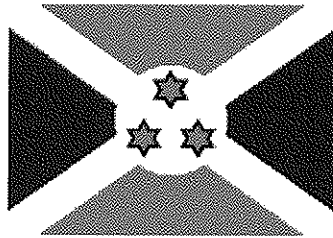


REPUBLIQUE DU BURUNDI



FICHE D'IDENTIFICATION

**Appui au Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Ministère de la Santé
Publique et de la Lutte Contre le SIDA**

COOPERATION BELGO – BURUNDAISE

**Dans le cadre du Programme Indicatif de Coopération
2010-2013**

octobre 2010

1. TITRE ET DESCRIPTION DE LA PRESTATION DE COOPERATION

Titre : Appui au Système National d'Information Sanitaire du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA (ASNIS)

1.1 Introduction

Cet appui intégré vise à appuyer le Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le Sida (MSPLS) dans ses fonctions régaliennes de planification, de régulation, de gestion et d'organisation du système de santé, ainsi que de suivi-évaluation des prestations du système de santé et de l'évolution de l'état de santé de la population. D'importantes réformes ont été initiées au Burundi (dont la transformation du Système d'Information Sanitaire) ; cet appui est également conçu comme un appui au MSPLS pour mener à bien l'ensemble de ces réformes. L'appui vise non seulement le niveau central du ministère, mais aussi les niveaux intermédiaires et périphérique - les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS), les Bureaux de Districts (BDS) et les Centres de Santé (CDS) - ainsi que les hôpitaux afin de contribuer à améliorer l'offre de services par une politique de meilleur suivi-évaluation des actions mises en œuvre via un système plus performant de collecte, analyse et partage des données en rapport avec le système de santé et la santé de la population en général.

En effet, cet appui apporte une valeur ajoutée du point de vue gouvernance car cette informatisation permettra le contrôle des flux financiers et des économies attendues dans le système sanitaire.

En outre, l'appui au SNIS est non un axe du PIC 2010-2013, mais aussi une des neuf(9) priorités du Gouvernement dans le secteur qui ont été présentées par l'Honorable Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida lors de la réunion extraordinaire du CPSD du 01.10.2010.

Cet appui constitue aussi un investissement rentable puisqu'il va permettre une rationalisation des ressources et un gain d'efficacité. Il permettra au SNIS de suivre les indicateurs des différentes réformes en cours ainsi que ceux de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux mères enceintes.

L'appui se centre non seulement sur la nécessaire consolidation des acquis lors du dernier appui en expertise apporté par la Coopération Belge (2008-2010) mais aussi sur de nouveaux aspects comme l'informatisation des hôpitaux couplée avec l'instauration d'un « dossier-patient » informatisé.

Le programme comprend un important volet de renforcement de capacités, d'encadrement et de motivation du personnel de manière à augmenter en quantité et en qualité les prestations en matière de production et d'analyse des données statistiques et épidémiologiques au bénéfice du système de santé, de l'ensemble des partenaires et de la communauté. L'appui se centre aussi sur l'amélioration de la formation du personnel médical avant emploi (en collaboration avec le projet Appui à la réforme des Formations Paramédicales) et en cours d'emploi dans le domaine de l'information sanitaire et du suivi-évaluation.

1.2 Justification de l'intervention

Au vu de l'ensemble des éléments (voir infra) qui ressortent des analyses faites du Système d'Information Sanitaire (SIS) actuel et des recommandations faites non seulement par l'audit institutionnel du MSPLS, l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS I), et l'évaluation par l'outil *Health Metrics Network*, l'intervention proposée se justifie pour les raisons suivantes :

- Bien que certains partenaires soient disposés à financer ponctuellement le SIS, il n'y a pas à l'heure actuelle de projet spécifique d'appui global au SIS au sein de l'aide prévue par les PTF au Burundi

- L'intervention envisagée apportera au MSPLS l'opportunité d'améliorer la fiabilité des données produites en particulier quant aux données en provenance du secteur hospitalier qui est un des maillons les plus faibles dans le SIS
- L'investissement qui sera consenti dans le cadre de cette intervention permettra une meilleure gestion des finances publiques du secteur de la santé en général notamment parce qu'une meilleure base de données permettra un meilleur suivi-évaluation et une allocation des ressources plus équitable
- L'investissement très important qui sera consenti dans l'enveloppe de cette intervention pour le secteur hospitalier en particulier, se justifie pleinement car il permettra d'améliorer la gestion globale administrative, financière et médicale des hôpitaux et leurs ressources. Une étude récente au Rwanda¹ vient de démontrer l'effet important sur les revenus d'un hôpital général universitaire grâce à un système de facturation plus efficace et complète qui n'a été rendu possible que par la mise en place d'une gestion de l'information hospitalière intégrée².

1.3 Contexte et analyse du secteur de la santé et du SIS au Burundi

Le Système de santé du Burundi est organisé sous forme de pyramide à 3 niveaux : le niveau central représenté par l'Administration centrale du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, le niveau intermédiaire constitué par 17 Bureaux Provinciaux de Santé et le niveau périphérique représenté par 45 Districts Sanitaires qui sont les entités les plus opérationnelles du système de santé et un réseau de formations sanitaires de 728 Centres de Santé, publics, conventionnés et privés³, et 63 hôpitaux (publics, conventionnés et privés).

Les Centres de Santé constituent en principe la porte d'entrée du système de soins qui comprend aussi les Hôpitaux de Districts, les Hôpitaux Nationaux Généraux et Spécialisés ainsi que les cliniques et cabinets médicaux privés développés plus particulièrement pour ces derniers à Bujumbura.

La carte sanitaire du Burundi indique que le pays compte **728 Centres de santé**, dont **58 %** relèvent du **secteur public**, **27 %** du **secteur privé** et **14 %** du **secteur conventionné**.

