Santé est fait de manière ad hoc. Une formation du personnel dédié à la maintenance de ces ordinateurs permettrait également de réduire la nécessité de faire appel à des prestataires externes pour résoudre les problèmes techniques. Les résultats ont également montré que, l'accès à la technologie étant faible à certains niveaux, certains utilisateurs ont eu recours à des appareils personnels. Cela pose des problèmes de sécurité ; à l'avenir, les politiques de sécurité des données doivent être revues pour s'assurer que l'information sanitaire soit stockée en toute sécurité.

D'autres inefficiences du système actuel ont également été identifiées, notamment le fait que le calcul des indicateurs soit effectué en majorité de manière manuelle aux niveaux périphériques. L'accès à des applications et logiciels, tels qu'Excel, qui facilitent ces processus et réduisent les erreurs pourrait être facilité. Comme mentionné ci-dessus, des formations sur l'utilisation de ces logiciels et applications permettront aux utilisateurs d'accomplir ces tâches. Cela contribuera en outre à réduire une autre limite du système, à savoir que les données circulent en majorité via des supports papier.

Un manque d'infrastructures vitales, en particulier d'accès à Internet et au réseau électrique, a été signalé. Les répondants ont réitéré que cela entravait considérablement leur capacité à accomplir les tâches de collecte et de traitement des données. Fournir des crédits de données mobiles est un moyen moins coûteux et plus efficace de s'assurer que les données peuvent être téléchargées et que les informations sont partagées et circulent dans le système. S'assurer que des sources alternatives d'électricité soient disponibles, telles que des générateurs, et entretenues si nécessaire (comme avec des panneaux solaires) garantira que les installations et les outils numériques soient chargés et prêts à l'utilisation.

Les personnes interrogées ont également signalé un manque de cohérence en ce qui concerne les sources de données et les registres. Les gestionnaires de données et les décisionnaires ne saisissent et n'utilisent pas, respectivement, des données provenant des mêmes sources. La rationalisation des registres et sources de données permettra aux deux parties de savoir où les informations doivent être placées et trouvées. L'enquête indique également une sur et sous- collection des données pour certains indicateurs et programmes, ce qui souligne le manque de cohérence dans les sources de données. Réduire le nombre d'applications, logiciels, et base de données renforcerait et permettrait de créer une cohérence dans les sources de données.

Enfin, les normes pour les supervisions de soutiens devraient être revues, notamment en ce qui concerne l'évaluation des agents : 25% des répondants ont déclaré n'avoir reçu aucun feedback. En permettant aux ASBC et au personnel des formations sanitaires de comprendre ce qu'ils font bien et dans quels domaines ils peuvent s'améliorer, la capacité des utilisateurs dans la collecte et le traitement des données augmentera, améliorant la qualité des données et son bon fonctionnement.

Bien que le Ministère de la santé ait mis en œuvre de nombreuses réalisations via l'implémentation du plan stratégique du SNIS 2010-2020, cette étude a mis en lumière des pistes d'amélioration qui peuvent être suivies au cours des cinq prochaines années. Ces améliorations garantiront que les utilisateurs sont en mesure de s'acquitter efficacement de leurs responsabilités et permettront d'améliorer la qualité de l'information sanitaire.



# ANNEXES

## ANNEXE I : CARTE DE SCORE DE L'ÉVALUATION DU PLAN STRATÉGIQUE DU SNIS 2010-2020 PAR INTERVENTION PRIORITAIRE

OBJECTIF	INTERVENTION PRIORITAIRE	NOTE
<b>Objectif 1 :</b> Renforcer la coordination dans l'ensemble du SNIS et la concertation avec des partenaires	<b>1.1:</b> Élaboration de normes et de procédures de gestion de l'information sanitaire	✓
	<b>1.2:</b> Mise en place d'un mécanisme fonctionnel de coordination des sous-systèmes	—
<b>Objectif 2 :</b> Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan stratégique du SNIS	<b>2.1:</b> Élaboration et mise en œuvre de plans d'action annuels du SNIS	—
	<b>2.2:</b> Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique	✗
	<b>2.3:</b> Élaboration du nouveau plan stratégique	✗
<b>Objectif 3 :</b> Renforcer les ressources humaines du SNIS sur le plan qualitatif et quantitatif	<b>3.1:</b> Actions de plaidoyer pour le renforcement des capacités au profit du SNIS	—
	<b>3.2:</b> Réalisation des formations continues et initiales	—
<b>Objectif 4 :</b> Renforcer les infrastructures et équipements au profit du SNIS	<b>4.1:</b> Construction de locaux adéquats pour la Direction Générale des Études et des Statistiques Sanitaires (DGESS)	✓
	<b>4.2:</b> Acquisition d'équipements pour la DGESS	✓
	<b>4.3:</b> Renforcement de l'équipement informatique et des structures du SNIS	—
<b>Objectif 5 :</b> Développer une architecture de communication intégrée pour la gestion des données sanitaires	<b>5.1:</b> Élaboration d'un plan de mise en réseau des structures de gestion de l'information sanitaire	—
	<b>5.2:</b> Renforcement de la connexion internet du Ministère de la Santé	✗





OBJECTIF	INTERVENTION PRIORITAIRE	NOTE
<b>Objectif 6 :</b> Accroître le financement en faveur du SNIS	<b>6.1:</b> Plaidoyer pour le financement du plan stratégique	—
<b>Objectif 7 :</b> Disposer des résultats d'enquête et de recensement à temps pour les cycles de planification	<b>7.1:</b> Développement de la concertation avec l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) pour disposer à temps des données issues du recensement et des enquêtes démographiques	✓
	<b>7.2:</b> Renforcement des sources de données par la réalisation d'enquêtes spécifiques	✓
<b>Objectif 8 :</b> Harmoniser les sources de données pour le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux	<b>8.1:</b> Mise à la disposition à tous les niveaux du système des données de population nécessaires au calcul des indicateurs sanitaires	✓
	<b>8.2:</b> Mise à jour et diffusion des métadonnées du SNIS	—
<b>Objectif 9 :</b> Adapter les indicateurs et les outils de collecte à l'évolution des besoins en matière d'information sanitaire	<b>9.1:</b> Révision des indicateurs du SNIS	—
	<b>9.2:</b> Évaluation et révision tous les 5 ans des outils de collecte des données	—
	<b>9.3:</b> Approvisionnement régulier de toutes les structures en support de collecte de données de routine	✓
<b>Objectif 10 :</b> Améliorer le traitement et l'archivage des informations sanitaires aux différents niveaux du système	<b>10.1:</b> Mise en place d'un outil intégré et performant de traitement et de partage de l'information sanitaire à tous les niveaux	—
	<b>10.2:</b> Conception d'un logiciel de traitement des données pour les hôpitaux	✓
	<b>10.3:</b> Élaboration d'un plan directeur du Système d'Information Hospitalier (SIH)	✗
<b>Objectif 11 :</b> Améliorer la qualité des données produites par le SNIS	<b>11.1:</b> Réalisation des supervisions spécifiques	—
	<b>11.2:</b> Organisation des activités de validation des données au niveau régional	✓
	<b>11.3:</b> Réalisation du contrôle de la qualité des données du SNIS	✓





OBJECTIF	INTERVENTION PRIORITAIRE	NOTE
<b>Objectif 12</b> : Améliorer l'exhaustivité des données	<b>12.1:</b> Amélioration de l'exhaustivité des données au niveau des formations sanitaires privées et confessionnelles	—
	<b>12.2:</b> Développement d'un système de collecte des données au niveau communautaire	—
<b>Objectif 13</b> : Renforcer la production et l'échange d'informations sanitaires	<b>13.1:</b> Préparation des principales publications statistiques actuelles au niveau national	—
	<b>13.2:</b> Renforcement de la production statistique au niveau régional	—
	<b>13.3:</b> Développement des comptes nationaux de la santé	✓
	<b>13.4:</b> Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire	—
	<b>13.5:</b> Formation de décideurs locaux, de leaders d'opinion et de médias notamment à l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision	—
<b>Objectif 14</b> : Rendre l'information disponible en temps réel	<b>14.1:</b> Création du site internet du SNIS	✗
	<b>14.2:</b> Mise en ligne de l'entrepôt de données	✗

✓ Activités pleinement réalisées

— Activités partiellement réalisées

✗ Activités non réalisées



## ANNEXE II : DOCUMENTS UTILISÉS POUR LA REVUE DOCUMENTAIRE

Les documents de la liste suivante ont été examinés dans le cadre de l'analyse documentaire :

- Annuaire statistique national 2018 du Ministère de la Santé
- Cyberstratégie sectorielle eSanté 2016-2020, Direction des Services Informatiques et de la TéléSanté (DSITS)
- État des lieux sur le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Burkina Faso, ENSEA et HISP-WA, 2019
- État des lieux de la e-santé au Burkina Faso et perspectives, Dr Boukary Ouedragogo, 2019
- Évaluation de la performance du système d'information sanitaire de routine (PRISM) au Burkina Faso, Measure Evaluation, Avril 2020
- Evaluation de l'infrastructure informatique des trois ministères concernés par l'approche "Santé Unique" au Burkina Faso, Measure Evaluation, Novembre 2018
- Le Manuel de Procédure de Gestion de l'Information Sanitaire (MPGIS), DSS, 2015
- Les métadonnées des indicateurs du SNIS, DSS, 2015
- Plan d'action 2016-2017-2018-2019 de la DSS
- Plan d'amélioration de la qualité des données sanitaires (PAQDS) 2019-2020, DSS
- Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2016-2020, Gouvernement du Burkina Faso
- Plan stratégique du NHIS 2010-2020, Ministère de la Santé
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020, Ministère de la Santé
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020, Phase 2016-2020, Ministère de la Santé
- Profil sanitaire complet du Burkina Présentation en 4 modules, Ministère de la Santé et Organisation Mondiale de la Santé, 2017
- Rapport d'évaluation du système de gestion et de la qualité des données de Routine du SNIS, DSS, Edition 2018
- Rapport sur l'état des lieux de la cartographie des applications de remontée et d'analyse au Ministère de la Santé (Burkina Faso), HISP-WCA, Janvier-Mars 2018
- Référentiel de mise en place d'un Système d'Information Hospitalier (SIH), DSIS, Janvier 2019
- Réseau de métrologie sanitaire : Évaluation du système d'information sanitaire, Direction des Études et de la Planification, 2008
- Stratégie nationale de santé communautaire du Burkina Faso 2019-2023
- Vérification ponctuelle (Spot check) du fonctionnement de l'Entrepôt des Données Sanitaires du Burkina Faso (ENDOS-BF), l'équipe pays du Burkina Faso au Secrétariat du Fonds mondial, Mars 2018



## ANNEXE III : DISTRICTS ET STRUCTURES PARTICIPANTS

### Boucle du Mouhoun

- CHR de Dédougou
- DRS Boucle du Mouhoun
- CM de Djibasso
- CMA de Toma
- CME de Nouna
- CSPS de Kera
- CSPS de Sirakoro
- CSPS de Pangogo
- CSPS de Toma

