THIRD QUARTERLY REPORT

July - September 1986

16

STRENGTHENING HEALTH PLANNING CAPACITY
BURKINA FASO

USAID/BF 686-0251
Contract No. AFR 0251-C-00-4037-00

THE PRAGMA CORPORATION

116 EAST BROAD STREET
FALLS CHURCH, VA. 22046

THE PRAGMA CORPORATION
116 EAST BROAD STREET
FALLS CHURCH, VA. 22046

Tel. 703-237-9303 • Telex 203507 PRAGMA FSCH UR
FAX 703-237-9326

President
Jacques Defay

Established 1977

Clients

- AID
- World Bank
- IDB
- IFAD
- OAS
- Peace Corps

Fields

- Agriculture/Rural Development
- Health, Water Sanitation
- Financial Management
- Private Sector Development
- Conference Management
- Training, Education
- Industrial Development and Finance
- Microcomputer Application, Hardware and Software

Overseas Offices

Belize/Belize City
Tel. 45938
Telex- 120-VILLA BZ

Burkina Faso/Ouagadougou
Tel. 335339
Telex S.A G 5237BF

Indonesia/Jakarta
Tel. 793480
Telex: 47319 FINAS IA
FAX- 7996218

Panama/Panama City
Tel: 643862
Tel: 637842
Telex: 2116 TRFELCOR PA

Zaire/Kinshasa
Tel: 32714
Telex: 21536 LASCO ZR

Countries

Africa

- Botswana
- Burkina Faso
- Central African Republic
- Ivory Coast
- Mali
- Niger
- Rwanda
- Sierra Leone
- Zaire
- Zimbabwe

Latin America

- Argentina
- Bolivia
- Costa Rica
- Ecuador
- Guyana
- Honduras
- Mexico
- Nicaragua
- Panama
- Paraguay
- Peru

Caribbean

- Antigua
- Barbados
- Belize
- Dominica
- Dominican Republic
- Haiti
- Jamaica
- St. Kitts/Nevis

Asia

- India
- Indonesia
- Nepal
- Pakistan
- Philippines
- Singapore

North Africa/ Middle East

- Egypt
- Lebanon
- Morocco
- Tunisia
- Yemen

STRENGTHENING HEALTH PLANNING CAPACITY
BURKINA FASO

THIRD QUARTERLY REPORT
July - September 1986

USAID/BF 686-0251
Contract No. AFR 0251-C-00-4037-00

The Pragma Corporation
116 East Broad Street
Falls Church, VA 22046

Medical Care Development
1827 18th Street, N.W.
Washington, D.C. 20008

Best Available Document

TABLE OF CONTENTS

I. Introduction 1

II. Activities 1
A. Training 1
B. Health Information System 4
C. National/Regional Technical Exchanges 7
D. Construction 9
E. Operational Research 9

III. Liaison with Pragma/MCD 12

IV. Liaison with USAID 13

V. Liaison with Other Departments/Organizations 14
A. Ministry of Health 14
B. Ministry of Planning 15
C. German Cooperation Project 15
D. UNICEF 16
E. OCCGE 16
F. Health Services Development Project (PDSS) 16
G. Other 16

VI. Problems Encountered 17
A. National/Regional Technical Exchanges 17
B. Training 17
C. Internal Communication 17
D. Equipment 18
E. Facilities 18

VII. Projected Activities for the Fourth Quarter, 1986 . . . 18
A. Administration/Management 18
B. Training 19
C. Health Information System 19
D. National/Regional Conferences/Exchanges 20
E. Construction 21
F. Operational Research 22

VIII. Administrative Plans 23

IX. Conclusion 23

Annexes

Facsimile Annexes Under Separate Cover

Best Available Document

STRENGTHENING HEALTH PLANNING CAPACITY OF
THE MINISTRY OF HEALTH - BURKINA FASO

Project USAID/BF 686-0251
Contract No. AFR 0251-c-00-4037-00

THE PRAGMA CORPORATION

Third Quarterly Report
July - September 1986

I. Introduction

As the DEP moved into the second half of 1986, progress toward project goals continued and several new initiatives were undertaken. During the quarter, two DEP staff members departed for long-term training abroad and one returned from a short-term program in the United States. Compilation and analysis of data from the new health data collection system are progressing and an important workshop was held to revise the format of the new system. Follow-up work to the Five Year Health Sector Development Plan continued with preparation of detailed descriptions for proposed health projects. Reorganization of DEP filing systems for Planning also continued and the second IBM computer arrived in September.

Following the resolution of outstanding problems, construction work on the new DEP office building began and has advanced steadily during the quarter despite frequent and heavy rains. Dr. Abraham Bekele, the new TA Team Economist, arrived in September to begin a one year assignment with the project.

Recognition of accomplishments was also received during the quarter as three members of the DEP: the Director, the TA Team Epidemiologist and the Acting Chief Statistician received national merit awards during the country's anniversary celebration in August.

II. Activities During The Period

A. Training

Under project sponsorship, the Chief Statistician left for his long-term training and the Economist completed a three month short-term training in the U.S.. Under WHO sponsorship, the Nurse Evaluator began his long-term program of studies in France. Work was also carried out in revising the project training schedule and exploring additional short-term programs. English lessons were again offered to future participants although participation was less than the previous quarter due to vacation and workload schedules.

1. English Courses - The project continued to sponsor English language training at the American Language Center (ALC) for DEP personnel. Candidates who are programmed for future studies and/or observation visits in the U.S. and other Anglophone countries participate in this course.

   Prior to departure for his 18 month study program in the U.S., the Chief Statistician also underwent two weeks of intensive training in English conversation. Judging from feedback received from participants now in the U.S., the English language training received at the ALC has proven to be sufficient to enable them to undertake their educational programs in the U.S..

2. Departures - Two members of the DEP staff, the Chief Statistician and the Nurse Evaluator, departed for long-term training programs during the quarter.

   a. Cde. Dala, Rene left in mid-August to attend a one week orientation in Washington before proceeding on to a master's program in Biostatistics and Epidemiology at Tulane University. During the orientation in Washington, Cde. Dala met with, and was assisted by, Pragma/MCD home office personnel. Correspondence received by the COP and other DEP personnel indicate that he is adapting well and has an active program of studies.

   b. Cde. Nignan, Daouda left in late August to begin his master's level program at the Universite de Lyon. As noted previously, it was not possible to sponsor his training at the faculty of Health Sciences with project funds. The World Health Organization therefore agreed to provide Mr Nignan with a two year training fellowship. WHO thus continues to collaborate with the project toward the establishment of an effective research, planning, and evaluation capacity in the Ministry of Health.

3. Returnees - During the quarter, the DEP Economist returned from his three month study program at Boston University where he was studying the administration and management of health care in developing countries. Although certain anxieties were expressed by Ministry officials over the appropriateness of the study program, the participant had high praise for the program upon his return.

Designed for physicians and other health professionals, the study program provided a broad overview of health programs in developing countries with which the DEP Health Economist works. Before returning to Burkina Faso, the Economist spent a week in Washington where he met with personnel of the Pragma/MCD home offices and also conferred with the new TA Team Economist.

4. On-Going Training - Periodic contact is maintained with the Epidemiologist and the faculty of his study program at Emory University by both the TA Team home and field offices. To date, his studies appear to be proceeding well. Although a special course in English had been planned, the University has since judged this to be unnecessary as Dr. Ouedrago's written and oral expression appear to be quite adequate for the work required in his program of studies.

5. Other program participants - No other participants are due to leave this year although it is hoped that final arrangements for the short-term training of the Statistical Associate can be completed during the fourth quarter. AMREF Inc. of Nairobi has been asked to estimate the cost of arranging a short-term practical training course in computer statistical record management for the Statistical Associate. If such a program can be arranged in conjunction with the University of Nairobi, it is anticipated that the training would take place during the first semester of 1987.

   Efforts to further define the role of the Health Manpower Planner have also been made this quarter. It is anticipated that this post, though based at the DEP, will collaborate closely with the Ministry personnel and training departments. A candidate to begin long-term training for this post is currently being sought. After considering several programs in Health Management and Administration, it is believed that the one year MBA program at the University of Pittsburg is the most appropriate one for the DEP Administrator. Work was begun toward completing the application forms for this program.

6. Office Typist In-Service Training - Work continued toward upgrading office personnel skills despite training schedule disruptions due to the Typist's vacation and maternity leave schedules. The Administrative Assistant/Bilingual Secretary of the TA Team is primarily responsible for this training which addresses French language and typing skills.

7. Other Training - In addition to the formal training noted above, on-the -job training of project counterparts and other DEP personnal continued during the quarter as part of the normal daily workload. The participation of the Nurse Evaluator in the final evaluation of the USAID-funded Water Project is cited as an example of such training. Regularly scheduled in service training sessions were again not possible during the quarter due to other heavy demands on DEP staff time.

B. Health Information Systems

1. Health Data Collection System - First Quarter Province Statistics Reports -

   a. A total of 29 provinces submitted reports to the DEP for the first quarter. During the third quarter, data entry of first quarter reporting was completed and a series of tables were generated for use by the DEP and other central and provincial directorates. This initial output was presented at the National Conference for Revision of Data Collection Forms in August. Background data was also generated for the committee working on the study of Maternal Mortality.

   b. Data from the second quarter reports was directly entered into the computer files so that new tables reflecting six months reporting could be immediately prepared.

   c. Much of the quarter's activity centered on the preparation, implementation and follow-up of the four day conference in August for the comprehensive revision of the data collection forms. Following the conference, suggested modifications were made and examples of the new forms circulated in the central directorates for final comments. A trip was also made to Houet Province to discuss modifications with health officials there.

d. During the quarter, the 1985 Health Statistics report was completed and sent for printing. It will be available for distribution early in the fourth quarter.

e. After some delay in local authorization for its importation, the second IBM computer arrived in September at the DEP. Installation and the necessary adjustments in the office electrical capacity were being made as the quarter came to a close. The government computer service, CENATRIN, is helping with this installation.

f. A third computer order was assembled during the quarter in response to actual and anticipated needs of the DEP once the new building is completed. Due to the great demand for information processing it was decided to acquire four additional computers. These needs include data entry of the Weekly Communicable Disease Form, editing of the quarterly reports, document cataloguing, storage and retrieval as well as research, planning and accounting capabilities.