Des **63 hôpitaux, cliniques et polycliniques** répertoriés sur l'ensemble du territoire, on distingue 34 hôpitaux de district de première référence (dont **30 HD publics** et **4 HD conventionnés**), 20 hôpitaux, cliniques et polycliniques à plateau technique variable (16 privés et 4 conventionnés), **1 sanatorium public**, **3 hôpitaux publics régionaux de deuxième référence** (Gitega, Bururi, Ngozi), **4 hôpitaux publics généraux** (CHUK, HPRC, CPLR, HMK) et **un hôpital public spécialisé** (CNPK) à Bujumbura,

¹ a) La Rationalisation des coûts basée sur la structuration électronique des données des prestations de soins dans un hôpital d'un pays en développement. Cas du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK). Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master en Sciences économiques, finalité Entreprises. Umulisa L. ULB & Solvay Brussels School of Economics and Management, 2009-2010.

b) Evaluation of a new method for in-patient co-morbidity analysis based on KHIRI Pathology Group Set codes at the Kigali University Teaching Hospital. Verbeke, F., Murekatete, C., Ngoc, C. T., Karara, G., Gasakure, E., & Nyssen, M. (2009). Journal of Health Informatics in Developing Countries (JHIDC), ISSN: 1178-4407, Vol 3, No 2 (2009).

² Financement dans le cadre d'un projet bilatéral belge au Rwanda. L'expérience de la Belgique peut servir pour cette intervention.

³ Au Burundi, le secteur privé se subdivise en secteur privé non lucratif et privé lucratif. Le secteur privé non lucratif regroupe en fait des structures le plus souvent confessionnelles ou associatives qui font l'objet d'une convention avec l'Etat ; elles sont classées sous le terme « agréées ». Dans ce document nous les appelons « conventionnés ».

Le **secteur privé non lucratif** (conventionné) participe pleinement à la réalisation du Paquet Minimum d'Activités (105 CDS) et du Paquet Complémentaire d'Activités (8 Hôpitaux) en conformité avec la Politique Nationale de Santé et est intégré partiellement au système de santé public par convention.

Le **secteur privé lucratif médical et pharmaceutique** est essentiellement présent au niveau des centres urbains et plus particulièrement au niveau de la ville de Bujumbura. Ce secteur joue un rôle progressivement croissant dans le système de santé en dépit de l'absence de données chiffrées de ses activités et de contrôle exercé par le MSPLS. Au niveau des structures de soins, le secteur privé lucratif comprend 16 structures de soins de type hôpital, cliniques ou polycliniques dont 10 se trouvent dans la ville de Bujumbura et un réseau de centres de santé (422) et pharmacies disséminés sur tout le territoire. En plus de ces structures, il existe une série de cabinets privés surtout dans la ville de Bujumbura dont la liste n'est pas disponible.

Ce dernier secteur souffre également d'un manque de contrôle de qualité, de supervision et d'intégration dans les activités de routine organisées par le MSPLS et les partenaires du secteur santé.

1.3.1 Situation épidémiologique⁴

L'analyse de la situation épidémiologique n'est pas toujours facile à interpréter. Il manque, par exemple, beaucoup de données en provenance des hôpitaux (26% des hôpitaux, dont 2 hôpitaux généraux nationaux de Bujumbura, n'ont pas transmis de données en 2009).

On peut cependant noter que les principales causes de morbidity identifiées et notifiées par les CDS sont, par ordre décroissant, chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme, les pneumonies et les maladies diarrhéiques. Par contre, chez les adultes, 97% des causes de morbidité identifiées et notifiées par les CDS sont dues au paludisme.

Les principales causes de mortalité identifiées et notifiées par les CDS chez les moins de 5 ans sont par ordre décroissant : les causes non spécifiées (près de 50%), le paludisme (30%), la pneumonie (12%), la diarrhée (6%) et la malnutrition sévère (3%). Chez les adultes, les principales causes de mortalité identifiées et notifiées par les CDS sont par ordre décroissant : les causes non spécifiées (58%) le paludisme (29%), les accouchements et problèmes liés à la grossesse (5%), les « pneumonies » (4%) et la tuberculose (2%), les diarrhées et dysenteries (2%).

Sous réserve de ce qui a été signalé plus haut quant à la fiabilité des chiffres au niveau des hôpitaux, en 2009, les principales causes notifiées d'hospitalisation sont par ordre décroissant, le paludisme (33%), les causes non spécifiées (11%), les parasitoses intestinales (8%), les maladies diarrhéiques (7%), les infections des voies respiratoires inférieures (7%), les plaies sur traumatismes (5%), les infections des voies respiratoires supérieures (4%), l'anémie (4%), troubles liés à la grossesse, accouchement et post-partum (3%)

Dans les hôpitaux, en 2009, les principales causes de mortalité notifiées sont par ordre décroissant, le paludisme (31%), les causes non spécifiées (18%), les infections des voies respiratoires inférieures (9%), l'anémie (7%), le SIDA (6%), la malnutrition (3%), la tuberculose (3%), les maladies diarrhéiques (3%), les palies et traumatismes (3%), les troubles liés à la grossesse, accouchement et post-partum (2%)

De manière générale, le profil épidémiologique du Burundi présente un tableau relativement sombre au vu des chiffres de mortalité. En effet, le **ratio de mortalité maternelle** reste très élevé 868 pour 100.000 naissances vivantes (RGP2008) tandis le **taux de mortalité infantile** (0-1 an) est estimé à 110 pour 1000 naissances

⁴ Sauf indication dans le texte, les chiffres renseignés sont issus de l'annuaire 2009 publié par EPISTAT

vivantes (RGP2008) et que le **taux de mortalité infanto-juvénile** (moins de 5 ans) est à 165 pour 1000 naissances vivantes(RGP2008).

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 50 ans au Burundi (Statistiques sanitaires mondiales, 2010, OMS).

Le taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés) est très appréciable au Burundi et est de 83% pour l'année 2009

Le taux d'accouchement assisté en milieu de soins est passé de 22,9% en 2005 à 54% en 2009 grâce notamment à la mesure de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les accouchements instaurée depuis 2006.