### Centre-Ouest

- CHR de Koudougou
- CMA de Sapoy
- CMA de Tenado
- CSPS de Tenado
- CSPS de Baganapoun
- CSPS de Kinkirsgogo
- CSPS de Koundui
- CSPS de Sapouy
- CSPS de Zaware
- CSPS de Tita
- DRS Centre-Ouest

### Centre

- Cabinet de Soins Infirmiers
- CM de Baskuy
- Clinique Herema
- Clinique Oasis
- CMA de Boulmiougou
- CSPS Secteur O3 de Ouagadougou
- CORUS
- Clinique privée de Bawomon
- CSPS de Kieme
- Clinique privée Sainte Thérèse de l'enfant Jésus
- DAF
- DFSP
- DGAP
- DGESS
- DGOS
- DGSP
- DSS
- DPSP
- DRH
- DRS Centre
- DSF
- DSIS
- DSPS
- CHU de Yalgado
- INSP
- DPV
- PADS
- PNLP

- PNT

- PSS-LS
- ST-CSU

### Centre-Sud

- CM de Gon-Boussougou
- CMA de Manga
- CMA de Sapone
- CSPS de Bilbalogo
- CSPS de Kassougou
- CSPS de Yansare
- CSPS de Yezoanga
- CSPS Urbain de Sapone
- DRS Centre-Sud

### Sud-Ouest

- CHR de Gaoua
- CMA de Gaoua
- CMA de Diebougou
- CSPS de Yerefoula
- CSPS Communale de Diebougou
- CSPS de Holly
- CSPS de Loto
- Clinique privée OST
- Clinique privée Cabinet de Soins Infirmiers Poni Solidarité
- DRS Sud-Ouest



## ANNEX IV: LISTE DES REGISTRES

N°	Outils	Information	Domaine	Structures d'utilisation
1	Registre de Planification Familiale (PF)	Suivi des femmes sous contraception	SMI	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
2	Registre de Consultation Périnatale (CPN)	Suivi des soins prénatals des femmes	SMI	CSPS, CM, CMA
3	Registre de consultation journalière CSPS/CMA	Suivi de la consultation infirmière	Consultation	CSPS, CM, CMA
4	Registre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/ SIDA (PTME)	Suivi des mères séropositives pendant la grossesse, l'accouchement et en post partum	VIH	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
5	Registre d'accouchement	Suivi des parturientes	SMI	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
6	Registre de consultation postnatale	Suivi de la femme et du nouveau après l'accouchement	SMI	CSPS, CM
7	Registre de consultation infantile	Suivi de l'évolution de l'enfant	SMI	CSPS, CM
8	Registre de soins après avortement	Suivi de la prise en charge des cas d'avortement	SMI	CMA, CHR, CHU
9	Registre de prise en charge de la malnutrition (MAM_MAS)	Récupération nutritionnelle des enfants	Malnutrition	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
10	Fiche de Planification Familiale	Suivi des femmes sous contraception	SMI	CSPS, CM, CMA, CHR
11	Fiche maternelle (CPN)	Suivi des soins prénatals des femmes	SMI	CSPS, CM, CMA
12	Fiche infantile	Suivi de l'évolution de l'enfant	SMI	CSPS, CM, CMA
13	Registre de consultation CHR/CHU	Suivi de la consultation dans les unités	Consultation	CHR, CHU
14	Registre de référence	Référence des patients au niveau supérieur	Référencement et suivi patient	CSPS, CM, CMA
15	Registre de contre-référence	Compte rendu fait aux patients référés au niveau inférieur	Référencement et suivi patient	CMA, CHR, CHU
16	Registre de mise en observation	Suivi des patients gardés en observation au CSPS/CM	Consultation	CSPS, CM
17	Registre d'hospitalisation CMA	Suivi des patients hospitalisés au CMA	Hospitalisation	CMA
18	Registre d'hospitalisation CHR/CHU	Suivi des patients hospitalisés au CHR/CHU	Hospitalisation	CHR, CHU
19	Registre de compte rendu opératoire	Résumé des informations relatives à l'intervention opératoire des patients au bloc	Hospitalisation	CMA, CHR, CHU
20	Registre de dépistage et de prise en charge du cancer de col de l'utérus	Suivi des femmes dans le dépistage et prise en charge des patientes du cancer du col de l'utérus	Dépistage	CHR, CHU
21	Registre de suivi des enfants nés de mère VIH	Suivi des enfants nés de mères séropositives	VIH	CMA, CHR, CHU



N°	Outils	Information	Domaine	Structures d'utilisation
22	Registre PCIME	Suivi des maladies des enfants	PCIME	CHR, CHU
23	Fiche PCIME	Suivi des maladies des enfants	PCIME	CMA, CHR, CHU
24	Registre de Vaccination	Suivi des vaccins et la vaccination	Vaccination	CHR, CHU
25	Partographe	Suivi de l'accouchement	SMI	CMA, CHR, CHU
26	Registre de conseil dépistage VIH	Suivi du counseling lors du dépistage VIH	VIH	CSPS, CM, CMA
27	Fiche thérapeutique (MAM_MAS)	Récupération nutritionnelle des enfants	Malnutrition	CSPS, CM, CMA
28	Dossier mère-enfant (VIH)	Suivi des mères séropositives après l'accouchement et en post-partum	VIH	CSPS, CM
29	Fiche de traitement antituberculeux	Suivi patients tuberculeux	TB	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
30	Registre de consultation des médecins ou des spécialistes	Suivi des patients vus par les médecins ou des spécialistes	Consultation	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
31	Registre d'hospitalisation de la Pédiatrie	Suivi des enfants hospitalisés en Pédiatrie	Hospitalisation	CSPS, CM, CMA
32	Registre de référence et contre référence	Suivi des patients référés	Référencement et suivi patient	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
33	Registre de la file active	Suivi des personnes vivant avec le VIH	VIH	CSPS, CM, CMA
34	Registre de suivi de la file active	Suivi des personnes vivant avec le VIH	VIH	CMA, CHR, CHU
35	Registre de laboratoire pour la tuberculose	Suivi de la gestion des examens de laboratoire liés à la tuberculose	TB	CHR, CHU
36	Registre de traitement de la tuberculose	Suivi de la prise en charge de la tuberculose	TB	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
37	Cahier de transmission	Document de liaison pour le suivi des patients	Référencement et suivi patient	CSPS, CM, CMA, CHR, CHU
38	Cahier de suivi des PVVIH	Suivi des personnes vivant avec le VIH	VIH	CSPS, CM
39	Cahier pour la collecte des crachats	Suivi des prélèvements des crachats	TB	CSPS, CM
40	Dossier patients	Suivi des informations sur les patients	Référencement et suivi patient	CMA, CHR, CHU
41	Fiche de contre référence	Feedback relatif aux cas référés	Référencement et suivi patient	CMA, CHR, CHU
42	Fiches de référence/évacuation	Suivi des patients référés ou évacués	Référencement et suivi patient	CSPS, CM, CMA, CHR
43	Fiches de suivi externe	Suivi des patients	Référencement et suivi patient	CMA, CHR, CHU
44	Fiches de transfert des malades	Suivi des patients	Référencement et suivi patient	CMA, CHR, CHU
45	Fiches TETU (triage, évaluation, traitement d'urgence)	Prise en charge des enfants	Consultation pédiatrique	CMA, CHR, CHU
46	Formulaires d'envoi des échantillons de crachats	Suivi et gestion des prélèvements de crachats	TB	CSPS, CM



N°	Outils	Information	Domaine	Structures d'utilisation
47	Fiches de gestions des stocks	Suivi et gestion des médicaments	Gestion des stocks	CSPS, CM, CMA
48	Registre de consultation journalière CSPS/CM/CMA Cabinet médical/ Clinique	Suivi des patients vus en consultation	Consultation	CSPS, CM, CMA
49	Registre d'hospitalisation des CM/ CMA Cabinet médical/Clinique	Suivi des patients hospitalisés	Consultation	CM, CMA
50	Registre d'hospitalisation des CM/ CMA Cabinet médical/Clinique	Suivi des patients hospitalisés	Consultation	CM, CMA
51	Registre de consultation journalière CHR/ Polyclinique/CHU	Suivi des patients vus en consultation	Consultation	CHR, CHU
52	Registre d'hospitalisation CHR/ Polyclinique/CHU	Suivi des patients hospitalisés	Consultation	CHR, CHU
53	Registre de résultat du test VIH chez l'enfant	Suivi VIH des enfants	VIH	CHR, CHU
54	Registre de consultation de nourrisson sain	Suivi de l'évolution de l'enfant	SMI	CSPS, CM
55	Registre de prise en charge de la malnutrition.	Récupération nutritionnelle des enfants	Malnutrition	CSPS, CM, CMA
56	Registre de collecte des données des ASBC situés à 5 km et plus de la formation sanitaire	Gestion des données communautaires	Rapportage	CSPS
57	Registre de collecte des données des ASBC situés à moins de 5 km de la formation sanitaire	Gestion des données communautaires	Rapportage	CSPS
58	Fiche de référence et contre référence communautaire	Gestion des données communautaires	Référencement et suivi patient	CSPS
59	Registre de consultation des ASBC situés 5km et plus de la formation sanitaire	Gestion des données communautaires	Rapportage	CSPS
60	Rapports mensuels d'activités des CSPS et assimilés	Bilan mensuel des activités des CSPS	Rapportage	CSPS, CM
61	Rapports mensuels d'activités des CM/CMA et clinique	Bilan mensuel des activités CM/ CMA et clinique	Rapportage	CM, CMA
62	Rapports mensuels d'activités des CHR/CHU et polyclinique	Bilan mensuel des activités CHR/ CHU	Rapportage	CHR, CHU
63	Rapports mensuels communautaires	Bilan mensuel des activités communautaires	Rapportage	CSPS, CM
64	Rapports de gestion des ressources	Bilan de la gestion des ressources matérielles et financières	Rapportage	CSPS, CM, CMA
65	Fiches descriptives de cas des maladies à potentiel épidémique	Notification des maladies à potentiel épidémique	Surveillance épidémiologique	CSPS, CM