   This order is to be made as soon as possible in hopes that the computers will arrive and be ready for installation during the first quarter of 1987. Due to the lower prices now available on computer equipment purchased in the U.S., it is anticipated that sufficient funds will still remain for replacement models in later years of the project.

2. Information and Documentation Center -

a. Classification of Planning Service Files - This major undertaking, which was begun during the second quarter, has involved the examination and sorting of more than 10,000 pieces of correspondence. These were organized into 175 planning unit files and an index established for future filing. Planning unit personnel have found the new system extremely useful and time-saving. Such aid has been cited as an example of how an information center can not only make information available but also help the technician make better use of it.

b. A detailed list of equipment and supplies needed for the Information Center in the new building was also compiled during the quarter and catalogs ordered for selecting permanent reference documents for the center.

c. An "Information Alert," citing articles which appeared in the health journal "Developpement et Sante" was placed in the October edition of the "Bulletin of Epidemiology," which continues to be a joint endeavor of the Epidemiology/Statistics Unit and the Documentation Center. It is hoped that this "Alert" will generate a number of requests for "Developpement et Sante" which is a very informative West African - oriented health journal.

d. Routine cataloguing and indexing of documents continued during the quarter despite some disappointment with the pace of this work expressed by the TA Team Information Management Specialist. This problem in the Center's output, as well as an internal problem of communication in the documentation center, was aired in a special meeting with the COP and the DEP Director. Center personnel agreed to cooperate more closely in establishing and working toward project goals.

e. As noted above, the second computer arrived during the reporting period and will be used primarily by the Information Center to enter and store data on Center documents. As soon as the computer is installed, work will begin on mastering the accompanying software for computerization of the Center Data Base.

3. Bulletin of Epidemiology and Health Information - During the month of July, the second issue of the Bulletin was distributed to more than 700 facilities and/or individuals. A proposition was also made to establish a formal editorial committee to select, solicit and review articles for the Bulletin. The editorial committee will consist of twelve members appointed on an annual basis.

C. National/Regional Technical Exchanges

1. National Conference for the Revision of Data Collection Forms - The preparation, execution, and follow-up of this conference constituted one of the major activities of the quarter and involved both the Statistics and Planning Units of the DEP.

   The conference was held at the National School for Health Training in Ouagadougou during the period, 11-14 August. Representatives from each of the eight central Ministry Directorates, Provincial Directors of Health and at least one nurse or midwife from the provinces of Bazega, Houet, Kadiogo, Mouhoun, Sanmatenga and Seno participated in the conference.

   The principal results from the conference were included in the modifications made to the provincial quarterly report. These modifications reflected desired changes on medical center (CM) and clinic (CSPS) reporting forms. While the type of information to be gathered and the forms' general outline remained the same, due to the needs of the Central Directorates and the fact that provincial personnel had become accustomed to the forms, numerous changes in wording and format were made. It was also recommended that data from the village health posts need only be reported nationally twice a year.

   Other positive recommendations made during the conference addressed the training and level of expertise of provincial health personnel, as well as the necessary resources for optimal information flows.

2. In July, the DEP Director participated in the WHO - sponsored weeklong seminar on the Cost of Primary Health Care Services which was held in Dakar, Senegal. At the conference, the Director presented a paper prepared by himself and the COP on the Cost of Primary Health Care in Burkina Faso.

3. Field Trips -

   a. In preparation for, and follow-up to, the Data Form Conference, the Epidemiology and Statistics personnel carried out several trips to the provinces during the quarter. During visits to Houet Province, arrangements were also made for the December training of provincial personnel in the use of the new forms.

b. Following the Health Statistics System Conference, trips were made to Oubritenga and la Passore provinces to launch the study of Maternal Mortality.

c. Planning/Evaluation Unit Trips - The participation of the TA Team Health Planner and the DEP Nurse Evaluator in the evaluation of the USAID-funded Wells Project continued into the third quarter. As part of this evaluation committee, the Nurse Evaluator spent a considerable amount of time in the field.

Visits to proposed and actual project sites with representatives of donor countries were also made by DEP Planning personnel.

4. Preparation of Seminars/Conferences - While one seminar was held during the reporting period, plans were made for the three DEP - sponsored seminars/conferences to be implemented during the fourth quarter.

a. Evaluation Seminar - In preparation for a seminar on the methods and techniques of evaluating health projects, which will take place early in the fourth quarter, background papers were prepared and organizational meetings held. This seminar will provide background theory and information for the twelve member commission on Health Project Evaluation.

b. Conference for Central and Provincial Directors of Health - Suggested objectives, topics and agenda for the second 1986 Directors' Conference were made and discussed during the quarter. Due to other commitments of Central and Provincial Directors of Health Services, this conference, originally planned to be held early in the quarter, is now programmed for December.

c. Conference for Health Sector Donors - Preparations for the Second Annual Conference of Health Sector Donors also began during the quarter. A communication was sent to the donors requesting an updated summary of project activities and progress and a description of any new activities in the Health Sector. Meetings were also held with WHO and the agencies in the Presidency responsible for project monitoring of both large and small donor development projects. This two day conference is now scheduled to take place in mid-December, 1986.

10

5. Other Planned International Trips/Visits - No observation visits by DEP or other project-related personnel were made to neighboring West African countries during the reporting period. The proposed trip of Statistics personnel to visit the nearby automated USAID - funded Health information program in Niger was not possible because of busy work schedules and the necessity of making official government arrangements for such a visit. With existing commitments of DEP staff during the remainder of the year, it is highly unlikely that future observation visits will be made before 1987.

D. Construction

After the resolution of outstanding problems during the second quarter, marked and steady progress was made throughout the third quarter in constructing the new DEP office building. By the end of the quarter, the foundation, support beams, and floor base were complete and work on the walls begun. Supervisory visits to the worksite are made several times a week by the government Engineer. In addition, a worksite meeting with the contractor and representatives from the DEP, government engineering office, and USAID is held each Friday to evaluate progress.

E. Operational Research

1. Consumer Health Expenditure Study - The third quarter was, in principle, the final quarter for data collection in this national study. In effect, however, since a number of provinces did not begin their studies until after the October 1985 starting date, data collection will continue into the fourth quarter. The TA Team and DEP Economists met with the Epidemiologist and the Study Coordinator in September to discuss plans for analysis of the data. Final allotments for the gasoline funding provided by the project for this study have been made to approximately half of the provinces.

2. Maternal Mortality Study - Two field visits were made in September to test the questionnaire methodology of the retrospective inquiry on maternal deaths. As a result of these field tests and advice received from other epidemiologists, a decision has been made to drop the control group and investigate only those reported cases of maternal mortality.

11

During the quarter, the related study of maternal height and risk for Caesarian delivery was also carried out. As in data reported from other areas, a significant inverse relationship was seen between the height of the mother and the need for Caesarian delivery.

3. Boulgou Test Zone - The Government of Burkina Faso has requested the review of certain aspects of the World Bank loan to the Health Sector. While the final recommendations have not yet been received, it is anticipated that some program areas of the loan will be modified.

   A significant portion of the TA Team Health Economist's time was originally planned to be devoted to the Cost Recovery aspects of the Boulgou Study. Continued support, however, for the Boulgou Test Zone Research under this project is at the moment unclear as the research aspect of the project is one of the areas under review.

4. Schistosomiasis -

   a. Oubritenga - While this study is not scheduled to start until early 1987, contact is maintained with the Ouagadougou-based principal investigator and with the NGO donor and other health personnel during periodic visits to neighboring Ziniare. A sufficient amount of the anti-schistomal drug, Praziquantel, is apparently now on hand to begin the study of village health worker sale/distribution of the drug to infected persons as a means of community control of schistosomiasis.

   b. Vallee du Kou Study - During visits to Bobo-Dioulasso, the TA Team Epidemiologist discussed the proposed Vallee du Kou Research Project with the Parasitology Division at OCCGE and the provincial health officer of Houet Province. Both expressed continuing intention and interest to collaborate in the study. While there is some research interest in Bilharzia at OCCGE/Bobo, the main schistosomiasis research group of OCCGE is based in Niamey. A possibility of involving this Niger-based group in Vallee du Kou as consultants may be explored in the future.

During visits to Ouagadougou, advice on the Vallee du Kou study was also obtained from Dr. Alfred Buck and Dr. Robert Lennox, two scientists with a great deal of experience in Schistosomiasis and other tropical diseases. The possibility of centrally - funded consultancies through the Vector Biology Project was discussed with the latter.

5. Penicillin Resistant Study - Authors of the Gonorrhoea penicillin resistance study ordered project funded laboratory equipment during the quarter. Due to transport charges and price increases of materials, the cost of this study (approximately CFA 500,000) has somewhat surpassed its original estimate. The additional materials were nevertheless deemed to be necessary for the study and the increase approved. Payment will be made upon arrival of materials.