1.3.2 Financement du secteur de la santé

Les dépenses totales de santé au Burundi demeurent faibles, principalement du fait du faible niveau des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé, et se situaient autour de 14,5 US\$ par habitant par an pour l'année 2006 (étude Banque Mondiale). Cette estimation représente moins de la moitié de la moyenne des dépenses de santé par habitant pour l'Afrique subsaharienne et est inférieure aux dépenses de santé dans d'autres pays en post-conflit comme le Rwanda. La majorité des dépenses provient de l'aide extérieure qui représente environ 50% des dépenses totales. En 2006, les dépenses publiques dans le secteur de la santé ont atteint seulement 1 US\$ par habitant. L'aide extérieure et le secteur privé ont financé le reste, notamment via les dépenses privées des ménages⁵

Les dépenses devraient se situer à 23,10 USD par habitant et par an selon les projections 2009-2011 du CDMT. Sur ces 23 USD, 11 USD proviendraient des Partenaires techniques et financiers, 5 USD de l'Etat et 6USD de la population sous forme de paiement direct (*out of pocket*) par les ménages⁶.

En 2008 et 2009, le Budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé Publique représentait 5% du Budget général de l'Etat, en 2010 il représentait 7,4% ce qui, malgré la progression, est encore loin des 15% préconisés par l'OMS.

Selon les Comptes Nationaux de la santé qui analysent la situation de 2007, le secteur privé est la principale source de financement de la santé et représente **43%** de la Dépense Totale de Santé (DTS). La contribution des ménages est la plus importante car elle représente 40% de la DTS et s'effectue à travers les versements directs aux prestataires et les cotisations aux assurances publiques et privées⁷.

La coopération multilatérale (agences des Nations Unies, Banque Mondiale, Commission Européenne), la coopération bilatérale, les ONG et les initiatives internationales (Fond Global, GAVI, etc.) contribuent à **40%** de la DTS et constituent la deuxième source de financement.

Les mécanismes de financement de la santé sont en train de changer progressivement. En effet, pour améliorer la performance de son système de santé, le Burundi est en train de passer progressivement à un système de financement de type input vers un système de financement de type output appelé également financement basé sur les résultats.

⁵ « Etude sur le financement de la santé au Burundi », BM, 2007, cité dans « Mission d'études des coûts et du financement du système de santé au Burundi », CE, février 2009

⁶ Cadre des Dépenses à Moyen Terme 2009-2011, MSP

⁷ Comptes Nationaux de la Santé 2007, MSP, août 2009

298

A

1.3.3 Principales faiblesses du système de santé en général

Les principales faiblesses arrêtées entre la Belgique et le Burundi du secteur de la santé et qui guident le choix des interventions prioritaires sont ⁸ :

- ✓ L'insuffisance des ressources humaines tant en qualité qu'en quantité et surtout au niveau périphérique ;
- ✓ La démotivation et l'instabilité du personnel en fonction ;
- ✓ L'absence d'une politique et d'un plan de développement des ressources humaines ;
- ✓ La faible qualité de la formation dans les écoles médicales et paramédicales liée à l'insuffisance d'enseignants qualifiés, l'insuffisance de matériel didactique et l'inadéquation entre la formation et l'emploi ;
- ✓ Le circuit d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux peu efficace dans un contexte de faiblesse dans la gestion de ces derniers ;
- ✓ L'inexistence d'un système de contrôle de qualité des médicaments ;
- ✓ L'insuffisance de la qualité des services de santé offerts à la population ;
- ✓ Le faible accès financier des populations vulnérables aux soins de santé malgré une gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ La faiblesse du système d'information sanitaire ;
- ✓ La faiblesse dans la coordination et le suivi/évaluation des interventions sanitaires ;
- ✓ La forte « verticalisation » des programmes et projets de santé liée à la faible intégration actuelle des activités des programmes dits verticaux dans le renforcement des activités de soins et de gestion ;
- ✓ L'insuffisance du système de maintenance des équipements informatique, bureautiques, biomédicaux et des infrastructures sanitaires ;
- ✓ La faible intégration du secteur privé lucratif dans le système de santé ;
- ✓ L'allocation inefficace dans le secteur de la santé des ressources financières encore insuffisantes.

1.3.4 Principales réformes dans le secteur de la santé

Pour rendre plus performant son système de santé, le Burundi s'est engagé dans une série de réformes dont les principales sont :

- ✓ La décentralisation du système de santé par la mise en place des districts sanitaires qui est l'entité la plus opérationnelle du Ministère de la Santé Publique. Ces districts sont des entités géographiques couvrant 150.000 à 200.000 personnes et encadrant 1 hôpital de district et 10 à 15 Centres de Santé permettant ainsi d'assurer en principe une meilleure planification des interventions sanitaires au niveau périphérique, une gestion plus souple et plus efficace et une supervision formative des structures de santé.
- ✓ Le financement de la santé basé sur la performance (contractualisation basée sur la performance : il s'agit d'un mode de financement basé sur les résultats).

⁸ Ces priorités sont reprises dans le Programme Indicatif de Coopération (PIC) 2010-2013, signée entre les deux pays en octobre 2009. Cette identification en découle directement.

- ✓ L'approche sectorielle : le Ministère de la Santé Publique et les partenaires ont entrepris de mieux coordonner leurs interventions dans le cadre d'une approche sectorielle. Un organe de coordination au niveau national, le CPSD, a été mis en place. La logique de programmation conjointe gagne progressivement du terrain parmi les bailleurs et partenaires de la santé au Burundi. La Belgique n'est pas en reste puisqu'elle a déjà participé à une mission conjointe avec la CE et DFID dans la perspective d'un possible appui coordonné au MSP. Cependant, un certain nombre de difficultés subsistent : la formalisation des engagements des partenaires (« Compact »), certains partenaires continuent à intervenir de manière indépendante et l'intégration des programmes verticaux reste un enjeu clé.
- ✓ La transformation du SIS et la modernisation de la cellule d'**Epidémiologie** et de **statistique** du MSPLS (EPISTAT) entreprise en 2008 notamment via l'appui en expertise, la fourniture d'équipements et la formation fournies par la Coopération Belge. (Fonds d'Expertise et Appui Ponctuel aux Institutions Publiques)

1.3.5 Le SIS au Burundi

1.3.5.1 Organisation du SIS

Les données sanitaires sont produites aujourd'hui d'une part par le SIS de routine et d'autre part par des circuits parallèles organisés par les différents programmes de santé, ce qui occasionne pour les agents de santé, une importante surcharge de travail et, pour le système d'information, une difficulté d'harmonisation et de centralisation des données. Un nouvel outil va être utilisé en 2011 qui intègre les données souhaitées par l'ensemble des programmes (en dehors du PNILT) et qui est censé éviter les difficultés antérieures en créant une seule filière de production de données.