## ANNEXE V : LISTES DES APPLICATIONS ET OUTILS NUMÉRIQUES IDENTIFIÉS DURANT L'ENQUÊTE

#	Applications	Logiciels	Organisation tutelle	de	Utilisation
1	Allolafia	Inconnu	Gret		Prestation de soins
2	Analyse des Goulots d'Etranglement (AGE)	Excel	UNICEF		Surveillance
3	ARBOVIROSE	Excel	DPSP (SE)		Surveillance (Dengue)
4	Base CBM	Excel	ECD		Prestation de soins
5	Base DDT	Excel	DSF		Prestation de soins
6	Base de Données de Campagne CPS / Base CPS	Excel	PNLP		Prestation de soins
7	Base de monitoring	Excel	UNICEF		N/A
8	Base de délégation des tâches	Excel	DPSP		Prestation de soins
9	Base Filariose Lymphatique	Excel	DPSP (MTN)		Prestation de soins
10	BASE IRAS	Epi Info	DPSP (SE)		Surveillance
11	Base PFPF	Access	DSF		Santé Materno-Infantile et de la Reproduction (SMI-R)
12	Base SIMR	Access	DPSP (SE)		Surveillance
13	Base Vitamine A	Excel	DN		Prestation de soins
14	Base_CRH	Epi Info	CHR		Surveillance
15	BD Fièvre jaune	Epi Info	DPV		Vaccination et cas suspect
16	BD Hib	Epi Info	DPV		Surveillance
17	BD HIV/SIDA	Excel	PSSLS		Prestation de soins
18	BD Invagination intestinale aigue	Epi Info	DPV		Surveillance
19	BD PEV	DHIS2	DPV		Surveillance
20	BD PFA	Epi Info	DPV		Surveillance
21	BD rotavirus/norovirus	Epi Info	DPV		Surveillance
22	BD rougeole	Epi Info	DPV		Surveillance
23	BD TNN	Epi Info	DPV		Surveillance
24	BDD TIDC / TIDC	Excel	DPSP (MTN)		Prestation de soins
25	BDIM		DPSP (MTN)		Surveillance





#	Applications	Logiciels	Organisation tutelle	de	Utilisation
26	Carte de score	Inconnu	DPPO		SMI-R
27	Cartes_ArcGis	ARC GIS	DPSP		Cartographie
28	Cartes_QGIS	QGIS	PNLP		Cartographie
29	Channel	Inconnu	DSF		Pharmacie
30	CORONA DETECT	Android	DSIS		Surveillance
31	CORONA TRIAGE	Android	DSIS		Surveillance
32	CORONA VOYAGE	Android	DSIS		Surveillance
33	DHIS2 - Paludisme données sur la pulvérisation	DHIS2	PNLP		Paludisme
34	DHIS2 - Paludisme Routine data	DHIS2	PNLP		Paludisme
35	DHIS2 OOAS	DHIS2	DPSP		SIM-R
36	DHIS2-Covid-19	DHIS2	CORUS		Surveillance
37	DHIS2-TB	DHIS2	PNT		Prestation de soins
38	DVD-MT	Access	DPV		TB
39	E-Gratuite	DHIS2	ST/CSU		Vaccination
40	e-Meningite	PHP 5.6; Bootstrap CSS3; HTML5 ; JavaS- cript; MANGO DB	CORUS		Surveillance
41	E-SANTE	Inconnu	DPSP (SE)		Prestation de soins Surveillance
42	End Use Verification	Inconnu	PNLP		SIGL
43	ENDOS	DHIS2	DSS		Surveillance SMI-R
44	ENDOS Capture ( tracker)	DHIS2	DSS		Gestion des données
45	ENT'K	Inconnu	CHR		Registre patient
46	Epi Info_DPSP	Epi Info	DPSP (SE)		Surveillance
47	EPI Info_PNLP	Epi Info	PNLP		Paludisme
48	Epi_DS	Epi Info	DPSP		Surveillance
49	ESOPE National	Inconnu	CHR		Prestation de soins
50	ESPEN	ODK (JAP)	DPSP (MTN)		MTN
51	Excel_DGAP	Excel	DGAP		Pharmacie



#	Applications	Logiciels	Organisation tutelle	de	Utilisation
52	Excel_DGAP_Labo	Excel	DGAP		Pharmacie
53	Excel_DLM (TLOH) / TLOH	Excel	DPSP (SE)		Surveillance
54	Excel_DLM_PNLP	Excel	DPSP (SE)		Surveillance (TLOH)
55	EXCEL_DS	Excel	DPSP		Labs/surveillance
56	Excel_DSF	Excel	DSF		VIH PTME
57	Excel_DSF_Pharmacie	Excel	DSF		Stock Pharmacie (région/ district)
58	EXCEL/Suivi enfant né mère HIV+	Excel	ECD		VIH PTME
59	GADMI	Inconnu	CHR		Registre patient
60	GB	Access	CHR		Finance
61	GESDIS	Inconnu	CHR		Stock management
62	GESTOCK	Inconnu	CHR		Stock management
63	GFC	Inconnu	CHR		Stock management
64	Gfour	SQL	CHR		Resource management
65	GSA	Inconnu	CHR		Finance
66	Helpdesk	Excel	ECD		Admin
67	Hmapper	Health mapper	DGESS		Routine
68	HNBCDOOR(BC)	Inconnu	CHR		Système exhaustif pour l'hôpital : Registre patient, gestion des médicaments, RH et administration, gestion des chambres
69	Integrated NTD database	Access	MTN		Care delivery
70	Line liste (base SIMR)	Access	DLM		Surveillance
71	Liste descriptive (idem que line liste)	Access	DPSP		Surveillance
72	LLIN Distribution	Excel	PNLP		Malaria (MILDA)
73	LogGHR (Logiciel de Gestion des Ressources Humaines)	Inconnu	DHR		RH
74	mData	Inconnu	ECD		Surveillance
75	Mhealth (Rapidpro)	DHIS2	DSF		SMI-R
76	mMentoring	Inconnu	Jhpiego		RH
77	mMentoring	Inconnu	PNLP		Paludisme



#	Applications	Logiciels	Organisation tutelle	de	Utilisation
78	mMonitoring	Inconnu	PNLP		Mal
79	Monitoring SONU	Access	DSF		Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
80	MS_courriel	Maarch	DAD		Admin
81	MTN (surveillance)	Excel	MTN		Surveillance
82	NET SIGL	DHIS2	DGAP		LMIS
83	NGSD_DB	Access	DPSP		Surveillance
84	One Health	DHIS2	CORUS		Surveillance
85	PACS	Inconnu	CHR		Gestion des examens des patients
86	PANDA	Inconnu	Enfant du Monde		Prestation de soins
87	QGIS_PNLP	QGIS	PNLP		Paludisme
88	REC Maternité	CommCare	DSF		SMI
89	REC-TB	DHIS2	PNT		TB
90	RED-CAP	Inconnu	CHR		Prestation de soins
91	Registre électronique de consultation (REC)	CommCare	DSF		SMI-R
92	RESINA (RESeau Informatique National de l'Administration)	WiMax (Worldwide Interoperability for Microwave Access)	MoH des TIC		Administration
93	RESPIRE	Epi Info	DLM		Surveillance
94	RSLOG	Inconnu	DSF		SMI-R
95	SAGE	Inconnu	CHR		Gestion de stock
96	SANCOTIC	Inconnu	DSF		Facturation, administration et finances
97	SAYANA PRESS	Excel	DSF		Formation à distance des ASBC
98	SGPA	Inconnu	CHR		SMI-R
99	SIGASPE (Système Intégré de Gestion Administrative et Salariale des Personnels de l'Etat)	Inconnu	CHR		RH
100	SIGEP	SQL	CHR		RH
101	SIGO	Inconnu	CHR		Finance
102	SiHGRH	Inconnu	CHR		Registre patient
103	SMC	Excel	PNLP		RH
104	SNPF	Excel	DSF		Paludisme



#	Applications	Logiciels	Organisation tutelle	de	Utilisation
105	STELAB	PHP 5.6, Bootstrap CSS3, HTML5, JavaScript) and MongoDB, a NoSQL (Big Data) database compatible with MySQL	CHR		Laboratoire Surveillance
106	STELAB	PHP 5.6, Bootstrap CSS3, HTML5, JavaScript) and MongoDB, a NoSQL (Big Data) database compatible with MySQL	DPSP (SE)		Surveillance (MCS)
107	Tableau de bord REC	Excel	Tdh		Prestation de soins
108	TROPICAL DATA	OPEN ROSA	DPSP (MTN)		Collecte de données trachome
109	VGS 2000	Access	CHR		Gestion des médicaments
110	WINPHARMA	Unknown	CHR		SIGL



# ANNEXE VI : QUESTIONNAIRES DE L'ENQUÊTE

## QUESTIONNAIRE POUR LES DÉCISIONNAIRES

### INTRODUCTION

1. Quel est votre titre au sein de l'organisation ?
2. Merci de décrire les 3 tâches principales dont vous êtes chargé sur votre lieu de travail.
  - a. Accomplissez-vous d'autres tâches qui ne font pas partie de votre description de poste formelle ?
3. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
  - Moins d'un an
  - 1-2 ans
  - 2-5 ans
  - 5-10 ans
  - 10 ans +
4. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?
  - Études secondaires ou similaires (lycée ou équivalent)
  - Niveau licence/ou équivalent
  - Master ou équivalent
  - Doctorat ou équivalent
  - Diplôme de formation professionnelle
  - Autre\_\_\_\_\_ (merci de préciser)
5. Merci de décrire votre formation ?
6. Merci de décrire les cours et formations que vous avez suivis sous la houlette du Ministère de la Santé (épidémiologie, statistiques, informatique...) ?

### QUELS SONT LES OUTILS DE TRAITEMENT DES DONNEES QUE VOUS UTILISEZ ?

1. Dans le cadre de votre travail, quelles sont les applications ou plateformes que vous utilisez pour les données?
  - a. Formulaires papier
  - b. Microsoft Excel
  - c. Système National d'Information Sanitaire (Endos-BF)
  - d. Registre Electronique de Consultation (REC)
  - e. Outil mHealth
  - f. Autre (merci d'indiquer le nom de l'outil)



2. Comment accédez-vous à ces systèmes ?
  - a. Papier
  - b. Ordinateur,
  - c. Smartphone,
  - d. Tablette
3. Avez-vous accès à un ordinateur, un smartphone, une tablette ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, l'outil est-il :
      1. Personnel
      2. Fourni par le gouvernement
      3. Fourni par un partenaire
    - ii. Si oui, accédez-vous à l'information via cet outil ?
      1. Oui
      2. Non
    - iii. Si oui, utilisez-vous des crédits de connexion
      1. Fournies par la structure
      2. Acheté par vous-même
4. A quelle fréquence y accédez-vous ?
  - a. Journalière
  - b. Hebdomadaire
  - c. Mensuelle
  - d. Trimestrielle
  - e. Semestrielle
  - f. Annuelle
  - g. Jamais
5. Quels sont les défis que vous rencontrez dans l'utilisation de ces outils ou plateformes ? espace
  - a. A quelle fréquence rencontrez-vous ces défis ?
6. Qu'aimeriez-vous changer ?