6. Medical Student Proposals - During the quarter, a request was received from the Medical School to provide support funds for certain senior student thesis projects. As a means of encouraging student interest in research of a public health and preventative nature, the DEP had budgeted funds for student research support. Of the seven proposed projects, six exhibited the proper orientation. Two of the proposals, however, were unaccompanied by required budgets. Four studies have thus been approved for funding. The approximative cost of these four studies is CFA 400,000. The TA Team Epidemiologist is providing technical advice to several of the students.

7. Other Activities - Another major emphasis of the Planning Unit during the quarter centered on the preparation of detailed project descriptions for which investment is sought from Health Sector donors during the Five Year Plan period, 1986 - 1990. Some 26 project descriptions were prepared in this collaborative exercise with the Ministry of Planning.

   Also in collaboration with the Ministry of Planning, a standard project monitoring form was prepared for on-going development projects. This simplified form has been adopted by the government and will replace the original DEP monitoring forms. These forms are completed quarterly with information received from central and provincial health officers.

13

Estimations of various health service expenditures continued into the third quarter. The COP collaborated with the DEP Director in preparing initial estimates of operating and investment costs/expenditures for primary health care and later for all health services. Health sector and provincial and local budgets were helpful in estimating personnel and other operational expenditures. A number of assumptions were made as data was not normally available in the exact form desired.

Routine review of project proposals continued in the third quarter. Several feasibility trips were also made by the Nurse Evaluator, accompanied by donors, to examine the need for new construction and other investment propositions.

Training and procurement schedules for the remainder of the project were also revised in detail during the quarter. These were submitted to USAID for future preparation of the necessary PIO/Ts and PIO/Cs for project funding. The computer planning program Microsoft Project proved helpful in preparing and printing the schedules.

III. Liaison with Pragma/MCD

A. Regular communication is maintained with the home offices through telex. Use of the SAG Transport Company telex machine to receive and send information has continued to prove satisfactory although some delays were experienced in September during the vacation period of the regular telex operator. Periodic use of the telephone is also made when immediate two way communication is desired. In general, however, telex is preferred because it is more efficient and provides a hard copy. Principal communications continue to be made with the Financial and Project Backstop Officers.

B. Home office aid in procurement of small items for the project continues and is much appreciated. Special office items unavailable in Ouagadougou are purchased in the states for the TA team field office. Permission to use the pouch for sending these items is also greatly appreciated.

Support is also given to both long and short term training of participants by the Home Office. While the participants are in the U.S., periodic telephone contact is maintained with them and they are encouraged to pass through the Washington area for personal contact whenever possible. During the reporting period, the Chief Statistician met with Pragma/MCD Home office personnel on several occasions during his week of orientation in Washington, prior to embarking on his long-term program of studies at Tulane.

Upon completion of his three month program at Boston University, the DEP Economist visited Washington to consult with the Home Office and the new TA Team Economist, Dr. Bekele.

Particularly helpful during the third quarter was the background information collected by the Home Office for the field preparation of the next computer order.

Home Office communications, concerning the project, are also made directly to both USAID Contract Officer at REDSO/Abidjan. These were principally concerned with the preparation and discussion of the amendment to the TA contract.

IV. Liaison with USAID

Routine contact with the HNPO is maintained by phone, in person or in writing on a near daily basis. In addition, special meetings are periodically held for project updates. Administrative authorization of both project and TA contract expenditures constitutes another major reason for contact. Information on activities in the health sector in Burkina Faso and elsewhere is frequently exchanged. Information on short-term training and conferences received from USAID/BF has been particularly welcome in this regard.

During the quarter, both the amendment to the Project Agreement and the new PIO/T for technical assistance were signed by the government.

Considerable contact was maintained with the training office in making final arrangements for the departure of the Chief Statistician for long-term training. A detailed training schedule for future participants was also prepared and submitted to USAID.

Support from the USAID Management Office was again forthcoming during the quarter and has been especially helpful in aiding the Economist to settle in.

The Sahel Region Financial Management Project, likewise, has continued to provide advice on DEP financial reporting. As SRFMP moves into a new phase, it is also making available its knowledge and expertise in inventory control and financial management to personnel of government departments which have USAID projects. Thus, arrangements have been made for the Administrator of the DEP and an Administrator/Financial Manager from the DAAF to participate in its upcoming four day seminar on Inventory Control Stock Management to be held in early November 1986.

The Office of Financial Management (OFM) continues to provide timely advice on a variety of questions related to the TA contract.

V. Liaison with Other Departments/Organizations

A. Ministry of Health

As noted above, all central directorates and representatives from six provinces participated in the National Conference for the Revision of Data Collection forms.

Periodic translations were also performed for the Cabinet and Secretary-General.

In addition to these and other routine interactions with Ministry of Health Departments, significant collaboration was observed with the following Directorates during the quarter:

1. DSME - Both Planning and Statistics Units have participated actively in the Commission for Reorganization of Maternal and Child Health Activities and Services. A particularly close collaboration has been established with this directorate in planning and implementing the Maternal Mortality Study.

2. DAAF - This directorate continues to collaborate with the DEP and was particularly helpful in providing financial data for estimating health service costs. A meeting was also held with the DAAF Director in relation to their participation in the USAID - related SRFMP November seminar.

3. DESA - Periodic contact continues to be maintained with this dynamic directorate. Plans developed by the DESA for strengthening its capacity were discussed with the DESA Director. Discussions included proposals for long-term training for certain DESA staff.

4. DSE - DEP planners have collaborated with the DSE in discussing their proposed program of Oral Rehydration Therapy and other measures to combat childhood diarrhoeal disease. Meetings have been held with the DSE and UNICEF in this regard.

5. DPV - Meetings were also held between this Directorate and DEP Planners to discuss proposed training for the Expanded Program of Immunization.

B. Ministry of Planning

As noted above, frequent contact was maintained with this Ministry during the reporting period. In follow-up activities to the Health Sector Five Year Development Plan, detailed descriptions of proposed projects for investment were prepared and submitted to the Ministry of Planning. On-going project monitoring forms were also completed for the Ministry during the quarter.

The Ministry of Planning centralized computer service, CENATRIN, has consulted with DEP computer staff and will aid with installation of the new computer.

C. German Cooperation Project

Collaboration continued with this important health sector development project during the quarter. The activities and experiences of this GTZ-funded project in ten of the country's provinces continue to provide guidance and direction for planning health services in the entire country. In particular, contact was maintained with the GTZ funded Health Services Utilization Study during this quarter. This study, also known as the "Solenzo Study", was carried out in one district of Kossi province.

17

Data was collected from both the health facilities (a medical center and three health clinics) in the district and from a selected sample of its population. Much information, including detailed data on perceived and actual health needs of the population, has been collected. TA team members (COP, Planner, Epidemiologist) and other DEP staff (Planner, Evaluator, Statistician) participated in a two day seminar in August 1986 to discuss the results of the study. The project has also furnished the DEP with a computer tape of some of the study's data for additional analysis. It is anticipated that more information, particularly economic, may be gleaned from the study for future planning.

D. UNICEF

Periodic contact continues to be maintained with this important health sector donor. During the quarter, meetings were held with the DEP Planners to discuss the upcoming PEV seminar.

E. OCCGE

This important regional research organization, which is based in Bobo-Dioulasso, provides direction to health efforts in the countries of Francophone West Africa. A number of contacts were made with OCCGE in regard to their interest in collaborating on research and control programs for Guinea Worm and Schistosomiasis

F. Health Services Development Project (PDSS)

Contact was again maintained with the National Director of this World Bank funded project. Meetings were also held with the Washington - based Bank project officers and other consultants during their visits to Burkina Faso.

G. In its routine daily work, the DEP also comes in contact with a myriad of donor and other governmental agencies.

18

VI. Problems Encountered

A. National/Regional Technical Exchanges

Due to schedule conflicts the dates for fourth quarter DEP-sponsored seminars were changed several times. In an attempt to combine certain seminars and meetings, and thereby reduce health worker time away from post, schedules of planned meetings/conferences for 1987 were requested by the Ministry during the quarter. Hopefully, the advance Ministry Calendar of Activities for 1987 will alleviate such shifting schedules next year.

Once again proposed observation visits to neighboring countries did not take place during the third quarter. This was due to a lack of available time for the technicians, as well as a lack of the necessary lead time to gain government approval. Use of project funds to sponsor DEP and other key Ministry personnel participation in important international conferences has also not been possible to date.

B. Training

The difficulty in locating an appropriate project funded training program to meet the educational needs of the Nurse Evaluator was resolved during the quarter. WHO has awarded the candidate a two year fellowship to attend the University of Lyon in France. The Nurse Evaluator had previously been accepted to this program but it was not possible to fund his participation in it with project funds.

While informal training of DEP personnel continues through the on-the-job counterpart system, no formal in-service training sessions were held during the quarter. The daily work schedule, a reduction in available manpower due to departure for study leave, and frequent urgent requests received from the Ministry have, to date, still not permitted the regular scheduling of such training.

C. As noted previously, an internal communication/cooperation problem in the Documentation Center was observed during the quarter. A meeting of interested parties and an airing of individual views has resulted in increased cooperation by all parties involved.

The question of government interest in and commitment to a national center for health information also arose during the quarter. Various alternatives have been proposed and a re-examination of needs and priorities is currently under review by the Ministry.

D. Some problems were experienced with office machine repair during the quarter. The DEP IBM Selectric typewriter, used presently by the Administrative Assistant/Bilingual Secretary, was out of commission during the entire reporting period. To date, mechanics in Ouagadougou have been unable to resolve the problem. As the quarter ended, it was again submitted for repairs to the mechanic used by USAID.