Les données de routine sont produites mensuellement par les CDS et les hôpitaux sur base d'un rapport écrit, transmises aux BDS pour y être encodées dans un logiciel de gestion de base de données (GESIS), puis transmises sur support informatique aux BPS et enfin à la cellule EPISTAT.

En dehors de ce SIS de routine et des systèmes d'information des programmes, un certain nombre de données sont produites classiquement par des études et enquêtes ponctuelles. Il manque cependant encore un système d'information quant aux ressources disponibles et utilisées.

Il existe également un système de surveillance et de rapportage téléphonique des épidémies.

La transmission des données par la cellule EPISTAT à l'ISTEEBU, aux services centraux et aux partenaires est très insuffisante ainsi que la rétro-information aux structures périphériques.

1.3.5.2 Les appuis antérieurs et actuels au SIS

Depuis de nombreuses années, plusieurs appuis ont été apportés au SIS, sans toutefois arriver à mettre véritablement sur pied un SNIS solide et fiable répondant suffisamment aux besoins nationaux et pouvant répondre aussi, par exemple, aux demandes d'information exprimées par les instances internationales.

Ces appuis au SIS n'ont toujours été conçus que comme une composante de programmes de santé plus généraux comme le *Projet de Réhabilitation Sanitaire* de 5 provinces en 2002, le *Projet Santé et Population II* en 2005 et le *Programme d'Appui Transitoire au Secteur de la Santé du Burundi* en 2006.

Σ

A

En 2008, afin de mener à bien la transformation du SIS et la modernisation d'EPISTAT, stratégie élaborée par le MSPLS, une expertise nationale et internationale a été fournie par la coopération belge mais sans budget propre pour financer les actions à mener, ce qui, malgré les résultats attendus atteints, a constitué un handicap considérable et n'a pas permis d'asseoir suffisamment les bases d'un SNIS durable et complet.

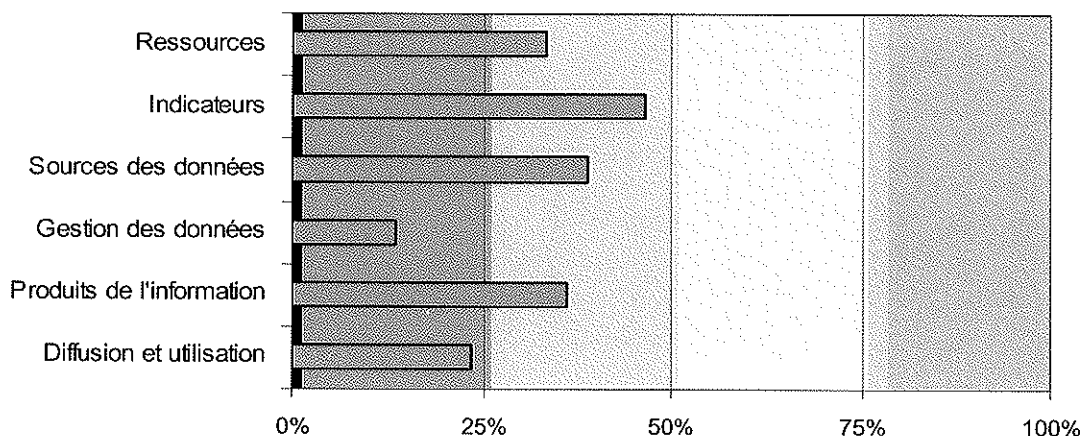
De nombreux partenaires ont contribué au fil des années (et contribuent encore) au financement de ces efforts pour le SIS et notamment l'OMS, l'Unicef, l'Union Européenne (FED), la BM, le FM, la Coopération Belge (FEX, APIP, APIMS, PAPS-K), GAVI, Pathfinder International, le Projet Santé+. Mais ces appuis ont toujours été partiels et n'ont jamais été fournis sous forme d'un projet de développement global du SIS peut-être en partie en raison de l'absence d'un véritable plan stratégique.

1.3.5.3 Evaluation du SIS du Burundi par l'outil Health Metrics Network (HMN)

En juillet 2008, un atelier d'évaluation du SIS du Burundi utilisant les outils développés par HMN a analysé six composantes du SIS, à savoir ses ressources, sa production d'indicateurs, ses sources de données, sa gestion des données, les produits de l'information et la diffusion & utilisation des données.

Les six composantes sont scorées en *Pas du tout satisfaisant (zone rouge)*, *Présent, mais pas satisfaisant (zone orange)*, *Satisfaisant (zone jaune)* et *Très satisfaisant (zone verte)*.

Le diagramme ci-dessous montre les résultats



Comme on peut le constater, aucune des composantes ne dépasse les scores de « *présent mais pas satisfaisant* » et les composantes « *gestion des données* » et « *diffusion & utilisation* » des données sont jugées « *pas du tout satisfaisant* ».

Certes, des progrès ont été faits depuis, mais pour certaines des composantes beaucoup d'efforts restent très certainement à fournir.

1.3.5.4 Principaux acquis pour le SIS de 2008 à 2010

En termes de **renforcement de capacités**, le personnel d'EPISTAT a bénéficié de multiples formations : utilisation des logiciels de base (Word, Excel, Power Point, Internet) et spécialisé en informatique (GESIS, Epi Info et cartographie), formations à la communication et aux techniques de supervision.

Trois membres de ce personnel ont bénéficié d'une bourse d'études en Belgique pour suivre le cours intensif en épidémiologie et statistiques. Une partie du personnel des BPS, des BDS et des hôpitaux a été formée à l'utilisation des logiciels de base (Word, Excel, Power Point, Internet) et spécialisé en informatique (GESIS).