## COMMENT PRENEZ-VOUS LES DECISIONS A PROPOS DES DONNEES ?

1. Merci d'indiquer le cas échéant quelles décisions vous prenez et qui sont liées au Plan SNIS :
  - a. Renforcer la coordination du SNIS dans son ensemble et consultation avec les partenaires
  - b. Mise en œuvre, supervision et évaluation du plan stratégique SNIS
  - c. Ressources humaines
  - d. Renforcement de l'infrastructure et de l'équipement bénéficiant au SNIS
  - e. Développement d'une architecture de communication intégrée pour les données sanitaires
  - f. Financement pour le SNIS



- g. Obtention des résultats des enquêtes à temps pour nourrir les cycles de planification
- h. Harmonisation des sources de données pour calculer des indicateurs sanitaires à tous les niveaux
- i. Adaptation des indicateurs et des outils de collecte aux besoins des échanges d'information sanitaire
- j. Amélioration du traitement et de l'archivage des informations sanitaires à différents niveaux du système
- k. Amélioration de la qualité des données produites par le SNIS
- l. Amélioration de l'exhaustivité des données
- m. Renforcement de la production et des échanges de données sanitaires
- n. Mise à disposition de l'information en temps réel
- o. Autre (Précisez) .....

2. Merci d'indiquer quelles sont les décisions que vous prenez et qui sont liées aux données :

- a. Produits pharmaceutiques
- b. Ressources financières
- c. Paludisme
- d. Nutrition
- e. Ressources humaines
- f. Santé maternelle et infantile
- g. Vaccinations
- h. VIH/SIDA
- i. TB
- j. Autre (Précisez) .....

3. Sur la base des réponses fournies ci-dessus, merci de répondre aux questions ci-dessous (Instructions pour l'enquêteur : veuillez répondre aux questions 3a à 3h pour chaque décision mentionnée ci-dessus) :

- a. Quelles décisions prenez-vous sur ces données ?
- b. Quels données/indicateurs utilisez-vous pour prendre la décision ?
- c. S'agit-il d'indicateurs déjà disponibles et accessibles ou devez-vous effectuer des calculs ? Si vous devez effectuer des calculs, sont-ils effectués manuellement ou dans un système ? S'il s'agit d'un système, merci de préciser lequel ?
- d. Où accédez-vous à l'information pour prendre la décision ?
- e. A quelle périodicité accédez-vous à l'information ?
  - i. Journalière
  - ii. Hebdomadaire
  - iii. Mensuelle
  - iv. Trimestrielle
  - v. Semestrielle
  - vi. Annuelle
  - vii. Jamais





- f. A quelle fréquence l'information est-elle mise à jour ?
- i. Journalière
  - ii. Hebdomadaire
  - iii. Mensuelle
  - iv. Trimestrielle
  - v. Semestrielle
  - vi. Annuelle
  - vii. Jamais
- g. Comment utilisez-vous cette information ?
- h. Quelles informations supplémentaires vous seraient utiles afin de faciliter la prise de décisions ?

## QUESTIONS SUR LA PRESENTATION ET L'ANALYSE DES DONNEES

20. Opérez-vous une analyse des données collectées ?

- a) Oui
- b) Non
  - i) Si oui comment faites-vous cette analyse ?
  - ii) Si oui avec quelles données
  - iii) A quelle fréquence ?
    - (1) Journalière
    - (2) Hebdomadaire
    - (3) Mensuelle
    - (4) Trimestrielle
    - (5) Semestrielle
    - (6) Annuelle
    - (7) Jamais

21. Quelles données vous sont-elles présentées ?

- a) Comment ?
- b) Par qui ?
- c) Quelles données ?
- d) A quelle fréquence vous sont-elles présentées ?
  - (1) Journalière
  - (2) Hebdomadaire
  - (3) Mensuelle
  - (4) Trimestrielle
  - (5) Semestrielle
  - (6) Annuelle
  - (7) Jamais



22. Des systèmes sont-ils utilisés pour les visualiser ? (ENDOS, Excel, etc...)
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si oui le ou lesquels ?
23. Quels sont les points positifs et moins positifs dans la manière dont les données sont présentées pour la prise de décision ? Comment pourrait-on améliorer cet aspect ?
24. Présentez-vous des données ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si oui à qui,
    - ii) Si oui quelles données
    - iii) Si oui à quelle fréquence :
      - (1) Journalière
      - (2) Hebdomadaire
      - (3) Mensuelle
      - (4) Trimestrielle
      - (5) Semestrielle
      - (6) Annuelle
      - (7) Jamais
25. Existe-t-il de mécanisme de contrôle de la qualité des données ?
- Si oui, pouvez-vous le décrire ?
26. Comment les données sont-elles validées ?
27. A quelle périodicité s'effectue cette validation ?
- (1) Journalière
  - (2) Hebdomadaire
  - (3) Mensuelle
  - (4) Trimestrielle
  - (5) Semestrielle
  - (6) Annuelle
  - (7) Jamais
28. Qui l'effectue la validation des données ?
29. Participez-vous à l'atelier de révision des indicateurs ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si non, pourquoi ? Y a-t-il quelqu'un d'autre dans l'établissement qui a participé ?
30. Quelles sont les données/informations statistiques sanitaires que vous recevez du niveau national ?



31. Lesquels des rapports statistiques suivants avez-vous consulté ?

- Bulletins d'information sanitaire
- Tableaux de bord sanitaires nationaux
- Rapports statistiques annuels
- autres

i) Pour chaque rapport vu, le partagez-vous ?

(1) Oui

(2) Non

(a) Si oui avec qui ?

32. Quels retours d'information recevez-vous sur la performance de votre programme ?

33. Comment demandez-vous de l'appui ?

34. Où vous tournez-vous pour obtenir cet appui ?

35. Comment cet aspect pourrait-il être amélioré ?

## QUESTIONS BUDGETAIRES

36. Quel est votre rôle dans la contribution au taux d'exécution du budget ?

37. Quelles sont les informations budgétaires que vous fournissez à d'autres ?

38. Comment fournissez-vous ces éléments ?

39. Quels éléments fournissez-vous ?

40. A qui transmettez-vous cette information budgétaire ?

41. Quelle utilisation pensez-vous qu'ils en font ?

42. 7. Participez-vous à l'établissement des comptes nationaux de la santé ?

a) Oui

b) Non

i) Si oui, avec lequel des éléments suivants aidez-vous ?

(1) Paludisme

(2) TB

(3) VIH / SIDA

(4) Santé de la reproduction

ii) Si oui, avez-vous fourni des informations chaque année ?



## QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES

43. L'un de vos collègues ou vous-même a-t-il participé à une journée de statistique sanitaire ?

a) Oui

b) Non

i) Si oui Le cas échéant quel y était votre rôle ?

ii) Si oui De quand date la dernière journée de ce type ?

iii) Si non, est-ce que vos collègues y ont participé ?

(1) Oui

(2) Non

44. Avez-vous des questions supplémentaires, des retours d'information, des commentaires ?



# QUESTIONNAIRE POUR LES GESTIONNAIRES DE DONNÉES

## INTRODUCTION

1. Quel est votre titre au sein de l'organisation ?
2. Merci de décrire les 3 tâches principales dont vous êtes chargé sur votre lieu de travail.
  - a. Accomplissez-vous d'autres tâches qui ne font pas partie de votre description de poste formelle ?
3. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
  - Moins d'un an
  - 1-2 ans
  - 2-5 ans
  - 5-10 ans
  - 10 ans +
4. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?
  - Études secondaires ou similaires (lycée ou équivalent)
  - Niveau licence/ ou équivalent
  - Master ou équivalent
  - Doctorat (doctorat ou équivalent)
  - Diplôme de formation professionnelle
  - Autre \_\_\_\_\_ (merci de préciser)
5. Veuillez décrire toute formation formelle additionnelle que vous avez reçue (par exemple, analyse des données, utilisation des données, communication, etc.). ?
6. Merci de décrire les cours et formations que vous avez suivis sous la houlette du Ministère de la Santé (épidémiologie, statistiques, informatique...) ?
7. (Si le gestionnaire de données travaille dans un hôpital) Avez-vous été formé sur le logiciel de traitement des données de l'hôpital (SIH, CUS, SUS et SUT) ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, quand avez-vous été formé ?

## QUELS SONT LES OUTILS DE TRAITEMENT DES DONNEES QUE VOUS UTILISEZ ?

8. Dans le cadre de votre travail, quelles sont les applications ou plateformes que vous utilisez pour les données?
  - a. Formulaires papier
  - b. Microsoft Excel
  - c. Endos (DHIS2)
  - d. Registre Electronique de Consultation (REC)



- e. Outil mHealth
  - f. Autre (merci d'indiquer le nom de l'outil)
9. Comment accédez-vous à ces systèmes –
- a. Papier
  - b. Ordinateur,
  - c. Smartphone,
  - d. Tablette
10. Avez-vous accès à un ordinateur, un smartphone, une tablette ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, l'outil est-il :
      - 1. Personnel
      - 2. Fourni par le gouvernement
      - 3. Fourni par un partenaire
    - ii. Si oui, accédez-vous à l'information via cet outil ?
      - 1. Oui
      - 2. Non
    - iii. Si oui, utilisez-vous des crédits de connexion
      - 1. Fournies par la structure
      - 2. Acheté par vous-même
11. A quelle fréquence y accédez-vous ?
- a. Journalière
  - b. Hebdomadaire
  - c. Mensuelle
  - d. Trimestrielle
  - e. Semestrielle
  - f. Annuelle
  - g. Jamais
12. Quels sont les défis que vous rencontrez dans l'utilisation de ces outils ou plateformes ?
- a. A quelle fréquence rencontrez-vous ces défis ?
    - iv. Journalière
    - v. Hebdomadaire
    - vi. Mensuelle
    - vii. Trimestrielle
    - viii. Semestrielle
    - ix. Annuelle
13. Qu'aimeriez-vous changer ?



## QUELS TYPES DE DONNEES TRAITEZ-VOUS ?

14. Merci d'indiquer quel type de données vous traitez :

- a. Infrastructure
- b. Ressources humaines
- c. Produits pharmaceutiques
- d. Ressources financières
- e. Exhaustivité des rapports
- f. Paludisme
- g. Santé maternelle et infantile
- h. Vaccinations
- i. VIH/SIDA
- j. TB
- k. Autre.....