A major repair was also necessary on the Gestetner photocopier less than a year after its purchase. The cost of this repair amounted to approximately one-third of the actual purchase price of the machine. Although the photocopier is deemed to be extremely necessary, such an operational outlay raises questions about recurrent costs following completion of the project. It is believed, however, that more careful attention to protecting the photocopier from dusty environments may prevent the need for such expensive maintenance in the future.

E. Certain defects, particularly in the plumbing system, in the present DEP office building persist as their repair would not only be expensive but disruptive to daily work activities. Increasing the DEP computer electrical capacity was, however, carried out during the quarter. The target date for completion of the new DEP Office building remains February, 1987 and it is anticipated that the DEP will be able to transfer there by March, 1987.

VII. Projected Activities for the Fourth Quarter of Calendar Year 1986

A. Administration/Management

A list of DEP activities for 1987 and a calendar for their implementation will be developed early in the quarter. Following this, the DEP functional budget for 1987 will be developed to support these activities. The 1987 project budget will be submitted to USAID/BF for approval and authorization to request these estimated funds during 1987.

During the quarter a final review will be made of DEP job descriptions and a list of required qualifications for each post will be developed.

B. Training

English language training will again be funded for DEP and related Ministry personnel scheduled for training or observation visits to the U.S. and/or other Anglophone countries. The ten week regular course will begin in early October 1986.

Final selection of candidates for the long-term project fellowships in Management/Administration and Manpower Planning will be made during the fourth quarter. For the former, an application will be completed for the DEP Administrator to the twelve month MBA program at the University of Pittsburgh. Correspondence will also be made to U.S. schools of public health for information on graduate level training in Health Manpower Planning.

Opportunities for future short-term training of DEP staff will continue to be explored. In particular, follow-up inquiries will be made to previous contacts in regard to the short-term training of the Statistical Associate. His training is programmed for the first semester of 1987.

C. Health Information System

1. Health Data Collection System - After final editing and review by selected central and provincial directorates, the new data forms will be printed. An expanded guide for using the revised forms will also be developed prior to the November/December workshop for statistical clerks and other provincial personnel.

   A presentation of the new forms will be made to the Central and Provincial Directors of Health Services at their semi-annual conference.

21

In addition to final preparation of forms, a major focus of the quarter will be to prepare and implement two one-week seminars for statistical clerks and nurses/midwives from all of the country's provinces. These are currently scheduled to be held in Ouagadougou and Bobo-Dioulasso during late November and early December 1986.

Installation of the second computer will take place with the help of CENATRIN at the beginning of the quarter. Detailed specifications for the larger new computer order will be completed and submitted early in the quarter.

Data from the first and second quarterly reports will continue to be compiled and preprogrammed tables generated for analysis.

Special data collection needs of the PEV program will be determined in conjunction with the DPV and UNICEF.

As time permits, work will continue with computer data entry and development of system files for health service personnel and infrastructure information.

2. Information and Documentation Center - Following the installation of the second computer and mastery of the system's software programs, data entry of the Documentation Center bibliographic base will begin. This will involve the computerization of existing center files and testing of data entry and retrieval systems. Once the system is established, computer cataloging and indexing of new documents will proceed.

   The DEP Documentalist will make a field visit to Bobo-Dioulasso during the quarter to observe the Documentation Center of OCCGE.

   Also during the quarter, the third "Bulletin of Epidemiology and Health Information" will be finalized, mimeographed, and distributed to the country's health facilities.

   On arrival of the catalogs, the first major document order for the Center will be compiled.

D. National/Regional Conferences/Exchanges

The principal work of the DEP during the final quarter of 1986 will be to prepare and implement the following seminars:

22

1. Seminar in Evaluation Techniques and Methodology for Members of the Commission for the Evaluation of Health Projects (CEPS), 15 - 22 October 1986 - This six day seminar will introduce and expose Commission members to techniques of evaluation through presentation and discussion of concepts and methods of evaluation. It will also include practical work in establishing terms of reference and evaluation instruments for an actual health project evaluation. The German Cooperative Health Project will collaborate in this latter phase.

2. Semi-Annual Conference for Central and Provincial Directors of Health, 2 - 5 December 1986. This four day DEP-sponsored conference is scheduled to be held in Bobo-Dioulasso. The final program for the conference is still being developed.

3. Seminar for Statistical Clerks and Nurses/Midwives of the Provinces, 24 - 28 November and 8 - 12 December 1986. This one week seminar to instruct provincial personnel in the use of the revised health data collection forms will be held in two different locales. Provinces from the Southern part of the country will attend the seminar in Bobo-Dioulasso while those from the West, East, and Northern parts of the country will come to Ouagadougou for the seminar. The seminar is divided into two groups because of the large number of participants (e.g. approximately 70).

4. Health Sector Donor Seminar, 18 - 19 December 1986 - This second annual conference is again programmed for Ouagadougou. A summary document of existing and proposed health project status will be prepared for distribution to donors in advance of the conference.

5. In addition to the above DEP-sponsored conference, the DEP Administrator and a representative from the DAAF will participate in the four day seminar on Inventory Control which will be offered by the USAID-associated Sahel Region Financial Management Project during the period, 4 - 7 November 1986.

E. Construction

Continued progress in constructing the new DEP Office building is expected during the final quarter of the year.

F. Operational Research

1. Health Expenditure Study - The data collection phase of this study will end during the fourth quarter. Editing of the data and preparations for the analysis phase will be made by the Economists during the quarter.

2. Maternal Mortality - The first phase of this study involving selection of cases and health facility interviewing is scheduled to begin during the fourth quarter.

3. STD Penicillin Resistance Study - The equipment purchased for this study should arrive during the quarter, thereby enabling the study to commence.

4. Elaboration/Revision of Cost Recovery Study - Field visits will be made to Boulgou Province and /or other selected areas by the Economists to determine parameters of this proposed study. Draft preparation of a feasible study design is also envisaged for the quarter.

5. Other Proposed Research -

   a. Schistosomiasis Study - Work on the preparation of a study design and an estimated budget for the Vallee du Kou Project will begin during the quarter. Special laboratory materials for the Kato fecal examination used for S. Mansoni detection will also be ordered during the fourth quarter.

      Contact will be maintained with the principal investigator of the Oubritenga Study and an implementation schedule developed for its initiation early in 1987.

   b. Funds will be provided for student research proposals during the quarter.

   c. Solenzo Study - The data tape from this GTZ-funded study will be examined for its utility, particularly in providing information on operational costs for health services. Other factors and information for planning will also be examined.

      In addition, during the quarter, an ongoing attempt will be made to discuss and determine operational research priorities and to explore the possibility of creating an inter-ministerial Committee for Research in the Health Sector.

G. Other Activities

The DEP Planning Unit will continue to focus its attention on the development of annual health plans. In addition to the elaboration of national activities planned for the Health Sector in 1987, an effort will be made to strengthen provincial capacity in preparing their annual health sector plans. This will be accomplished through presentations at the Conference of Health Directors and through field visits to selected provinces.

Normal participation in committee meetings and seminars of other Ministries will also continue as usual during the quarter.

VIII. Administrative Plans

During the third quarter, the Information Management Specialist returned from sick leave and the Epidemiologist returned from R and R leave in the U.S. The new Economist joined the project in August and arrived in country in early September.

During the fourth quarter:

- the current Chief of Party will leave the project at the end of his contract in mid-December to return to the U.S.
- the Health Planner will begin his annual R and R leave in mid-December.
- the Information Management Specialist will take R and R leave over Christmas and New Year.
- the Administrative Assistant/Bilingual Secretary will be on leave from mid-December to mid-January.
- the project will receive a visit from the Home Office during their visit to negotiate the new amendment to the TA contract.
- the Home Office will be actively recruiting a replacement for the COP position.

IX. Conclusion

As just over a third of the Five Year Project time period has elapsed, the prospect for achieving desired project goals appears promising. Despite a somewhat slow start, long and short term training is now on schedule, the Health Data Collection System is revised and in place, and procedures and schedules for the development of both long and short term health plans established. With the automation of quantitative and qualitative data systems, the output of the DEP and service to other Ministry Directorates should increase even more.

The project continues to receive and appreciate the confidence and necessary support of the U.S. and Burkina Faso governments toward achieving desired goals.

ANNEXES DE

TROISIEME RAPPORT TRIMESTRIEL

julliet 1986 - septembre 1986

Projet de Renforcement de la Capacité
de Planification des Services de Santé
du Ministère de la Santé
Burkina Faso

Projet USAID/BF 686-0251
Contrat No. AFR 0251-C-00-4037-00

THE PRAGMA CORPORATION

116 EAST BROAD STREET
FALLS CHURCH, VA. 22046

THE PRAGMA CORPORATION
116 EAST BROAD STREET
FALLS CHURCH, VA 22046

Tel. 703-237-9303 • Telex 203507 PRAGMA FSCH UR
FAX 703-237-9326

President
Jacques Defay

Established 1977

Clients

AID
World Bank
IDB
IFAD
OAS
Peace Corps

Fields

Agriculture/Rural Development
Health, Water Sanitation
Financial Management
Private Sector Development
Conference Management
Training, Education
Industrial Development and Finance
Microcomputer Application, Hardware and Software

Overseas Offices

Belize/Belize City
Tel: 45938
Telex: 120 VILLA BZ

Burkina Faso/Ouagadougou
Tel: 335339
Telex: S A G 5237BF

Indonesia/Jakarta
Tel 793480
Telex 47319 FINAS IA
FAX: 7996218

Panama/Panama City
Tel. 643862
Tel 637842
Telex: 2116 TRTELGOR PA

Zaire/Kinshasa
Tel. 32714
Telex 21536 LASCO ZR

Countries

Africa

Botswana
Burkina Faso
Central African Republic
Ivory Coast
Mali
Niger
Rwanda
Sierra Leone
Zaire
Zimbabwe