En termes de **modernisation de l'environnement technologique** à EPISTAT, et dans les 17 BPS, des équipements ont été fournis grâce à l'intervention « Appui Ponctuel aux Institutions Publiques » (APIP) de la coopération belgo-burundaise (PC, connexion internet et intranet, serveur, téléphonie interne, stabilisateurs de courant, onduleurs, disques durs externes, clés USB, clés de connexions internet

Une expérience pilote de fourniture de service de **maintenance préventive et curative** des équipements à EPISTAT et dans 17 BPS a été menée durant une année (CTISIS⁹/EPISTAT/APIP).

De nouveaux **outils de collecte et de transmission de données** ont été développés : consensus avec les programmes de santé pour les données à suivre en routine, paramétrage du GESIS pour les anciens et nouveaux canevas de collecte de données dans les CDS, confection de registres et de guides.

Depuis 2010 une **prise de conscience** grandissante des enjeux et défis pour la mise en place d'un véritable SNIS tant par les agents de santé du MSPLS que par les partenaires du secteur santé mérite d'être signalée.

A noter aussi une **implication de plus en plus grande du personnel d'EPISTAT** dans les processus de transformation et dans les tâches quotidiennes dévolues à EPISTAT (ex: rapports statistiques annuels).

Mais tout ce qui a été mis en place reste encore fragile et on ne peut pas encore véritablement parler de système *national* (ou global) d'information sanitaire et si de gros efforts ont été consentis pour améliorer la production des données au départ des CDS, il y a encore beaucoup de lacunes pour la production et la transmission des données au départ des hôpitaux publics et privés et des cabinets et cliniques privés particulièrement développés à Bujumbura et dans une moindre mesure dans les autres centres urbains.

1.3.5.5 Principales faiblesses persistantes du Système d'Information Sanitaire

Malgré les acquis indiscutables décrits au point 1.3.5.4, le SIS du Burundi souffre encore de nombreuses faiblesses qui handicapent sérieusement les processus d'élaboration de stratégies, de planification et de suivi/évaluation des actions mises en œuvre par le MSPLS. Pour un même indicateur, parfois plusieurs chiffres circulent selon les sources, certains chiffres avancés se révèlent à l'analyse non fiable, les données hospitalières sont très pauvres, des pans entiers de l'activité sanitaire font défaut comme les données du secteur des hôpitaux, cliniques et cabinets privés.

Les raisons de ces faiblesses sont multiples

- ✓ Manque d'intérêt, d'analyse et d'utilisation des données par les agents des services
- ✓ Collecte, transmission et fiabilité des données encore insuffisantes (surtout pour les hôpitaux)
- ✓ Manque de consensus pour la collecte des données hospitalières et leurs outils d'analyse et de transmission (pas de dossier médical informatisé)
- ✓ Manque d'un système adapté pour le financement continu et autonome du SNIS

⁹ La CTSIS est la Cellule de Transformation du Système d'Information Sanitaire qui fait partie de la stratégie du MSPLS pour la transformation et la modernisation d'EPISTAT. Les trois experts de la CTB mis à la disposition du MSPLS sur financement du Fonds d'Expertise font partie de cette cellule. L'expert international en Santé Publique en est le responsable.

- ✓ Formations des agents de santé en amont (écoles paramédicales, l'Institut National de Santé Publique - INSP, Faculté de Médecine) non adaptées aux besoins de terrain en matière de collecte et d'analyse des données
- ✓ Trop peu voire absence de cadres du MPLCS et d'EPISTAT formés dans le cadre d'un troisième cycle en épidémiologie, statistiques sanitaires et système d'information
- ✓ Trop peu voire pas de formation complémentaire et continuée en analyse des données pour les agents de santé des CDS et des hôpitaux
- ✓ Absence d'un véritable SNIS et d'une Direction Nationale au sein de l'organigramme du MSPLS (recommandation de l'audit institutionnel du MSPLS de 2008-2009)
- ✓ Toujours pas de plan stratégique de développement du SNIS
- ✓ Répartition des tâches et délégation des tâches (à EPISTAT et dans le système) insuffisantes d'où découle un manque d'intérêt et d'appropriation du SIS de routine par les agents de santé
- ✓ Manque de partage d'information, de coordination et de collaboration entre les différents services/programmes et EPISTAT
- ✓ Pressions des bailleurs pour augmenter sans cesse le nombre de données à suivre favorisant la création de systèmes de collecte parallèles
- ✓ Morcellement des appuis techniques et financiers des districts et districts « orphelins » en matière d'appui technique et financier

1.3.5.6 L'audit institutionnel et organisationnel du MSP en matière de SIS

L'audit institutionnel et organisationnel du MSPLS, réalisé en 2009, fait le constat suivant en rapport avec le SIS :

« Il n'existe pas de politique nationale sectorielle bien définie concernant le SNIS, mais divers documents existent réalisés dans le cadre de la réforme du SIS mais ne sont pas utilisés ni diffusés. Même le PNDS fait peu de cas du SIS qu'il ne fait que mentionner en entrefilet. Toutefois un diagnostic du SIS a été effectué dans le cadre de HMN et un plan stratégique est en préparation.¹⁰ L'architecture du SNIS avec ses différentes composantes n'est pas clairement déterminée. Certes il existe des outils en particulier pour la collecte des informations de routine au niveau des CdS et des hôpitaux, mais on observe de nombreux blocages et goulots d'étranglement, car il n'y a pas de culture SNIS partagée ni de celle de rendre compte alors que les Programmes nationaux de santé semble faire de la résistance ».

Le document définit aussi ce que devraient être les mandats d'un service/direction du SNIS:

1. *Disposer d'une vision synthétique de la situation sanitaire*
2. *Fournir des informations de qualité dans un système de collecte harmonisé et intégré impliquant tous les programmes et services du MSP, concernant la situation épidémiologique, l'offre des services, l'utilisation des services, la disponibilité des ressources et l'environnement socio-sanitaire.*
3. *Assurer la surveillance épidémiologique des maladies,*
4. *Analyser, Traiter les données et les traduire en information stratégique ;*
5. *Mettre à jour la carte sanitaire,*
6. *Assurer la formation des BPS et des Equipes Cadre de District à l'utilisation du SNIS*
7. *Développer une culture de l'information.*

¹⁰ NB : à ce jour ce Plan Stratégique n'a toujours pas été établi.