15. Sur base des réponses fournies ci-dessus, merci de répondre aux questions ci-dessous :

- a. Quelles données traitez-vous ? (Instructions à l'enquêteur : veuillez énumérer chaque élément de données collecté)
- b. Comment les données sont-elles collectées ?
  - i. Format papier
  - ii. Électronique
- c. S'il s'agit d'un format électronique, la collecte se fait-elle :
  - i. En ligne
  - ii. Hors ligne
  - iii. Une combinaison des deux ?
- d. Êtes-vous chargé de la collecte des données ?
  - i. Oui
  - ii. Non
  - iii. Si ce n'est pas le cas, qui en est chargé ?
- e. Où cet élément/cet indicateur est-il stocké/conservé ?
- f. Comment la transmission se fait-elle vers l'emplacement de stockage ? (Instruction pour l'enquêteur : veuillez rechercher où les données sont stockées - si elles sont stockées sur un serveur, recherchez comment les données sont saisies électroniquement. Si les données papier sont stockées dans une armoire, recherchez comment les papiers sont amenés dans l'armoire)
- g. A quelle périodicité traitez-vous ces données ?
  - i. Journalière
  - ii. Hebdomadaire
  - iii. Mensuelle
  - iv. Trimestrielle





- v. Semestrielle
  - vi. Annuelle
  - vii. Jamais
- a. Comment utilisez-vous cette information ?
- b. Comment pensez-vous que d'autres utilisent cette information ? Si vous collectez les données, comment celles-ci sont-elles transmises de la structure vers le district/la région (version papier ou électronique) ?
- c. A quelle fréquence les données sont-elles envoyées vers le district / la région ?
- iv. Journalière
  - v. Hebdomadaire
  - vi. Mensuelle
  - vii. Trimestrielle
  - viii. Semestrielle
  - ix. Annuelle
  - x. Jamais
16. Quels registres utilisez-vous pour collecter des données ?
17. Quand les registres ont-ils été mis à jour pour la dernière fois ?
- a. Si les registres ont été mis à jour, avez-vous pu tester les nouveaux registres ?
  - b. Si les registres ont été mis à jour, vos commentaires ont-ils été intégrés dans la version finale ?
18. Les registres sont-ils régulièrement disponibles pour vous permettre de collecter des données ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non, à quelle fréquence et quels registres ne sont pas disponibles ?
19. Comment demandez-vous des registres supplémentaires si vous êtes amené à en manquer ?

## VALIDATION ET ANALYSE DES DONNEES

20. Opérez-vous une analyse des données collectées ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si oui sur quelles données ?
    - ii) A quelle fréquence ?
      - (1) Journalière
      - (2) Hebdomadaire
      - (3) Mensuelle
      - (4) Trimestrielle
      - (5) Semestrielle
      - (6) Annuelle
      - (7) Jamais



21. Comment les indicateurs sont-ils calculés ?
- a) Manuellement
  - b) Dans un système
    - i) Si dans un système, quel système ?
22. Pour toute analyse effectuée ou pour tout indicateur calculé avez-vous suivi une formation formelle ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si oui Quel type de formation professionnelle avez-vous suivie ?
23. Avez-vous accès à un document de référence sur les définitions et calculs d'indicateurs ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si oui à quelle fréquence utilisez-vous ce document ?
      - (1) Journalière
      - (2) Hebdomadaire
      - (3) Mensuelle
      - (4) Trimestrielle
      - (5) Semestrielle
      - (6) Annuelle
      - (7) Jamais
24. Participez-vous à l'atelier de révision des indicateurs ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si non, pourquoi pas ? Y a-t-il quelqu'un d'autre dans la structure qui participe à cet atelier ?
25. Avez-vous accès à un document de référence sur les populations cibles ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si oui, comment utilisez-vous ce document ?
      - (1) Jamais
26. Existe-t-il de mécanisme de contrôle de la qualité des données ?
- Si oui, pouvez-vous le décrire ?
27. Comment les données sont-elles validées ?
28. A quelle fréquence s'opère cette validation ?
- (2) Journalière
  - (3) Hebdomadaire
  - (4) Mensuelle
  - (5) Trimestrielle



- (6) Semestrielle
  - (7) Annuelle
  - (8) Autre :
29. Qui est chargé de la validation des données ?
30. Que se passe-t-il si les données sont invalidées ou incomplètes ?
31. Comment sont apportées les corrections ?
32. Collectez-vous des indicateurs spécifiques au SNIS ?
- a) Oui
  - b) Non
    - i) Si oui, comment ces données sont-elles validées ?
    - ii) Si oui, à quelle fréquence les données spécifiques SNIS sont-elles validées ?
      - (1) Journalière
      - (2) Hebdomadaire
      - (3) Mensuelle
      - (4) Trimestrielle
      - (5) Semestrielle
      - (6) Annuelle
      - (7) Autre :
33. Si vous avez besoin d'aide pour une tâche liée aux données sanitaires :
- a) Vers qui ou où vous tournez-vous ?
  - b) Comment pourrait-on améliorer cette partie du processus ?
34. Quels sont les retours d'information que vous obtenez sur la collecte des données ou sur les performances de votre programme ?

## QUESTIONS SUR LA PRESENTATION DES DONNEES

35. A qui présentez-vous les données ou qui vous présente les données ?
- a) Quelles sont ces données ?
  - b) Comment sont-elles présentées
  - c) A quelle fréquence ?
    - (1) Journalière
    - (2) Hebdomadaire
    - (3) Mensuelle
    - (4) Trimestrielle
    - (5) Semestrielle
    - (6) Annuelle
    - (7) Jamais



36. Comment souhaiteriez-vous que soit améliorée la présentation qui vous est faite des données ? (Visuellement – graphiques et tableaux ; autres sources de données qui pourraient être utiles ; périodicité : plus ou moins souvent ?)

37. Quelles sont les données/informations statistiques sanitaires que vous recevez du niveau national ?

38. Comment utilisez-vous cette information ?

39. Lesquels des rapports statistiques suivants avez-vous consulté ?

- Bulletins d'information sanitaire
- Tableaux de bord sanitaires nationaux
- Rapports statistiques annuels

### QUESTIONS BUDGETAIRES [FACULTATIVES]

40. Quel est votre rôle dans la contribution au taux d'exécution du budget ?

41. Quelles sont les informations budgétaires que vous fournissez à d'autres ?

42. Comment fournissez-vous ces éléments ?

43. A qui transmettez-vous cette information budgétaire ?

44. Quelle utilisation pensez-vous qu'ils en font ?

### QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES

45. Combien de temps (en heures) consacrez-vous à des activités liées aux données sanitaires chaque semaine?

46. L'un de vos collègues ou vous-même a-t-il participé à une journée statistique sanitaire ?

a) Oui

b) Non

i) Si oui, quel y était votre rôle ?

ii) Si oui, de quand date la dernière journée de ce type ?

iii) Si non, savez-vous si un collègue y a participé ?

47. Avez-vous des questions supplémentaires, des retours d'information, des commentaires ?



# QUESTIONNAIRE PROFILE DE STRUCTURE

## Partie I : Questions générales sur la structure

1.01 Coordonnées GPS [Instructions à l'enquêteur – collecter directement sur l'appareil si possible]

1.02 Précisez le nombre typique de patients dans cette structure (ambulatoire, quantité)

1.03 La structure se trouve-t-elle en zone urbaine ?

1.03.1 Oui

1.03.2 Non

1.04 Combien de personnels compte la structure ? (Quantité)

1.05 Vérifiez quels personnels sont rattachés principalement à cette structure et inscrivez le nombre de :

- Accoucheuse auxiliaire \_\_\_\_\_
- Accoucheuse brevetée \_\_\_\_\_
- Adjoint des cadres hospitaliers \_\_\_\_\_
- Administrateur des hôpitaux et services de santé \_\_\_\_\_
- Agent Itinérant de Santé \_\_\_\_\_
- Attachés de santé \_\_\_\_\_
- Chirurgiens-dentistes \_\_\_\_\_
- Conseillers de santé \_\_\_\_\_
- Garçon et fille de salle \_\_\_\_\_
- Gestionnaire des hôpitaux et services de santé \_\_\_\_\_
- Infirmier breveté \_\_\_\_\_
- Infirmières/Infirmières d'Etat \_\_\_\_\_
- Manipulateurs d'Etat en Radiologie \_\_\_\_\_
- Médecins généralistes \_\_\_\_\_
- Médecins spécialistes \_\_\_\_\_
- Personnel de nettoyage \_\_\_\_\_
- Pharmaciens \_\_\_\_\_
- Préparateur d'Etat en Pharmacie \_\_\_\_\_
- Sages-femmes /Maïeuticiens d'Etat \_\_\_\_\_
- Technicien d'Etat du génie sanitaire \_\_\_\_\_
- Technologistes Bio Médicaux \_\_\_\_\_
- Travailleurs communautaires santé \_\_\_\_\_
- Autre (merci de préciser) \_\_\_\_\_

1.06 A quelle fréquence se fait la supervision dans cette structure ?

1.07 Nombre d'heures passées à agréger les données/transmettre les rapports dans cette structure (estimation) : Hebdomadaires \_\_\_\_\_ ? Mensuelles \_\_\_\_\_ ? Trimestrielles \_\_\_\_\_ ?



## Partie 2 : Infrastructure & Ressources

2.01 Cette installation dispose-t-elle de meubles d'archives (par exemple, classeur, étagères, etc.)

- Oui
- Non

2.02 Cette structure dispose-t-elle d'un accès Internet ?

- Oui
- Non

2.03 Cette structure dispose-t-elle d'un générateur de secours ?

- Oui
- Non

2.04 Cette structure dispose-t-elle de panneaux solaires ?

- Oui
- Non

2.04a Quelle est la source d'énergie principale de la structure ?

- Connectée au réseau électrique (SONABEL)
- Générateurs
- Panneaux solaires
- Autre (merci de préciser) \_\_\_\_\_
- Cette structure n'a pas l'électricité

2.04b Combien d'heures par jour y a-t-il de l'électricité ? (Instructions pour l'enquêteur – une estimation est suffisante)

2.05 Quelle est la source principale d'alimentation en eau pour cette structure ?

- Connectée à l'eau courante
- Forage/pompe
- Cette structure n'a pas accès à l'eau
- Autre (merci de préciser) \_\_\_\_\_

2.06 Le système d'information de la structure est-il connecté à d'autres installations ou bureaux régionaux ?

- Oui (précisez lesquels) \_\_\_\_\_
- Non

## Partie 3 : Technologie disponible

3.01.a Cette structure dispose-t-elle d'ordinateurs ?

- Oui
- Non

3.01.b Si oui, combien d'ordinateurs ? \_\_\_\_\_ (Instructions pour l'enquêteur – une estimation est suffisante)



3.01.c Qui a acheté les ordinateurs ?

- Gouvernement
- Partenaire d'exécution
- Ordinateur personnel

3.02 La structure dispose-t-elle de personnels formés à l'entretien d'outils informatiques ?

- Oui
- Non

3.02a Si non, qui intervient en cas de problème ?

3.03 Certains des personnels disposent-ils de smartphones/tablettes ?

- Oui
- Non

3.03a Si oui, lesquels (Instruction pour l'enquêteur : demander la fonction) et quel pourcentage du personnel ?

3.04 Les membres de l'équipe opérant dans la structure utilisent-ils leurs smartphones/tablettes personnels pour faire leur travail ?

- Oui
- Non

3.04a Si oui pour quel type de tâches ?

3.04b Si oui quel pourcentage des personnels utilise-t-il son smartphone ou sa tablette personnels ?

3.04c Si des smartphones/tablettes sont utilisés, les personnels utilisent-ils leurs propres crédits de connexion ou cela est-il fourni ?

- Les crédits de connexion sont fournies
- Les crédits de connexion sont achetées par les agents

3.05 Comment gérez-vous le stock des équipements IT (ordinateurs/tablettes/smartphones) appartenant au Ministère de la Santé ?