Latin America

Argentina
Bolivia
Costa Rica
Ecuador
Guyana
Honduras
Mexico
Nicaragua
Panama
Paraguay
Peru

Caribbean

Antigua
Barbados
Belize
Dominica
Dominican Republic
Haiti
Jamaica
St Kitts/Nevis

Asia

India
Indonesia
Nepal
Pakistan
Philippines
Singapore

North Africa/ Middle East

Egypt
Lebanon
Morocco
Tunisia
Yemen

A N N E X E S

1. Technician Reports

2. Conference for Revision of Health Data Collection Forms
   a. Programme
   b. Tables and Other Materials
   c. Report/Recommendations
   d. Revised Form

3. Proposal for DEP Policies and Activities, Schedule of Conferences - 1986-87

4. Estimates for Operations and Investment Costs of Primary Health Care in 1985

5. Consultancies - TA Team Planner
   a. Review of Nutrition Surveillance Systems Proposal
   b. Observations on PEV Promotional Film
   c. Comments on Medical School Curriculum

6. Trip Reports

7. Second Bulletin of Epidemiology and Health Information

8. Other Activities/Reports/Schedules etc.
   a. Proposed Scope of Work/Calendar of Activities for the TA Team Economist
   b. Revised Project Procurement Schedule
   c. Revised Project Training Schedule
   d. Report on Typist Training/Schedule
   e. Description of Manpower Post
   f. Project Monitoring Forms
   g. Schedule for Planning Health Donor Conference

Best Available Document

Dr. Jack Finlay, Team Leader
Activities and Accomplishments
July - September 1986

During the third quarter of Calendar Year 1986, the Pragma/MCD Team Leader remained responsible for and devoted his primary attention to:

1. Direction/Coordination/Support of the Pragma/MCD Technical Assistance.

2. Collaboration with the Director of DEP in coordinating and implementing activities of the DEP.

3. Reporting of TA Team and other Project progress to USAID/BF.

4. Supervision of TA Team and Project Financial Accounting and submission of financial reports.

5. Liaison with Pragma/MCD home offices.

6. Aid with arrival and settling-in of the TA Team Economist.

In working with the DEP Director, the Technical Assistance Team, and the DEP staff, the Chief of Party carried out the following technical activities during the quarter:

1. Revised Project training schedule and prepared a detailed calendar for its implementation.

2. Introduced and employed activity and calendar schedules of Microsoft Planning computer programme to develop a planning timetable for the Health Sector Donor Conference and collaborated in arranging initial meetings and other preparations for the conference.

3. Collaborated in the identification of objectives and themes and other preparations for the Second 1986 DEP-sponsored conference for Central and Provincial Health Directors.

4. Collaborated with the DEP Director in preparing estimates for the cost of primary health care and developed methods using national and provincial budgets to examine operational and other health sector costs by certain demographic variables.

5. Elaborated activities of the Health Manpower Planner in seeking candidate for Project-sponsored training.

6. Coordinated a detailed revision of the list of commodities to be purchased during the remainder of the Project and a timetable for their procurement.

7. Continued correspondence regarding long and short-term training of DEP and other Ministry personnel.

8. Liaised with other Ministry Directorates in discussing their activities and needs which are related to Project objectives.

9. Liaised with the DEP Administrator in organizing and administering DEP activities.

During the fourth quarter of calendar year 1986, the Chief of Party will, in addition to his general duties, carry out the following technical tasks:

1. Coordinate the preparation of a calendar of DEP activities and functional budget for their implementation in 1987.

2. Collaborate in the organization and implementation of the Semi-Annual Conference for Central and Provincial Directors of Health Services.

3. Collaborate in organizing and preparing the Second Annual Conference for Health Sector Donors.

4. Review and revise job descriptions and post qualifications for DEP staff positions.

5. Continue correspondence in search of appropriate long and short term training programmes for Project-sponsored participants.

The TA Team Leader will leave the Project at the end of his contract in mid-December 1986.

Gail Kostinko

Information Management Specialist

SHPC Project

Activities and Accomplishments

Third Quarter 1986

Activities of the Documentation Center this quarter included the following:

- The classification of the Planning Service files was completed with the integration of the economist's files and those of the Monitoring and Evaluation Unit. An analytic index for all the files was developed. In addition, four other indexes were compiled: organization, project title, "fiches techniques", and the Five Year Plan projects. Work has now been begun on integrating the DEP Director's project files into the main body of the Planning Service files.

  It should be noted that a substantial amount of the information management specialist's time during the past two quarters has gone into this task, for reasons that may not be immediately obvious. The Planning Service files were, before this project was undertaken, in a state of near total disarray. Each piece of paper in each file had to be examined and classified. At present, 175 files have been established which represent the classification of approximately 10,000 pieces of correspondence, reports and other related project documentation. The personnel of the Planning Service have indicated a very high degree of satisfaction with the new system which is evidenced by their daily use of the indexes to locate files and the obvious amount of time being saved by this new-found ability to quickly retrieve information. In-coming material for the Planning Service files is now being passed to the Documentation Center for handling, i.e., it is either integrated into existing Planning Service files or a new file is opened. The Documentation Center is maintaining and updating the indexes to the files.

- Approximately 700 copies of the second issue of the BULLETIN D'EPIDEMIOLOGIE ET D'INFORMATION SANITAIRE were distributed in July.

For the third issue of the BULLETIN (due to appear in October), the Documentation Center is presenting an experimental "information alert": the tables of contents of five recent issues of DEVELOPPEMENT ET SANTE are being reproduced with the invitation to readers to request, from the Documentation Center, photocopies of articles of interest. DEVELOPPEMENT ET SANTE is a bi-monthly review which presents practical information aimed at health practitioners in developing countries, particularly nurses providing health care in rural areas.

- A list of specialized equipment and supplies to be procured for the Documentation Center and the computer room in the new DEP building was compiled.

- Work was begun on the compilation of a major acquisitions list, i.e., a list of technical publications to be purchased for the Documentation Center.

- The computer intended for use by the Documentation Center arrived in mid-September. It has not yet been installed nor has the French software which was requested in the PIO/C been received.

- The cataloging and indexing of technical documents has advanced somewhat this quarter. The problem of continued delays in carrying out this essential task were once again discussed with those responsible for the project and another effort is being made to resolve the problem.

Major tasks to be accomplished during the next reporting quarter include:

- installation of the computer and start-up of the bibliographic data base.

- completion of a procurement list of major acquisitions for the Documentation Center.

Ouagadougou, le 6 Octobre 1986

Projet de : Renforcement de la Capacité de Planification du Ministère de la Santé Burkina-Faso - USAID : 686-0251.

RAPPORT TRIMESTRIEL DE L'EXPERT EN PLANIFICATION SANITAIRE

Dr. Evariste MIDY - MD - MPH.

TRIMESTRE JUILLET - AOUT - SEPTEMBRE 1986.

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

Le trimestre a été réellement lourd en besognes, tant et si bien que les sorties en provinces que nous voulions réaliser pour intéresser les Directeurs Provinciaux au plan annuel 1987 n'ont pas pu avoir lieu. Contrairement à ce que nous pensions, les activités concernant le raffinement et l'approfondissement du Plan Quinquennal n'ont pas pu être achevées à la fin de Juillet. Il fallait encore poursuivre les travaux et les recherches pour arriver à davantage de précisions sur les bilans des projets en exécution. Des discussions ont eu lieu aussi avec les techniciens du Ministère de la Planification en vue d'un certain réclassement des projets qui n'ont pas encore trouvé de financement.

Par ailleurs d'autres réunions importantes ont dû retenir notre attention, en particulier le séminaire sur le révision des fiches de statistiques. Enfin, la DEP a bien voulu solliciter notre opinion sur un certain nombre de sujets pour lesquels elle était consultée.

1 - Evaluation du Projet "Hydraulique Villageoise".

Comme mentionné dans notre précédent rapport trimestriel, nous attachions beaucoup d'importance à cette évaluation qui devait servir de premier champ d'expérimentation à certains membres de la Commission d'Evaluation des Projets de Santé (CEPS) nouvellement créée. Effectivement, l'expérience a été très intéressante. Nous avons pu prendre part à toutes les sessions de Programmation des activités et le chef du Bureau de Suivi et d'Evaluation" de la DEP,

l'un des fonctionnaires les plus importants de la CEPS a pu lui-même participer à la totalité des activités de cette évaluation y compris les visites et enquêtes sur le terrain. Dans la suite l'équipe d'évaluation au complet, additionnée de la présence d'autres techniciens des Ministère de la Santé et de l'Eau ainsi que de l'OMS s'est réunie pendant deux jours pour des discussions préalables à l'élaboration du rapport de synthèse finale. Nous avons été particulièrement heureux de participer à ces réunions qui se sont révélées très enrichissantes et très intéressantes et d'y apporter notre contribution. De même notre homologue, le Dr. David KYELEM, qui entre temps est rentré de son voyage d'Etudes à John Hopkins University a pu aussi fort heureusement participer à ces réunions finales de l'Evaluation du projet d'Hydraulique Villageoise. Le Dr. KYELEM, en tant que chef du service de planification et de Programmation de la DEP, est Président de la CEPS.