2. MINISTERE CHARGE DE LA PREPARATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION

Le **Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA** sera le ministère de référence de la prestation, chargé de la préparation et de la mise en œuvre. La réalisation de ce programme mobilise l'ensemble des structures au niveau central (Cabinet du Ministre, Directions générales, cellules et organes concernés par les fonctions de planification, de régulation, de définition et de contrôle de qualité, de coordination, de gestion, de suivi-évaluation). Les structures périphériques sont également mobilisées : il s'agit des Bureaux Provinciaux de Santé (BPS), les Bureaux de Districts de santé (BDS) et les hôpitaux. L'intervention sera basée au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida dans la (future) Direction du Système National d'Information Sanitaire. Son Directeur sera le responsable d'exécution. La gestion de cette intervention sera intégrée dans la gestion du programme en appui à la santé signé entre la Belgique et le Burundi en 2010 et en constituera un volet séparé.

3. OBJECTIFS (GENERAL ET SPECIFIQUE) DE LA PRESTATION

Objectif général

La disponibilité d'informations sanitaires fiables au Burundi est améliorée grâce à la mise sur pied d'un Système National d'Information Sanitaire pérenne.

Objectifs spécifiques

Les prestations en matière d'information sanitaire, tant pour les domaines public, conventionné que privé, incluant tous les niveaux du système sanitaire augmentent en qualité grâce à un appui à tous les niveaux de production et d'analyse des données.

Cet objectif sera atteint par (i) un renforcement des capacités et de la motivation du personnel de santé en matière d'information sanitaire, (ii) la consolidation des acquis en matière d'outils (comprenant la mise sur pied d'un système de maintenance pérenne) et (iii) par l'informatisation progressive en 4 ans des services hospitaliers avec notamment l'instauration du « dossier patient » informatisé.

Ce programme s'étendra sur 4 axes :

Axe 1 : Consolidation des acquis de l'intervention « Appui au SIS 2008-2010 » (transformation du SIS et modernisation d'EPISTAT)¹¹, en particulier concernant l'utilisation des nouveaux outils mis en place

Axe 2 : Informatisation du secteur hospitalier et dossier informatisé pour le patient hospitalisé

Axe 3 : Maintenance du parc informatique et bureautique du système de santé

Axe 4 : Renforcement de capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données sanitaires à tous les échelons du système de santé

¹¹ C'est dans le cadre de ce document de stratégie que s'est inscrit l'appui en expertise fournie par la coopération belge durant trois ans via le Fonds d'expertise

Résultats attendus

Axe 1 : Consolidation des acquis de l'intervention « Appui au SIS 2008-2010 » (transformation du SIS et modernisation d'EPISTAT), en particulier concernant l'utilisation des nouveaux outils mis en place

Résultats attendus

- ✓ Le SIS de routine des CDS fonctionne sur base des nouveaux outils mis en place (canevas, registres, guides, GESIS)
- ✓ Le fonctionnement du SIS de routine est assuré grâce à un financement garanti et progressivement pérenne
- ✓ Des données plus fiables sont progressivement plus facilement disponibles et plus largement diffusées pouvant aider à la prise de décision à tous les niveaux
- ✓ Le plan stratégique de développement du SNIS dans le cadre du PNDS II 2011- 2015 est disponible

Axe 2 : Informatisation du secteur hospitalier et dossier informatisé pour le patient hospitalisé

Résultats attendus

- ✓ Un contrat est passé avec un prestataire de service pour doter progressivement en 4 ans l'ensemble des hôpitaux publics du pays d'un système de gestion informatisé des données hospitalières couplé avec la confection d'un « dossier patient » informatisé. Pour que les hôpitaux privés soient plus intégrés dans le système de santé et notamment pour qu'ils puissent fournir de meilleures données sanitaires à l'Etat, il est important qu'ils puissent faire partie du projet d'informatisation et faire partie du réseau de partage de données. Pour cela, l'intervention contribuera à l'investissement selon des accords à conclure entre le MSPLS et ces hôpitaux selon un principe de « gagnant/gagnant ». Néanmoins, la participation aux financements sera plafonnée à x% (à définir) de l'installation et de la formation. Les modalités seront plus explicitées pendant la formulation et la première phase d'exécution.
- ✓ L'ensemble des hôpitaux publics (et les hôpitaux privés qui auront répondu à la sollicitation) est doté d'un nouveau logiciel et l'utilise pour le suivi du patient hospitalisé, pour la gestion administrative (entre autres facturation) et pour la collecte, l'analyse et la transmission des données épidémiologiques et sanitaires au sens large d'origine hospitalière.
- ✓ Un nouveau canevas de rapportage mensuel des données hospitalières répondant aux besoins du MSPLS et de ses partenaires est conçu en coordination avec les médecins et gestionnaires hospitaliers.
- ✓ La gestion administrative, financière et médicale des hôpitaux est améliorée permettant un meilleur suivi médical du patient hospitalisé et une augmentation des recettes hospitalières grâce à un meilleur système de facturation

Axe 3 : Maintenance du parc informatique et bureautique du système de santé

Résultats attendus

PIC 2010-2013/Fiche d'identification : Programme d'appui Système National d'Information Sanitaire du MSPLS

- ✓ Un système de maintenance préventive et curative pérenne du parc informatique et bureautique (hard et soft) est proposé et mis en place dans l'ensemble des services administratifs centraux et périphériques (BPS, BDS) et dans l'ensemble des structures de soins qui sont équipées de bureautique et matériel informatique.
- ✓ L'évaluation de fonctionnement des équipements informatique et bureautique (hard et soft) des structures et la mesure de satisfaction des agents des services bénéficiaires montre une amélioration continue de la qualité

Axe 4 : Renforcement de capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données sanitaires à tous les échelons du système de santé