3.06 Vérifier de quels logiciels sont équipés les ordinateurs de la structure :

- Microsoft Excel
- Microsoft Access
- DHIS2
- C-stock
- iHRIS
- Autre (merci de préciser) \_\_\_\_\_

3.07 (S'il s'agit d'un hôpital) Vérifiez tous les systèmes utilisés au sein de la structure :

- SIH
- CUS
- SUS
- SUT





3.07a Les personnels ont-ils été formés au système ?

- Oui
- Non

3.07b Si oui à quelle date ?

3.07c Quels personnels ont-ils été formés ? (Instruction pour l'enquêteur : Demander la fonction)

3.08 Certains des systèmes actuels communiquent-ils entre eux (sont-ils intégrés) ou autonomes ?

## Partie 4 : Registres et documents disponibles

[Note à l'enquêteur : rendez-vous physiquement au registre pour établir la liste ci-dessous]

4.01 Nom du registre

4.02 Date de mise en place

4.03 Date de la dernière mise à jour/de la nouvelle version du registre

4.04 Le registre est-il toujours disponible ?

- Oui
- Non

4.04a. Si non, à quelle fréquence n'est-il pas disponible et pourquoi ?

4.04.b Comment demandez-vous de nouveaux registres ?

4.05 La structure dispose-t-elle des documents suivants ?

- Normes et procédures d'information sanitaire
- Document de Référence Population
- Lignes directrices pour les Supervisions
- Guide de validation intégrée des données SNIS
- Document des Métadonnées du SNIS
- Manuel de présentation et de diffusion des informations sanitaires
- Annuaire régional
- Annuaire national des Structures sanitaires privées
- Annuaire statistiques annuels
- Bulletins sanitaires publics
- Tableaux de bord annuels

4.06. Autres commentaires.....



# QUESTIONNAIRE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE SNIS 2010-2020

## INTRODUCTION

1. Quel est votre titre au sein de l'organisation ?
2. Merci de décrire les 3 tâches principales dont vous êtes chargé sur votre lieu de travail.
  - a. Accomplissez-vous d'autres tâches qui ne font pas partie de votre description de poste formelle ?
3. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
  - Moins d'un an
  - 1-2 ans
  - 2-5 ans
  - 5-10 ans
  - 10 ans +
4. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?
  - Études secondaires ou similaire (lycée ou équivalent)
  - Niveau licence ou équivalent
  - Master ou équivalent
  - Doctorat (doctorat ou équivalent)
  - Diplôme de formation professionnelle
  - Autre\_\_\_\_\_ (merci de préciser)
5. Merci de décrire votre formation professionnelle ?

## QUEL(S) EST/SONT LE OU LES OBJECTIFS DU PLAN SNIS AU(X)QUEL(S) EST LIÉ VOTRE RÔLE ?

1. Merci de décrire votre rôle au sein du Plan SNIS :
  - a. Mise en œuvre
  - b. Prise de décision
  - c. Suivi et évaluation
  - d. Stratégie
  - e. Autre (spécifier) :
2. Merci d'indiquer quel ou quels objectif(s) du Plan SNIS votre rôle a couvert (Instruction pour l'enquêteur : choisir tous les objectifs pertinents et se référer aux questions correspondantes) :
  - a. Objectif 1 : Renforcer la coordination du SNIS dans son ensemble et la consultation avec les partenaires
  - b. Objectif 2 : Assurer la mise en œuvre, la supervision et l'évaluation du Plan Stratégique SNIS
  - c. Objectif 3 : Renforcer le SNIS dans le domaine des ressources humaines (qualitatif et quantitatif)
  - d. Objectif 4 : Renforcer les infrastructures et l'équipement pour le SNIS
  - e. Objectif 5 : Mettre en place une architecture de communication intégrée pour les données sanitaires
  - f. Objectif 6 : Améliorer le financement du SNIS



- g. Objectif 7 : Fournir les résultats des enquêtes et recensements à temps pour le cycle de planification
- h. Objectif 8 : Harmoniser les sources des données pour le calcul des indicateurs sanitaires à tous les niveaux
- i. Objectif 9 : Adapter les indicateurs et outils de collecte aux besoins fluctuants d'information sanitaire
- j. Objectif 10 : Améliorer le traitement et l'archivage des informations sanitaires aux différents niveaux du système
- k. Objectif 11 : Améliorer la qualité des données produites par le SNIS
- l. Objectif 12 : Améliorer l'exhaustivité des données
- m. Objectif 13 : Renforcer la production et la diffusion d'informations sanitaires
- n. Objectif 14 : Rendre l'information disponible en temps réel
- o. Autre (s) (Précisez) : .....

## AXE #1 – RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DE LA PLANIFICATION ET DU LEADERSHIP

### Objectif 1 : Renforcer la coordination de l'ensemble du SNIS et la concertation avec les partenaires

1. Des normes et procédures pour la gestion de l'information sanitaire ont-elles été diffusées ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui comment ont-ils été validés ?
    - ii. Si oui à quels niveaux ?
    - iii. Si oui comment les personnels ont-ils été formés à ces normes ?
    - iv. Si oui comment les différents niveaux mettent-ils en œuvre ces normes et procédures ?
    - v. Si non expliquer pourquoi
2. Dans les normes et procédures pour la gestion de l'information sanitaire, existe-t-il une disposition/réglementation portant sur le stockage de l'information en local ou dans le nuage ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui quelle est cette disposition/réglementation ?
3. Où est stockée la plus grande partie de l'information sanitaire à l'heure actuelle ?
  - a. Armoire de rangement (physique)
  - b. Serveur physique interne (Au Ministère)
  - c. Serveur physique externe (en dehors du Ministère)
  - d. Serveur cloud interne (Ministère)
  - e. Serveur Cloud externe (en dehors du Ministère)
  - f. Autre (précisez) \_\_\_\_\_
4. Sur base des normes et procédures, comment sont protégées les données sanitaires sensibles ?



5. Les personnels à tous les niveaux connaissent-ils la disposition, y sont-ils formés ?
- Oui
  - Non
6. Les personnels à tous les niveaux sont-ils formés ?
- Oui
  - Non
7. Une réunion de consultation a-t-elle eu lieu pour discuter de l'élaboration d'un mécanisme de coordination ?
- Oui
  - Non
    - Si non, pourquoi ?
8. Un comité de coordination pour les systèmes d'information sanitaire a-t-il été créé ?
- Oui
  - Non
    - Si oui. le comité a-t-il été ratifié par acte administratif ?
      - Oui
      - Non
    - Si oui, quels comités ont-ils été établis ?
      - à quelle fréquence chacun d'entre eux se réunit-il ?
        - Journalière
        - Hebdomadaire
        - Mensuelle
        - Trimestrielle
        - Semestrielle
        - Annuelle
        - Jamais
      - Si les comités se réunissent moins d'une fois par semestre, expliquez pourquoi
    - Si oui, certains comités ont-ils créé des sous-comités ?
      - Oui
      - Non
        - Si oui, lesquels ?
    - Si oui, quels sont les principaux résultats obtenus par les comités à ce jour ?
    - Si non, pourquoi ?
  - Le cas échéant, quelles leçons peut-on tirer des comités mis en place ?
9. Quelles leçons peut-on tirer des activités menées à bien ?



## Objectif 2 : Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan Stratégique SNIS

1. Des lignes directrices pour l'élaboration des Plans d'Action Annuels SNIS ont-elles été développées ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui à quel niveau ont-elles été diffusées ?
    - ii. Si non, quelle raison pourrait selon vous l'expliquer ?
2. Des plans d'action annuels du SNIS ont-ils été élaborés chaque année ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui qui a validé les plans d'action ? (Instructions à l'enquêteur : recherchez la fonction au lieu du nom)
    - ii. Si non, pourquoi ?
3. Lors de l'élaboration du Plan d'Action Annuel du SNIS, les indicateurs/séries de données précédents sont-ils mentionnés ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui lesquels et de quel(s) système(s) proviennent-ils ?
    - ii. Si non, quel type d'information/de données est mentionné
      1. Quelle est leur source ?
4. Une fois élaborés, comment les plans d'action annuels sont-ils communiqués ou diffusés aux différents niveaux/partenaires ?
  - a. Cette coordination pourrait-elle être améliorée ?
5. Une évaluation à mi-parcours du Plan SNIS a-t-elle été menée
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui à quelle date ?
    - ii. Si oui, quelles sont les leçons apprises de cette évaluation ?
    - iii. Si non pourquoi ?
6. Un nouveau plan stratégique a-t-il été développé sur la base de cette évaluation stratégique ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui à quelle date ?
7. Existe-t-il des données, indicateurs ou systèmes spécifiques utilisés pour superviser et évaluer les performances du Plan SNIS
  - a. Oui
  - b. Non



- i. Si oui, quels sont les indicateurs ou séries de données collectées ? (Instructions pour l'enquêteur : répondez aux questions ii à ix pour chaque réponse reçue à ces questions)
- ii. Si oui, à quelle fréquence l'indicateur est-il supervisé ?
1. Journalière
  2. Hebdomadaire
  3. Mensuelle
  4. Trimestrielle
  5. Semestrielle
  6. Annuelle
  7. Jamais
- iii. Si oui, quelles sont les décisions prises sur base de ces données ?
- iv. Si oui, quels éléments de données/indicateurs utilisez-vous pour prendre cette décision ?
- v. Si oui, où accédez-vous à l'information pour prendre cette décision ?
- vi. Si oui, à quelle fréquence accédez-vous à cette information ?
- a. Journalière
  - b. Hebdomadaire
  - c. Mensuelle
  - d. Trimestrielle
  - e. Semestrielle
  - f. Annuelle
  - g. Jamais
- vii. Si oui, comment utilisez-vous cette information ?
- viii. Si oui, quelle est la qualité des données/indicateurs évalués ?
- ix. Comment les données sont-elles vérifiées ? Si des données sont manquantes ou inexactes, comment cela est-il corrigé ?
- x. Si non, comment validez-vous les activités du Plan SNIS ?
10. Des rapports annuels sur le Plan SNIS ont-ils été rédigés ?
- a. Oui
  - b. Non)
    - i. Si oui, à qui ont-ils été diffusés ?
    - ii. Si non, pourquoi ?
11. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?