2 - Séminaire sur la Révision des Fiches de Statistiques

Cet important Séminaire, comme on le conçoit bien, nécessitait une préparation spéciale. Membre de la Commission ad hoc chargée des travaux préliminaires, nous avons dû prendre part à une serie de réunions de discussions à cet effet avec le service de statistiques. Réalisé du 11 au 15 Août 1986, ce séminaire, au cours de cette période a absorbé la totalité de notre temps, d'autant plus que nous avions été choisi comme modérateur de toutes les sessions. En résumé, nous pouvons dire que le séminaire a été un succès ; toutes les fiches en usage ont été révisées ; des innovations intéressantes comme l'établissement d'une fiche d'identité par province et pour chaque formation sanitaire ont été apportées. De même, le séminaire a envisagé des recommandations spéciales relatives à la composition et à la formation du personnel de statistiques des Directions provinciales ainsi qu'aux dispositions à entreprendre en vue de faciliter l'acheminement des données de la périphérie vers les Directions provinciales.

3 - Préparation du Séminaire de Formation des Membres de la CEPS.

Nous avons voulu accorder une importance particulière à ce séminaire en raison du rôle que doit jouer la CEPS dans le développement des projets et programmes du Ministère et des activités de santé

..../...

en général. A cette fin, nous avons pris contact avec la coopération allemande (GTZ et SVA) qui vient de réaliser en collaboration avec le Ministère de la Santé une évaluation très intéressante des activités de santé dans l'aire de Solenzo avec l'aide du Professeur Diesfeld de l'Université de Heidelberg. Notre objectif en l'occurence est le suivant : Après une préparation théorique des membres de la CEPS, réaliser avec eux la pratique des diverses phases d'une évaluation d'un projet de santé y compris les activités sur le terrain. Les démarches ont heureusement abouti. Une réunion a eu lieu avec tous les membres de la CEPS et un programme de formation a été établi à leur intention. Nous avons donc préparé un exposé théorique sur les généralités concernant l'évaluation des projets et programmes de santé. Immédiatement après on passera à la pratique et à l'évaluation proprement dite d'un projet de santé. L'assistance technique de la coopération allemande et en particulier du Professeur Diesfeld, nous est acquise au cours de cet entrainement. Nous pensons qu'après cet exercice, la CEPS sera assez bien rôdée pour répondre valablement à sa mission au niveau du Ministère de la Santé.

4 - Plan Annuel de Santé pour 1987.

L'élaboration de ce plan annuel s'est avéré particulièrement difficile et délicate pour nous, vu le peu d'informationsreçues des Directions Provinciales. La stratégie consistait à centraliser au niveau de la DEP les plans annuels provinciaux et des Directions centrales et à partir des informations aussi collectées, élaborer un plan national annuel de santé. Ce travail doit être réalisé chaque année suivant un calendrier déjà fixé :

Mars - Juin : réalisation des plans annuels provinciaux et centraux pour l'année suivante et leur envoi à la DEP.

Juillet-Ocotobre : Elaboration du plan national annuel de santé après revision et analyse des plans provinciaux avec les Directions provinciales respectives.

Octobre : Présentation du plan national annuel de santé aux autorités du Ministère et aux Directeurs provinciaux à l'occasion de leur deuxième séminaire annuel

Décembre : Publication des Plans provinciaux et du plan national annuel.

.../...

A peine 50 % seulement des Directions Provinciales nous ont fourni des données et de façon tout à fait incomplete. Sans doute, il y a pour expliquer cette situation le fait que les Directeurs Provinciaux eux-mêmes ne disposent presque pas d'informations. C'est ainsi qu'au dernier séminaire des Directeurs Provinciaux de Mai 1986, ils s'étaient plaints de n'avoir pas encore reçu leur tranche provinciale respective du plan quinquennal avec le budget correspondant. Cependant il y a lieu aussi de se demander si nos Directeurs provinciaux sont assez pénétrés de la nécessité et de l'importance des plans annuels, c'est pourquoi nous pensons qu'une véritable campagne de sensibilisation devrait être menée concernant l'importance et la valeur des plans annuels dans le processus de gestion des systèmes de santé.

En tout état de cause, depuis la fin du mois de Septembre, nous avons programmé un calendrier de visites à toutes les Directions Centrales de façon à pouvoir débuter au cours de ce mois d'Octobre l'élaboration du plan national de santé avec les éléments que nous possédons. Nous voudrions avoir ce plan déjà prêt pour la réunion des Directeurs Centraux et Provinciaux de Décembre prochain.

6 - Réunions avec d'autres Services

Au cours du trimestre écoulé nous avons participé à des réunions particulièrement intéressantes que nous avons pensé nécessaire de mentionner dans ce rapport étant donné l'importance des sujets traités :

6.1 - Réunions avec la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) sur la révision du Programme de SMI et PF.

Il s'agit d'une Commission qui a été formée en vue de réviser le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant, de Planification Familiale et de Nutrition. La DEP, normalement est partie intégrante de cette commission. Les réunions déjà tenues se sont révélées particulièrement intéressantes. Déjà on pouvait augurer que la DSME allait être dotée d'un bon programme, avec des objectifs réalistes et des activités bien coordonnées et adaptées à la situation de la société Burkinabè. Toutefois vers la mi-Septembre, ces réunions ont dû être discontinuées avec la nomination de la Directrice de la DSME à

.../...

la haute fonction de Ministre de la Santé. Nous espérons que la Commission ne va pas tarder à se remettre au travail.

6.2. - Réunions sur le Projet de Réhydratation orale avec UNICEF, DSE et DSME.

Il s'agissait de mettre à point un projet au niveau du Ministère de la Santé pour la réhydratation orale. Après discussions sur les divers éléments devant entrer en ligne de compte pour ce projet il a été laissé à l'UNICEF le soin de l'élaboration d'un avant-projet à soumettre à la DSE pour discussions ; jusqu'à cette date, le projet final n'a pas encore été reçu à la DEP.

6.3. - Formation P.E.V.

Depuis longtemps déjà, il était question de l'arrivée d'un Consultant payé par l'UNICEF pour étudier un programme de formation et d'entrainement du personnel de santé en matière de vaccinations et des opérations y afférentes. Le Consultant est arrivé à la fin du mois d'Août et a voulu travailler en étroite collaboration avec la DEP et la DPV. Cela nous a fourni l'occasion de tenir plusieurs réunions avec ce consultant sur son travail et de produire là-dessus les recommandations pertinentes. Le rapport final ne nous est pas encore parvenu.

6.4 - Politique et Plan d'action de la DEP pour 1987

Le Ministre de la Santé ayant voulu avoir de chaque Direction un document sur la politique et le plan d'action envisagés pour la fin de 1986 et le début de 1987, il nous a été demandé d'élaborer le document pour le service de Planification de la DEP. Nous avons donc profité de la circonstance pour rédiger un document sur la politique et le plan d'action du service pour l'année 1987. Dans ce document ont été d'abord envisagés la mission et le rôle de la DEP au niveau du Ministère de la Santé ; puis succintement ont été présentées les diverses activités faisant l'objet du plan d'action pour la période considérée et leur justification. Le document préparé a été soumis à la Direction pour les suites nécessaires.

.../...

6.5 - Plan Quinquennal 1986-1990

Comme signalé antérieurement les activités concernant les raffinements du Plan Quinquennal de Santé n'ont pas pu être épuisées au cours du trimestre Juillet - Septembre 1986. D'abord, il s'avérait de plus en plus difficile de disposer des informations nécessaires pour l'élaboration de certaines fiches d'identité de projet. Ensuite, le remplissage des rapports trimestriels sur le bilan de réalisation était encore plus difficile surtout pour les projets qui s'exécutent au niveau des provinces. Les informations concernant les dépenses déjà effectuées ne sont pas à notre portée surtout quand le projet est directement exécuté par un ONG. Pour exercer réellement un suivi régulier de ces projets, il sera nécessaire d'établir un système d'information et de contrôle qui nous permette d'obtenir de façon régulière les renseignements nécessaires. C'est ce qu'on a essayé de faire avec l'institution d'un responsable direct pour chacun des projets du plan quinquennal : il faut souhaiter que le système fonctionne.

Par ailleurs, toujours concernant les projets inscrits au plan quinquennal une réunion a eu lieu à la DEP avec les techniciens et consultants du Ministère de la Planification. Il s'agissait de revoir ensemble une catégorisation envisagée par le Ministère de la Planification en vue de la présentation des projets non encore financés ou à financement incomplet à la Conférence de Table Ronde avec les Bailleurs. Des décisions intéressantes ont été prises sur certains projets provinciaux qui faisaient double emploi avec des projets plus grands du Ministère : les projets provinciaux ont été simplement supprimés. Par ailleurs, un certain nombre de projets à financement plutôt réduit ont dû être regroupés en programmes plus importants susceptibles de retenir davantage l'attention des Bailleurs. Des fiches d'identification spéciales seront élaborées pour ces derniers programmes.

Enfin, il a été retenu le principe de la rédaction d'un document sur le secteur santé regroupant les dix-huit fiches des divers projets et programmes retenus après une première partie traitant de la politique sectorielle et de la situation générale de la santé dans le pays.

..../...

7 - Consultations

Au cours du trimestre écoulé nos services ont été sollicités pour trois consultations ponctuelles différentes :

7.1.- Projet de Système National de Surveillance Nutritionnelle.

Ce projet a été élaboré par une consultante engagée dans le cadre des activités de l'USAID ; il nous avait été envoyé pour commentaires. Des remarques assez pertinentes, ont été consignées dans une note plutôt brève qui a été envoyée à l'USAID.

7.2 - Programme de Santé Publique à l'E.S.S.SA . : (Ecole Supérieure des Sciences de la Santé)

Ce programme nous avait été transmis pour commentaires par la Direction. Comme je l'ai signalé, certains éléments nous manquaient pour des commentaires réellement approfondis. Toutefois, nous avons pu faire une certaine analyse du programme et rédiger pour la Direction les remarques et suggestions appropriées. Ces remarques, certainement, et dû avoir été transmises à qui de droit pour les suites jugées utiles.