Résultat attendu

- ✓ un inventaire des besoins en compétences est disponible : besoins à la future direction du SNIS, besoins aux différents niveaux décentralisés (BPS, BDS) et aux niveaux opérationnels (CDS, hôpitaux)
- ✓ un plan de formations des agents en matière d'épidémiologie et d'information sanitaire (nationales et internationales) sur 4 ans est disponible, budgétisé et mis en œuvre durant l'intervention
- ✓ le SNIS dispose au terme des 5ans de personnels formés selon les besoins tant au niveau central (entre autre ingénieurs statisticiens et informaticiens) qu'au niveau périphérique
- ✓ les indicateurs de changement de culture d'analyse et de partage de l'information montrent une amélioration progressive
- ✓ un bulletin d'information sanitaire trimestriel est régulièrement produit et diffusé dans l'ensemble du système de santé

Type d'assistance technique et d'expertise requise pour la durée de l'intervention

Permanent sur place durant 5 ans

1. Un médecin de santé publique de niveau international ayant une expérience et une compétence avérée en information sanitaire et en épidémiologie
2. Un informaticien de niveau national spécialisé en maintenance de logiciels, de matériel informatique
3. Un informaticien programmeur de niveau national spécialisé dans l'utilisation du logiciel GESIS

A la demande durant l'intervention :

Expertises ponctuelles (à la demande selon les besoins) dans les domaines suivants :

- ✓ systèmes d'information sanitaire
- ✓ cartographie sanitaire
- ✓ épidémiologie/statistiques sanitaires
- ✓ autres...

Sur appel d'offres pour 4 ans

- ✓ Une société spécialisée dans la conception, l'équipement et la formation en gestion de l'information hospitalière intégrée et du dossier patient à l'hôpital

Sgt

A

4. GROUPE CIBLE, LOCALISATION DE LA PRESTATION

Bénéficiaires

- Les bénéficiaires directs du programme sont tous les agents du système de santé dont les compétences et la motivation sont renforcés et ce tant au niveau central (y compris les programmes) qu'au niveau périphérique, et en premier lieu les prestataires de soins (actuels et futurs) au sein des centres de santé et des hôpitaux et les agents de santé au sein des BDS et des BPS.
- Les bénéficiaires indirects sont l'ensemble des autres secteurs ministériels, l'Institut Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU), les administrations communales et provinciales, les partenaires techniques et financiers, les chercheurs, la société civile et la population burundaise qui devrait pouvoir disposer d'une meilleure information en matière de données sanitaires afin de pouvoir participer de manière plus éclairée à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies nationales en matière de santé.
- En ce qui concerne la population en général, le programme est non seulement conçu pour avoir un impact sur l'amélioration des prestations (quantitative et qualitative) en matière d'information sanitaire mais aussi sur l'équité dans l'accès à des soins de qualité pour les plus vulnérables comme les femmes, les enfants et les plus démunis. En effet, des données fiables sur l'état de santé et sur la nature des soins délivrés notamment aux personnes les plus vulnérables est indispensable à l'élaboration de politiques ciblées plus particulièrement sur ce groupe. En plus, une gestion plus transparente améliore la gouvernance, la confiance et l'implication des bénéficiaires dans la gestion de ce secteur clé.

Localisation de l'intervention

Appui d'envergure nationale, avec un impact visé sur l'ensemble de l'offre services du système de santé burundais, en ce compris les structures de soins - CDS, cliniques, cabinets et hôpitaux - (publiques, conventionnées et privées), les BDS, les BPS et le niveau central.

5. COHERENCE DU PROJET AVEC LES STRATEGIES ET POLITIQUES DE SANTE ET DE DEVELOPPEMENT

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Le programme constitue une importante contribution aux efforts nécessaires pour atteindre les OMD, dans la mesure où il permettra de suivre de manière plus fiable les progrès réalisés des OMD suivants :

- Objectif 4 : réduire de deux tiers entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- Objectif 5 : réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015
- Objectif 6 : lutte les maladies : VIH/Sida, Malaria et autres maladies graves, accès au traitement du VIH/SIDA pour toutes les personnes infectées d'ici 2015

Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) du Burundi

L'intervention s'inscrit parfaitement dans les axes stratégiques « Santé » du « Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) » du Burundi, particulièrement l'objectif « *d'amélioration de la performance du système national de santé* ».

Le document de stratégie stipule (p190) ce qui suit : « *Il y a également lieu de souligner que (i) la forte centralisation de la gestion du secteur de la santé ; (ii) la faiblesse des moyens financiers alloués au secteur ; (iii) la faiblesse du système de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire ; (iv) le manque d'hygiène et d'assainissement constituent des facteurs entravant fortement les performances du système sanitaire burundais.* »

L'ASIS répond en particulier aux résultats suivants visés par le CSLP :

- **Formation, recyclage, perfectionnement du personnel médical et paramédical et des accoucheuses traditionnelles**
- **Amélioration de la gestion du personnel de santé**
- **Renforcement des capacités du service national d'Epidémiologie et des statistiques sanitaires**
- **Appui aux réformes sectorielles de la santé**
- **Mise en place d'un système de gestion et de maintenance des équipements et des infrastructures sanitaires**
- **Disponibilisation et subvention des soins obstétricaux d'urgence**
- **Amélioration en quantité et en qualité des consultations pré- et post-natales**

Le Plan National de Développement Sanitaire du Burundi

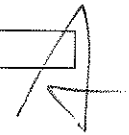
En matière d'information sanitaire, le Programme National de Développement Sanitaire 2006-2010 ne mentionne rien explicitement quant au SIS si ce n'est, dans son cadre de mise en œuvre (p51), ce qui suit : « *Renforcer la fiabilité des données du Système d'Information Sanitaire grâce entre autre à un appui au monitoring continue de la validité et de la complétude des données par les équipes cadres des secteurs sanitaires.* »

Le nouveau PNDS II 2011-2015 n'est pas encore établi mais il est d'ores et déjà certain qu'il comportera un volet beaucoup plus développé et plus explicite pour le SIS.