## AXE #2 – RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIERES, DES EQUIPEMENTS ET DES INFRASTRUCTURES

### Objectif 3 : Renforcer le SNIS en ressources humaines en qualité et en nombre

1. Les postes, profils et exigences en termes de personnel du SNIS ont-ils été définis ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui comment ont-ils été documentés et définis ?
    - ii. Si non pourquoi ?
    - iii. Si non comment les exigences en termes de personnel ont-elles été définies ?
2. Le SNIS disposait-il des ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre complète de l'activité ?
  - a. Oui
  - b. Non
3. Des personnels supplémentaires ont-ils été embauchés pour mener à bien les activités du SNIS
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui combien ?
    - ii. Si oui s'agissait-il de postes permanents ou temporaires ?
4. Quel est le niveau moyen d'éducation des personnels ?
5. Combien d'années d'expérience ont les personnels en moyenne ?
6. Combien de personnes ont-elles été embauchées en moyenne pour mettre en œuvre le SNIS ?
7. De quel type de formation peuvent bénéficier les personnels à l'embauche ?
8. En moyenne, quel est le pourcentage des personnels participant aux formations proposées ?
9. Quelles sont les formations dont les personnels peuvent bénéficier en continu ?
10. En moyenne, quel est le pourcentage des personnels utilisant les formations en continu ?
11. Un plan de formation SNIS a-t-il été élaboré ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui qui a validé le plan de formation ?
    - ii. Si non, pourquoi ?
12. Au moins cinq personnes ont-elles reçu des formations courtes en épidémiologie, statistiques, informatique chaque année ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui quel type de personnel a-t-il été sélectionné pour participer aux formations ?
    - ii. Si oui comment les participants ont-ils été sélectionnés ?
    - iii. Si non, quelles en sont les raisons ?



13. Au moins deux personnes ont-elles bénéficié de formations à long terme en épidémiologie, statistiques, informatique chaque année ?

a. Oui

b. Non

a. Si oui quel type de personnel a-t-il été sélectionné pour participer aux formations ?

b. Si oui comment les participants ont-ils été sélectionnés ?

c. Si non, pourquoi ?

14. Des programmes de formation liés au Plan SNIS ont-ils été élaborés ou revus dans les établissements professionnels ?

a. Oui

b. Non

i. Si oui quels établissements ont-ils un programme SNIS ?

ii. Si non quelles en sont les raisons ?

15. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

#### Objectif 4 : Renforcer les infrastructures et équipements au profit du SNIS

1. La construction a-t-elle été complétée sur le DGISS aujourd'hui DGESS ?

a. Oui

b. Non

i. Si oui, Quelles études techniques ont été menées sur la construction de la DGISS aujourd'hui DGESS ?

ii. Si non Pourquoi ?

2. Des équipements ont-ils été achetés pour la DGISS aujourd'hui DGESS

a. Oui

b. Non

i. Si oui, quels types de matériels/logiciels, ordinateurs, meubles, etc...) ?

ii. Si non, pourquoi ?

3. Des équipements ont-ils été achetés pour les niveaux des structures/districts en lien avec la construction du DGISS aujourd'hui DGESS?

a. Oui

b. Non

i. Si oui, merci de préciser la nature des équipements et le lieu de l'achat ?

4. Les servers se trouvent-ils dans les locaux du DGISS aujourd'hui DGESS?

a. Oui

b. Non





5. Des véhicules ont-ils été acquis pour le DGISS aujourd'hui DGISS ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui combien ont été acquis ?
    - ii. Si non pourquoi ?
6. Un plan d'achat des ordinateurs a-t-il été développé ?
7. Des ordinateurs sont-ils disponibles au DGISS aujourd'hui DGISS?
  - a. Oui
  - b. Non
8. Combien de districts ont-ils des ordinateurs à disposition (pourcentage) ?
9. Combien de régions ont-elles des ordinateurs à disposition (pourcentage) ?
10. Combien d'hôpitaux ont-ils des ordinateurs à disposition (pourcentage) ?
11. Un plan de standard pour l'équipement en informatique a-t-il été élaboré et partagé ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non, pourquoi ?
12. Des normes pour les équipements ont-elles été élaborées puis diffusées aux différents niveaux du système sanitaire ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non, pourquoi ?
13. Un guide d'entretien des ordinateurs a-t-il été élaboré puis diffusé aux différents niveaux du système sanitaire ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non pourquoi ?
14. Les managers SIEM, CISSE et SIE ont-ils été formés à l'entretien préventif et de premier niveau des équipements informatiques ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui à quelle date cette formation a-t-elle été organisée ?
    - ii. Si non pourquoi ?
15. Vers qui se tournent les managers pour d'autres besoins en entretien informatique ?
16. Toutes les structures SNIS disposent-elles de possibilités d'archivage ?
  - a. Oui
  - b. Non
  - c. Si non, pourquoi ?
  - d. Si non, quel pourcentage des structures en bénéficie-t-il ?
17. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?



## Objectif 5 : développer une architecture de communication intégrée pour la gestion des données sanitaires

1. Une étude a-t-elle été menée sur la mise en réseau des structures de gestion de l'information sanitaire ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quelle date ?
    - ii. Si oui, quelles en ont été les principales conclusions ?
2. Un plan a-t-il été développé pour la mise en réseau des structures de gestion de l'information sanitaire ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, comment ce plan a-t-il été mis en œuvre ?
    - ii. Si oui, une équipe a-t-elle été mise en place pour superviser la mise en réseau ?
      1. Oui
      2. Non
        - a. Si oui comment est structurée l'équipe ?
    - iii. Si non, pourquoi ?
3. Les structures de gestion de l'information sanitaires sont-elles en réseau ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, de quelle manière ?
    - ii. Si oui est-ce cela compatible avec l'entrepôt des données ?
4. Quel est le pourcentage des districts et structures ayant accès à Internet ?
  - a. Si internet est disponible, combien d'heures par jour ces structures ont-elles accès à Internet ?
  - b. Si internet n'est pas disponible, comment s'opère le flux d'information vers le système ?
5. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

## Objectif 6 : Accroître le financement en faveur du SNIS

1. Quel est votre rôle dans la contribution au taux d'exécution du budget ?
2. Quelles sont les informations budgétaires que vous fournissez à d'autres ? (Instructions pour l'enquêteurs : autres peut inclure le MOH, le MOF, les partenaires, etc.) ?
3. Comment fournissez-vous ces éléments ?
4. A qui transmettez-vous cette information budgétaire ?
5. Quelle utilisation pensez-vous qu'ils en font ?
6. Une table ronde des partenaires techniques et financiers a-t-elle été organisée pour le financement du plan stratégique ?
  - a. Oui
  - b. Non



- i. Si oui, à quelle fréquence ?
    - ii. Journalière
    - iii. Hebdomadaire
    - iv. Mensuelle
    - v. Trimestrielle
    - vi. Semestrielle
    - vii. Annuelle
    - viii. Jamais
  - ii. Si oui, quel type de partenaires a-t-il participé ?
  - iii. Si oui quels partenaires supplémentaires ont-ils été identifiés sur base de la table ronde ?
7. Comment le budget du SNIS a-t-il été élaboré ?
- a. Quelles sont les données ou quels décideurs ont influencé le développement du budget ?
  - b. Qui a approuvé le budget finalisé ?
8. Quel est le montant des fonds alloués au SNIS (en moyenne, par an) et quelle est la répartition entre financement par les partenaires, les bailleurs, le gouvernement ?
9. Comment garde-t-on la trace des dépenses ?
- a. Quel est le système utilisé à cet effet ?
  - b. Quel est le processus utilisé pour comparer les dépenses réelles et les dépenses prévues par le budget ?
10. Pouvez-vous fournir une liste exhaustive des sous-catégories de dépenses qui sont traçables ?
11. Si possible pourriez-vous fournir le budget de l'année dernière et les dépenses réelles pour l'année dernière ?
12. Quel type d'activités de sensibilisation sont-elles menées pour augmenter le budget du SNIS ?
- a. Quel type d'activités de sensibilisation ont-elles été les plus efficaces pour augmenter le budget du SNIS ?
  - b. Si aucune activité n'a pris place, pourquoi ?
13. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

### **AXE #3 – Amélioration de la production, de la gestion et de la qualité des données sanitaires**

#### **Objectif 7 : disposer des résultats d'enquêtes et de recensement à temps pour les cycles de planification**

1. Quelles enquêtes clés ont-elles été complétées pendant la mise en œuvre du Plan SNIS ?
- DHS
  - Enquête nationale sur la prévalence de la TB, Vaccins, Nutrition, Paludisme, Chaîne d'approvisionnement
  - Enquête nationale sur la couverture vaccination
  - Enquête nationale sur la nutrition (tous les 2 ans)
  - Enquête Paludisme (tous les 2 ans)
  - Enquête cartographie de la chaîne d'approvisionnement



2. Pour chaque enquête complétée, merci de répondre aux questions suivantes :
  - a. Date à laquelle l'enquête a été complétée ?
  - b. Qui a financé l'enquête ?
  - c. Comment les résultats ont-ils été utilisés ?
  - d. Les enquêtes ont-elles été complétées dans les délais ?
  - e. Comment les résultats de ces enquêtes ont-ils été intégrés dans le processus de planification du Ministère de la Santé ?
3. Si certaines activités n'ont pas été complétées, pouvez-vous en expliquer les raisons ?
4. L'INSD a-t-il fourni des données démographiques au SNIS ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non, pourquoi ?
5. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

### **Objectif 8 : Harmoniser les sources de données pour le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux**

1. L'INSD a-t-il élaboré des données démographiques standardisées ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui à quel niveau ceci a-t-il été diffusé ?
    - ii. Si non, pourquoi ?
2. Des lignes directrices ont-elles été élaborées pour les chiffres de population cible nécessaires aux calculs des indicateurs SNIS ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quel niveau ont-elles été diffusées ?
    - ii. Si non, pourquoi ?
3. Les métadonnées SNSI ont-elles été validées ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, comment ?
4. Les métadonnées SNIS ont-elles été documentées et diffusées ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quels niveaux ?
5. Avez-vous organisé un atelier national de leadership pour les CISSE régionaux sur les métadonnées SNIS ?
  - a. Oui
  - b. Non



- i. Si oui, à quelle date ?
  - ii. Si oui, qui y a participé ? (Instruction à l'enquêteur : Concentrez-vous sur les fonctions plutôt que les noms)
  - iii. Si non pourquoi ?
6. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

### Objectif 9 : Adapter les indicateurs et les outils de collecte à l'évolution des besoins en information sanitaire

1. Une enquête sur les besoins en information sanitaire a-t-elle été complétée ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quelle date ?
    - ii. Si oui, quelles en ont été les principales conclusions ?
    - iii. Si non pourquoi ?
2. Un atelier d'examen de l'indicateur SNIS a-t-il été organisé ?
  - a. Oui
  - b. Non)
    - i. Si oui, à quelle date ?
    - ii. Si oui, qui y a participé ? (Instruction à l'enquêteur : Concentrez-vous sur les fonctions plutôt que les noms)
    - iii. Si non pourquoi ?
3. Une étude a-t-elle été menée sur les outils de collecte intégrée des données ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non pourquoi ?
4. Un atelier sur l'élaboration d'un outil de collecte intégrée des données a-t-il été organisé ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quelle date ?
    - ii. Si oui, qui y a participé ?
    - iii. Si non, pourquoi ?
5. De nouveaux outils de collecte des données ont-ils été élaborés ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, quels outils de collecte des données ont-ils été mis à jour et quand ?
    - ii. Si oui, comment ces outils ont-ils été testés ?
    - iii. Si oui, quand les outils ont-ils été développés ?
    - iv. Si non, pourquoi ?