7.3 - Projet de film sur le P.E.V. intégré

La Direction a bien voulu demander notre avis concernant ce projet rédigé par l'UNICEF. Ici encore, des observations et suggestions appropriées ont été faites et remises à la Direction aux fins utiles.

8 - Prévisions pour le prochain trimestre

Le prochain trimestre, le dernier de l'année s'annonce particulièrement chargé. Trois activités importantes, nécessitant une bonne préparation sont prévues au cours de cette époque. Il s'agit du séminaire de formation des membres de la CEPS, de la réunion des partenaires du Ministère de la Santé et du 2ème séminaire des Directeurs Centraux et Provinciaux. Concernant ce dernier séminaire surtout, il s'agira de toutes façons pour nous de présenter

pour discussions un plan national annuel pour 1987. Nous allons y travailler sans relâche avec le peu de données disponibles.

Par ailleurs, on n'en a pas fini encore avec le plan Quinquennal, ses fiches d'identité et ses bilans trimestriels etc.... C'est dire que ce n'est pas la besogne qui manque. Il y a aussi fort heureusement la bonne volonté et l'esprit d'équipe nécessaire au niveau de la DEP pour y faire face !

Ajoutons qu'à partir du 12 Décembre, nous comptons bénéficier de notre congé annuel régulier pour 1986.

Accomplishments During the Third Quarter, 1986
Medical Epidemiologist and Statistical Service,
Direction des Etudes et de la Planification,
Ministère de la Santé,
Ouagadougou, Burkina Faso

Health Information System

A. Health Data Collection System

1. Held a conference, August 11 to 14, with 5 provincial directors and representatives of the central directions to revise the health statistics forms. Following the conference, prepared revised versions of forms to be submitted to conference participants before submission to the printer.

2. Continued analysis of the first quarterly report using new forms. Working with George Kabore, we produced tables on causes of maternal mortality and estimated vaccination coverage by province, among others.

3. Discussed revised forms with Dr. Blaise SONDO, provincial director of Houet Province, one of the more public health oriented directors.

4. Set up timetable for training sessions - one to be held in Ouagadougou, Nov. 24 to 28, and one in Bobo Dioulasso at the CESAO, Dec 8 to 12.

5. The annual report for 1985 and the catch-up report for the years 1979-83 were finished, and sent to the printer for binding.

6. Installed the second computer, and began preparing specifications for another computer order.

B. Epidemiologic Bulletin

1. Prepared one article and collaborated in the preparation of two other articles for the third issue of the epidemiologic bulletin: (1) the epidemiology, treatment and prevention of meningococcal meningitis (with data from the weekly disease reports); (2) prevention of maternal deaths (with data from the first trimestriel report), and a resumé of the seminar on the revision of the reporting forms.

2. Working with George Kaboré and Dr. Sombié, contacted and sent out a letter to about a dozen physicians to form an editorial committee for the Bulletin.

C. Operational Research

1. Consumer expenditure study - Began preparations to code the data for data entry. Discussed analysis with Zerbo, BeKele and Tiemtoré.

2. Maternal mortality / High risk pregnancy studies

- Completed the data collection phase of a study on maternal height as a risk factor for Cesarean sections or symphysiotomy. Preliminary results of the analysis show that height is definitely a risk factor. The final results will be used by the Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) in setting criteria for the definition of high risk pregnancies.

- The questionnaires and survey methodology for the maternal mortality study were tried out in two provinces by myself and Cde Alyma Adjibadé, a midwife at the DSME, with Richard Greene, USAID project officer, along as an observer. Following this trial, it was decided to simplify the methodology, and do a more classical maternal mortality study rather than a case control survey.

3. During the trip to Bobo Dioulasso, contact was made with Dr. Guigemde, chief parasitologist at the Centre Muraz, and the Provincial Healt Director regarding the Vallée du Kou as a probable site for further study due to its heavy infestation with S. mansoni. Both were agreeable to participate in such a study and a tentative survey date was set for the first quarter of 1987.

4. Funding requests were received from the medical school, and four students are to receive support for their thesis work.

5. Worked with two medical students as advisor re. study design and statistical analysis for their theses. One is studying the functioning of a fixed vaccination center, and the other is studying the use of oral rehydration solution at the national hospital in Ouagadougou.

PROJECTED ACTIVITIES FOR FOURTH QUARTER

A. Health Data Collection System

1. Printing of the new reporting forms.

2. Preparation of training materials and a statistics guide.

3. Holding two seminars, one in Bobo and one in Ouaga to train nurses, midwives and statistical clerks to use the new forms.

4. Production of a set of output tables using data gathered on the new forms from the first two trimesters.

5. Begin work on computerisation of the data on health personnel and infrastructure: design of a "fiche d'identité" for each health facility, which will then be put in a computer file.

B. Epidemiologic Bulletin

1. First meeting of an expanded committee which will be responsible for the suggestion of themes, and some of the preparation and editing of articles for the bulletin.

2. Get the fourth issue of the bulletin out before December 31!

C. Operational Research

1. Begin the maternal mortality study.

2. Completion of the analysis of the study of maternal heights.

3. Presentation of the maternal height data and other criteria to the Provincial and Central Directors, Dec. 1-5.

4. Design and trial of a model standardised maternity register which would permit the routine estimation of birth intervals and 0 to 2 mortality rates.

5. Prepare for the schistosomiasis studies, and field test the methodology for the study in Oubritenga. Get all necessary supplies and equipment.

6. Continue working with medical students, and recruit a student to work on the maternal mortality study.

Dr. Abraham Békèle

Activities and Accomplishments

August - September 1986

The TA Team Economist signed his contract and joined the TA Team on the 20th of August. Following a week of intensive language review, reading of background documents, meetings with the Burkinabé Economist counterpart who was on study leave in the U.S. and with home office personnel, he proceeded to Burkina Faso where he arrived with his son Michael on the 2nd of September. While much time of the Economist during September was devoted to getting settled (lodging, transport etc.) and meeting USAID and Ministry officials, he also was involved with the following technical activities:

1. Held several discussions with the DEP Director and Economist Counterpart to determine priority areas of work and feasible tasks to be undertaken during his one year assignment. Developed Tentative Terms of Reference and Schedule of Activities for this assignment.

2. Participated in preliminary meetings with CILSS and the Development Project Monitoring Divisions of the Presidency as preparation to the Health Sector Donor Conference.

3. Participated in discussions concerning the on-going study of Private Health Expenditures in Burkina Faso and initial plans for its analysis.

4. Explored conceptual and practical training needs of the DEP Economist.

<u>Activities for the Fourth Quarter (October - December 1986)</u>

1. Visit national and international development agencies to explore common areas of interest.

2. Initiate development of methods and instruments for estimating the cost of primary health care.

3. Explore the possibility of carrying out cost recovery studies in Boulgou province in collaboration with the PDSS and CUAM development projects.

4. Document all existing sources of information on health care expenditures including:

   a. examination of the data from the Private Health Expenditure Study for possible computer analysis.

b. examination of data from the GTZ-funded Solenzo Health Care Utilization Study for its potential utility in analyzing the costs of primary health care.

c. explore the financial data base of the DAAF for its utility in determining public sector expenditures on health.

5. Participate in seminar on evaluation for members of CEPS.

6. Collaborate with COP and other DEP staff in preparing the Second Annual Conference for Health Sector Donors.

7. Participate in the Semi-Annual Conference for Central and Provincial Directors of Health Services.

Conference for Revision of Health Data Collection Forms

a. Programme

b. Tables and Other Materials

c. Report/Recommendations

d. Revised Form

PROGRAMME DE TRAVAIL POUR LA REUNION SUR LA REVISION DES FICHES STATISTIQUES

11 - 14 AOUT 1986

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

O U A G A D O U G O U

LUNDI 11 AOUT :	8 h 30	: Ouverture
	9 h 30	- Distribution des dossiers
		- Adoption du calendrier
		Exposé sur le système national d'information sanitaire
	10 h 30 - 10 h 45	: Pause
	10 h 45 - 12 h 30	: Discussions sur l'exposé
	15 h	- Présentation des tableaux sortis à partir des nouvelles fiches et discussions.
		- Etude des tableaux et des propositions de modifications
MARDI 12 AOUT :	8 h - 9 h	- Constitution des groupes de travail.
	9 h - 10 h 30	: Travaux en groupes restreints
	10 h 30 - 10 h 45	: Pause
	10 h 45 - 12 h 30	: Travaux en groupe (suite).
	15 h - 17 h 30	: Travaux en groupe (suite).
MERCREDI 13 AOUT :	8 h - 10 h	: Exposé du groupe I.
	10 h - 10 h 15	: Pause
	10 h 15 - 12 h 30	: Exposé du groupe II.
	15 h - 17 h 30	: Exposé groupe III.
JEUDI 14 AOUT :	8 h - 10 h	: Exposé groupe IV.
	10 h - 10 h 15	: Pause
	10 h 15 - 12 h 30	: Divers
	17 h	: Clôture.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

BURKINA FASO
-:-:-:-:-:-:-:-

MINISTERE DE LA SANTE
-:-:-:-:-:-:-:-

SECRETARIAT GENERAL
-:-:-:-:-:-:-:-

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION
-:-:-:-:-:-:-:-

OUAGADOUGOU, le 28 AOUT 1989

SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE (S.N.I.S.)

INTRODUCTION

L'importance des indicateurs comme outils essentiels au processus de développement sanitaire n'est plus à démontrer. D'où la nécessité impérieuse d'améliorer le système national d'information sanitaire pour mieux maitriser la gestion des activités dans le domaine de la santé. Mais alors, que faut-il entendre par système, par système national d'information sanitaire ?