En effet, il devra tenir compte des constats établis par l'évaluation du PNDS I de juin 2010 qui souligne la confusion entre la notion de ce qu'est un système global d'information sanitaire, ce qu'est un SIS de routine et ce que les acteurs connaissent aujourd'hui, c'est-à-dire la cellule EPISTAT avec ses antennes périphériques, à savoir les agents SIS (*points focaux*) des hôpitaux, des BPS et des BDS. L'évaluation souligne aussi le *manque de données provenant de la DGR, de la DPML et de l'ISTEEBU* et enfin souligne la *trop grande fragmentation du SIS actuel qui entraîne un manque d'efficience et de cohérence dans l'allocation des ressources et une trop faible réactivité aux urgences.*

L'évaluation recommande de :

- ✓ *Prévoir le renforcement d'EPISTAT et son évolution vers une direction de l'information sanitaire qui dépendrait de la direction générale de la planification.*
- ✓ *La transformation du SIS en véritable Système National d'Information sanitaire par:*
 - *Le renforcement du système d'information de routine avec ses outils de collecte et de transmission des données (GESIS, registres, dictionnaire de métadonnées)*
 - *La création d'un service chargé de tenir à jour la carte sanitaire*
 - *Le renforcement de la capacité de surveillance épidémiologique*
 - *La formation du personnel de santé chargé de l'information sanitaire aux différents échelons du système de santé.*
 - *La maintenance préventive et curative du parc informatique et bureautique, etc.*



6. SYNERGIE AVEC LES AUTRES BAILLEURS DE FONDS BILATERAUX ET MULTILATERAUX

Depuis mars 2007, un Cadre de Concertation entre le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé (CPSD) a été mis en place pour la coordination des appuis techniques, financiers et matériels au secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et des Principes d'Accra. En Septembre 2007, le Burundi a été retenu pour faire partie des huit pays pilotes pour l'Initiative de Partenariat International pour la santé (HIP+)

Et tandis que la Belgique, premier Bailleur bilatéral traditionnel du Burundi est Chef de file des PTF du Burundi dans le secteur de la santé depuis Janvier 2010, les partenaires et bailleurs de fonds principaux dans le domaine de la santé sont : la Banque Mondiale, l'OMS, CE, DFiD, UNICEF, UNFPA, GAVI, USAID, UNAIDS, GFTM, Coopération suisse, Coopération italienne, Coopération japonaise.

Il est très difficile de connaître dès aujourd'hui avec précisions les engagements des PTF en matière d'appui au secteur santé pour les 5 années à venir et plus particulièrement en matière d'appui spécifique au SIS. Le PNDS II devrait apporter des précisions quant à ces prévisions et la formulation pourrait, dès son démarrage en 2011, contribuer à dresser un bilan plus complet des données disponibles en la matière.

7. DUREE ET BUDGET INDICATIF DE LA PRESTATION

Durée

La durée totale de l'intervention doit être envisagée sur 5 ans avec une première année de préparation du dossier d'appel d'offre (DAO), le lancement de l'appel d'offre international (AOI) pour le volet « informatisation des hôpitaux », en ce compris le développement du plan de formation qui en fait partie.

Budget belge et période d'engagement :

La contribution belge sollicitée pour ce programme est de **8.000.000 €**.

8. MESURES QUI SERONT PRISES POUR ASSURER LA DURABILITE DE LA PRESTATION APRES SA CLOTURE

La prestation s'appuie d'une part sur un transfert important de compétences aux cadres et agents nationaux du MSPLS tant au niveau central qu'au niveau périphérique, aux responsables administratifs et médicaux des hôpitaux.

La prestation aura un impact positif sur la coordination entre bailleurs de fonds qui pourra se baser sur une seule source de données plus fiables et améliorera grandement la perspective d'avoir un financement continue plus coordonné.

La prestation contribue à rationaliser et à améliorer l'offre de soins dans la mesure où les services centraux et périphériques de planification et suivi/évaluation du MSPLS pourront se baser sur des données plus fiables.

Elle doit aussi contribuer de manière importante à une gestion plus efficace et durable des équipements, au moins bureautiques et informatiques. L'expérience de l'informatisation de l'Hôpital CHK à Kigali peut valablement démontrer que l'investissement en informatisation est très rentable et peut libérer des fonds pour assurer sa pérennisation¹².

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) est un processus qui recueille l'appui des principaux bailleurs de fonds du Burundi. Il doit contribuer à augmenter les ressources pour les Centres de Santé et les Hôpitaux. Disposer d'un instrument efficace et convaincant d'amélioration des performances constitue un argument de poids vis-à-vis du gouvernement mais aussi des bailleurs de fonds extérieurs pour maintenir voire augmenter leur contribution au système de santé burundais. Mais pour être efficace le FBP a impérativement besoin d'une source de données fiables qui ne peut provenir que d'un SIS de routine plus performant lui-même. Le FBP qui a été mis en place se base déjà aujourd'hui sur le suivi et le contrôle de 24 indicateurs produits par le SIS de routine dans les CDS. La synergie entre le FBP et un SNIS plus performant est un gage supplémentaire de pérennité dans la mesure où tant que le FBP sera une des politiques prioritaires du MSPLS, des moyens pour le SNIS devront être impérativement disponibles. Le SNIS et le FBP seront des partenaires obligés.

Un des résultats attendus de l'intervention est : « Le fonctionnement du SIS de routine est assuré grâce à un financement garanti et progressivement pérenne ».

De cette garantie de financement à court, moyen et long terme dépend la survie non seulement du système mis en place actuellement mais de tout futur SNIS. C'est pourquoi la prestation a fait de cette exigence un de ses résultats attendus. Le passé du SIS au Burundi n'a que trop prouvé à maintes reprises que sans un système de financement pérenne et progressivement indépendant de l'aide extérieure, le risque de ralentissement des fonctions du SIS, voir l'arrêt brutal de l'utilisation de l'outil (GESIS par exemple) étaient inéluctables. Avec comme conséquence, un arrêt de la production de données, une démotivation du personnel quant à l'intérêt de la collecte, l'analyse et le partage de l'information sanitaire.

Une attention toute particulière devra être portée à ce résultat attendu.

¹² Voir note 1, p. 3