6. Les managers CISSE de DRS, DS et du niveau national ont-ils été formés à l'utilisation d'outils harmonisés et intégrés ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, à quelle date a été organisée la formation ?
    - Si non, pourquoi ?
7. Les personnels des structures sanitaires ont-ils été formés à l'utilisation d'outils harmonisés et intégrés ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, à quelle date a été organisée la formation ?
    - Si non, pourquoi ?
8. Les nouveaux outils de collecte des données ont-ils été diffusés à toutes les structures sanitaires ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, Comment les structures peuvent-elles demander des outils supplémentaires de collecte des données en cas de besoin ?
    - Si non, pourquoi ?
9. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

### Objectif 10 : Améliorer le traitement et l'archivage de ' information sanitaire aux différents niveaux du système

1. Les spécifications pour l'entrepôt des données avec interface web ont-elles été documentées ?
- Oui
  - Non
    - Si non, pourquoi ?
2. L'entrepôt des données avec interface web a-t-il été élaboré et développé ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, où a-t-il été testé ?
    - Si oui, qui a accès à l'interface web ?
    - Si oui, à quels niveaux est-il disponible ?
    - Si non, pourquoi ?
3. L'entrepôt des données a-t-il été testé dans trois régions pilotes ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, dans quelles régions ?
    - Si non pourquoi ?



4. L'entrepôt des données a-t-il été déployé à tous les niveaux (district, région, central)?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non, pourquoi ?
5. Les utilisateurs ont-ils été formés à tous les niveaux (district, région, central) ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non, pourquoi ?
6. Est-ce que les spécifications pour le logiciel de gestion des données des hôpitaux compatibles avec l'entrepôt des données ont été documentées ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non pourquoi ?
7. Un logiciel de traitement des données pour les hôpitaux a-t-il été élaboré et développé ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, quels CHU et CHR ont-ils testé la fonction ?
    - ii. Si oui, quels hôpitaux ont-ils bénéficié du logiciel ?
    - iii. Si oui, les utilisateurs (SIH, CUS, SUS et SUT) ont-ils été formés à l'utilisation du logiciel ? Quand ?
    - iv. Si non, pourquoi ?
8. Un plan global pour le système d'information hospitalier a-t-il été développé ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, comment est-il mis en œuvre ?
    - ii. Si oui, comment les progrès sont-ils mesurés ?
    - iii. Si non, pourquoi ?
9. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

### Objectif 11 : Améliorer la qualité des données produites par le SNIS

1. A quelle fréquence est opérée la supervision de soutien au niveau régional ?
  - a. Journalière
  - b. Hebdomadaire
  - c. Mensuelle
  - d. Trimestrielle
  - e. Semestrielle
  - f. Annuelle
  - g. Jamais



2. A quelle fréquence est opérée la supervision de soutien au niveau régional dans les hôpitaux ?
  - a. Journalière
  - b. Hebdomadaire
  - c. Mensuelle
  - d. Trimestrielle
  - e. Semestrielle
  - f. Annuelle
  - g. Jamais
3. Des lignes directrices pour la supervision de soutien ont-elles été élaborées ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à qui ont-elles été diffusées ?
    - ii. Si oui, la supervision de soutien respecte-t-elle les lignes directrices ?
    - iii. Si non, pourquoi ?
4. Comment se fait le retour d'information sur la collecte de données, le rapportage et la qualité ?
5. Qui fournit le retour d'information ?
6. A qui le retour d'information est fourni ?
7. Un guide de validation pour les données intégrées du SNIS a-t-il été élaboré ?
  - a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quels niveaux a-t-il été diffusé ?
    - ii. Si oui, comment a-t-il été validé ?
    - iii. Si non pourquoi ?
8. Opérez-vous une analyse des données ?
  - a. Oui
  - b. Non
  - c. Si oui lesquelles et à quelle fréquence ?
    - a. Journalière
    - b. Hebdomadaire
    - c. Mensuelle
    - d. Trimestrielle
    - e. Semestrielle
    - f. Annuelle
    - g. Jamais
9. Comment les données SNIS sont-elles validées ?





10. A quelle fréquence les données SNIS sont-elles validées ?
- a. Journalière
  - b. Hebdomadaire
  - c. Mensuelle
  - d. Trimestrielle
  - e. Semestrielle
  - f. Annuelle
  - g. Jamais
11. Par qui les données SNIS sont-elles validées ?
12. Un manuel pour les enquêtes sur la qualité des données SNIS a-t-il été développé ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non pourquoi ?
13. Un audit sur la qualité des données a-t-il été mené pour le SNIS ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quelle fréquence ?
      - a. Journalière
      - b. Hebdomadaire
      - c. Mensuelle
      - d. Trimestrielle
      - e. Semestrielle
      - f. Annuelle
      - g. Jamais
    - ii. Si oui, quand ont-ils été menés ?
    - iii. Si non pourquoi ?
14. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

### Objectif 12 : Améliorer l'exhaustivité des données

15. Les données sont-elles collectées dans les structures privées et confessionnelles à Ouagadougou et Bo-bo-Dioulasso ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, quelles données sont-elles collectées ?
    - ii. Si oui, comment s'opère le flux de données dans le système ?
    - iii. Si oui, où sont stockées les données ?
    - iv. Si non, pourquoi ?



16. L'annuaire nationale des structures privées est-il à jour et disponible ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, qui y a accès ?
    - Si non, pourquoi ?
17. Quand s'est opéré le dernier recensement des structures privées et confessionnelles ?
18. Un atelier sur les sous-systèmes communautaires a-t-il été mené à bien ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, à quelle date ?
    - Si oui, quelles leçons ont été identifiées ?
    - Si non, pourquoi ?
19. Des outils de collecte des données intégrées ont-ils été développés au niveau communautaire ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, quels outils ?
    - Si oui, les communautés ont-elles été formées à la collecte de données ? Quand ?
    - Si non, pourquoi ?
20. Les nouveaux outils de collecte de données ont-ils été diffusés à toutes les communautés ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, Comment les structures peuvent-elles demander des outils supplémentaires de collecte des données en cas de besoin ?
    - Si non, pourquoi ?
21. Les données sont-elles collectées sur les ONG -RENCAP et OBCE ?
- Oui
  - Non
    - Si oui, quelles données ?
    - Si oui, les ONG ont-elles été formées à la collecte de données ? Quand ?
    - Si oui, où sont-elles stockées ?
    - Si oui, comment ces données sont-elles traitées ?
    - Si oui, Un outil de traitement des données a-t-il été développé ?
      - Oui
      - Non
        - Si non, pourquoi ?



22. Les CISSE ont-ils été formés aux outils de collectes de données pour les ONG-RENCAP ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si non, pourquoi ?
23. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

## AXE #4 – AMELIORATION DE LA PRODUCTION, DE LA DIFFUSION ET DE L'UTILISATION DE L'INFORMATION SANITAIRE

### Objectif 13 : Renforcer la production et Le partage de l'information sanitaire

1. Quels sont les documents statistiques produits chaque année au niveau national ? (Instructions pour l'enquêteur : sélectionnez toutes les réponses et demandez à voir les documents)
- a. Rapport annuel
  - b. Bulletins d'information sanitaire
  - c. Tableau de bord
  - d. Autre (spécifier) :
2. Avec qui ces documents sont-ils partagés et comment ?
3. Un annuaire régional a-t-il été mis en place ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, cela inclue-t-il les 13 régions ?
      1. Oui
      2. Non
        - a. Si non, pourquoi ?
        - b. Si non, dans combien de régions cela est-il mis en place ?
    - ii. Si oui, a-t-il été diffusé aux décisionnaires et structures locaux ?
    - iii. Si non pourquoi ?
4. Un outil informatique pour la gestion des outils de financement de la santé a-t-il été développé ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, quel outil ?
    - ii. Si oui, quand a-t-il été diffusé ?
    - iii. Si oui, qui l'utilise ?
    - iv. Si non, pourquoi ?
5. A quelle fréquence les Comptes Nationaux de Santé sont-ils complétés ?
- a. Journalière
  - b. Hebdomadaire
  - c. Mensuelle



- d. Trimestrielle
  - e. Semestrielle
  - f. Annuelle
  - g. Jamais
6. Le sous-compte Paludisme a-t-il été inclus dans les CNS ?
7. Le sous-compte TB a-t-il été inclus dans les CNS ?
8. La santé reproductive a-t-elle été incluse dans les CNS ?
9. Quand les derniers Comptes Nationaux de Santé ont-ils complétés ?
10. Les comptes suivants ont-ils été inclus dans les Comptes Nationaux ?
- a. Paludisme
  - b. TB
  - c. VIH/AIDS
  - d. Reproductive Health
11. Un manuel a-t-il été développé pour fournir des lignes directrices sur la présentation et la diffusion des informations sanitaires ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, qui a participé à l'élaboration du manuel ?
    - ii. Si oui, Un atelier de validation a-t-il été organisé ?
    - iii. Si oui, à qui a-t-il été diffusé ?
    - iv. Si oui, comment est-il mis en œuvre ?
    - v. Si non, pourquoi ?
12. Les journées statistiques de santé ont-elles été organisées ?
- a. Oui
  - b. Non
    - i. Si oui, à quelle fréquence ?
      - 1. Journalière
      - 2. Hebdomadaire
      - 3. Mensuelle
      - 4. Trimestrielle
      - 5. Semestrielle
      - 6. Annuelle
      - 7. Jamais
    - ii. Si oui, à quel niveau ?
    - iii. Si non, pourquoi ?



13. Quelles formations ont été proposées aux parties prenantes pour l'utilisation des informations sanitaires dans la prise de décision ?
- Quels matériels ont-ils été utilisés ?
  - Quelles parties prenantes ont-elles participé ?
  - Quand la formation a-t-elle été organisée ?
  - Si les formations n'ont pas eu lieu, pouvez-vous expliquer pourquoi ?
14. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

#### Objectif 14 : Rendre disponible l'information à temps réel

- Un site Internet SNIS a-t-il été créé ?
  - Oui
  - Non
    - Si oui, les données SNIS y sont-elles disponibles ?
      - Oui
      - Non
    - Si oui, quelles autres données trouve-t-on sur le site ?
    - Si oui, où sont stockées ces données ?
    - Si non, pourquoi ?
- Comment peut-on y avoir accès ?
- Quels types de visualisation des données sont possibles ?
4. L'entrepôt de données est-il connecté à Internet avec des droits d'accès et une sécurité ?
  - Oui
  - Non
    - Si non, pourquoi ?
5. Existe-t-il des fonctionnalités permettant de produire des informations de santé en ligne couplées à des systèmes d'information géographique ?
  - Oui
  - Non
    - Si non, pourquoi ?
6. Quelles leçons peut-on tirer des activités complétées ?