Un système est un ensemble cohérent d'éléments (personnes, organisations, équipements, procédures, etc...) qui agissent dans un environnement donné en vue d'atteindre un objectif précis. Ainsi le SNIS peut être défini comme un ensemble de ressources (personnes, équipements) et de procédures organisées dans le but de produire l'information nécessaire et sous la forme la plus appropriée pour la planification, l'exécution, la gestion et l'évaluation des programmes de santé et les échanges internationaux d'information sanitaire.

Son rôle est de fournir l'information nécessaire pour la gestion du programme national de santé à tous les niveaux du système national de santé.

A l'heure actuelle, il paraît difficile de trouver des pays dotés d'un système complet et intégré d'information sanitaire capable de fournir à tous les utilisateurs toutes les informations nécessaires pour la gestion. Cependant, chaque pays possède, sous quelque forme que ce soit, même embryonnaire, un tel système. Le problème n'est donc pas de créer un nouveau système mais plutôt de partir de ce qui existe déjà, pour compléter et renforcer le système national d'information sanitaire afin de le rendre plus utile, plus opérationnel.

.../...

1. Problèmes rencontrés par le système actuel d'information sanitaire

- Manque de définition claire des besoins aux différents niveaux si bien que l'information produite n'est pas utilisée par ceux concernés par la collecte.
- Le rôle que doit jouer chaque niveau dans l'analyse et l'utilisation des données n'est pas clairement déterminé.
- Manque de moyens et de personnel à chaque niveau :

  - Niveau périphérique :

- Submergés par les tâches quotidiennes de prestations de soins, quelques agents n'accordent pas beaucoup d'importance à l'élaboration des statistiques surtout qu'ils ne voient pas à quoi servent les nombreuses données qu'on leur demande de compiler.

  - Niveau intermédiaire :

Quelques agents statistiques n'ont pas encore atteint le niveau rèquis pour synthetiser et analyser les données collectées.

  - Niveau central :

Trop de demandes ponctuelles d'informations auquelles nous devons faire face ce qui ne permet pas souvent de dégager le temps nécessaire pour se livrer à une analyse approfondie des données.

- Difficultés de communication : manque de mobylettes, carburant pour la supervision ; manque parfois de moyens pour la transmission des rapports jusqu'au niveau provincial, sans compter les contraintes naturelles liées à certaines périodes de l'année (saison pluvieuse).

2. Objectifs du SNIS

- Etablir des données de base permettant la planification à court, moyen et long terme au niveau périphérique, intermédiaire et central.
- Déterminer si les services sanitaires sont en train d'atteindre leurs objectifs (efficacité) et dans quelles mesure de qualité (efficience).

.../...

- Servir d'orientation pour les études des problèmes particuliers de prestation des services de santé (recherche opérationnelle).
- Fournir des informations ponctuelles pour les utilisateurs en général (planificateurs, bailleurs de fonds, universités etc...).
- Servir de guide aux utilisateurs locaux pour orienter immédiatement leurs activités dans le sens de la satisfaction des besoins réels de la communauté.

3. Principes Directeurs que doit observer un SNIS

La structure du système d'information devrait être déterminée par celle du système national de santé. Aussi, nous devrions commencer par examiner comment est organisé notre système de santé et comment ses différentes composantes sont liées. Le système d'information devrait être organisé en concordance avec les résultats de cette analyse. Le degré de centralisation ou de décentralisation est déterminé par celui du système national de santé.

L'adoption par notre pays des soins de santé primaires comme stratégie permettant d'atteindre la "Santé pour tous d'ici l'an 2000" nécessite que les 8 composantes essentielles des soins de santé soient progressivement prises en compte dans la gestion de notre système d'information.

En général on s'accorde à résumer comme suit les principes généraux qui doivent servir de base à tout SNIS :

- La collecte, l'analyse et la diffusion de l'information sanitaire sont parties intégrantes des systèmes de santé.
- L'information n'est utile que lorsqu'elle sert à un but précis. Ceci impose une sélection de l'information pour ne retenir que l'information utile, celle qui correspond à des besoins clairement exprimés.
- Seul le minimun d'information pour arriver à un but précis doit être collecté.
- La nature de l'information à collecter doit être clairement définie ainsi que son utilisation.

- Une information approximative venue à temps est préférable à une information précise trop tardive.

- Une rétroinformation en direction des producteurs d'information est indispensable pour renseigner sur l'utilisation des informations produites. Elle peut en tout cas être motivatrice.

- Un mécanisme d'évaluation et une adaptation continue sont nécessaires afin d'établir périodiquement les besoins en information et éviter la collecte, le traitement et l'analyse routinières d'informations ayant cessé de servir un but quelconque. Cette évaluation doit se faire en collaboration avec tous les niveaux du SNIS afin de s'assurer que le système continuera de répondre aux besoins de chaque niveau du système.

4. Rôle que doit jouer chaque niveau dans le Système

Niveau Central :

- Coordination, centralisation, analyse, mise à jour, gestic et diffusion de l'information sanitaire.
- Standardisation des procédures et mécanismes de notification, d'enregistrement et d'utilisation des données.
- Organisation d'enquêtes spécifiques pour recueillir certaines données.
- Réunion du comité national et participation aux réunions internationales concernant l'information sanitaire.
- Supervision des niveaux périphérique et intermédiaire.

Niveau Intermédiaire :

- Supervision du niveau périphérique correspondant
- Centralisation des rapports des formations sanitaires correspondantes
- Compilation, traitement et analyse des données
- Notification des données concernant des événements importants qui appellent une action immédiate.

.../...

- Transmission des rapports au niveau central.
- Participation dans la révision des supports statistiques.

Niveau Périphérique :

- C'est le niveau où sont collectées les informations qui sont utilisées à tous les niveaux.
- Collection fidèle des informations sollicitées au fur et à mesure que se produisent les événements
- Traitement et analyse, même sommaire, des données
- Transmission rapide, au rythme établi et dans la forme voulue des informations au niveau requis.
- Participation dans la révision des supports statistiques.

5. Utilisation de l'information aux différents niveaux

Niveau Central : Les informations sont nécessaires pour: planifier, exécuter, gérer et évaluer les programmes de santé.

En effet, en matière de planification, les statistiques sont indispensables aussi bien à la fin qu'au début. Au début elles permettent de faire le point sur la situation sanitaire, à la fin elles sont utilisées pour évaluer l'impact social des mesures prises par rapport aux moyens déployés.

Niveau Intermédiaire : Les statistiques sont nécessaires pour :

- Dégager les problèmes sanitaires régionales
- Planifier les ressources disponibles pour résoudre ces problèmes
- Suivre et evaluer les programmes de santé

Niveau Périphérique : Les données sont utiles pour :

- Mesurer la fréquentation des services
- Suivre de près la situation sanitaire
- Apprécier la charge démographique services
- Apprécier le volume et la qualité des soins.

6 - Stratégies pour une amélioration de notre SNIS

L'amélioration de notre SNIS passe par :

- Une intégration du système d'information dans la formulation des stratégies nationales de développement (les 8 composantes des soins de santé primaires devront être prises en compte dans le SNIS).
- Une définition précise des besoins d'information à chaque niveau.
- L'établissement de la liste des indicateurs à rechercher.
- La détermination des données nécessaires au calcul de ces indicateurs.
- Une définition de la méthode d'obtention et d'acheminement des données aux divers niveaux voulus.
- Une définition de la périodicité de la collecte, de la méthode de collecte et de transmission des données.
- L'établissement du système de compilation et d'analyse des données aux différents niveaux.
- Une précision de l'utilisation des données.
- Une formation du personnel à la collecte et à l'utilisation des statistiques sanitaires. Prévoir au moins une vingtaine d'heures de cours de statistiques dans le programme de l'ENSP.
- Recyclage périodique des agents en poste sur le terrain
- La mise en place d'un mécanisme d'évaluation continue.

Bibliographie :

- Statistiques Sanitaires : Dr. J. C. Alary
- Information Systems for the management of national health programmes : M. Ngoie Mbuya Mutombo

S.D./KDF

B U R K I N A F A S O

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

/)/)INISTERE DE LA SANTE

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

SECRETARIAT GENERAL

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

REUNION SUR LA REVISION DES FICHES STATISTIQUES DU 11 - 14 AOUT 1986

- OUAGADOUGOU -

Sujets à traiter par groupe.

Groupes	Chapitres à reviser	Sujets
A	1 et 2	Couverture sanitaire, supervision, Soins de Santé Primaires
B	3 et 4	Santé Maternelle et Infantile
C	5, 6 et 7	Consultations externes, Médicaments Hospitalisations
D	8, 9, 10 et 11	Laboratoire, Maladies chroniques Education pour la Santé et Assainissement.

Taches des groupes de travail

1) Désigner un président et un rapporteur ;

2) Discuter des indicateurs utiles aux niveaux périphérique, intermédiaire et central et en fonction de ces indicateurs préciser les données à recueillir sur le terrain.

3) Préciser les tableaux à faire et les graphiques à suivre aux niveaux périphérique et intermédiaire.

4) En fonction des indicateurs, des tableaux et des graphiques voulus, revoir les fiches.

5) Identifier les besoins en fiches intermédiaires ou opérationnelles pour améliorer les soins et faciliter la collecte des données.

6) Proposer des modèles revisés des rapports mensuels et trimestriels.

7) Dégager les priorités pour les essais des fiches opérationnelles ou intermédiaires.

- fiches à introduire au niveau national en Janvier 1987.
- fiches à tester pour introduction possible ultérieurement.

L'Utilisation de l'Epidémiologie et des Statistiques Sanitaires pour Améliorer la Santé

Le but de cet exposé est de discuter des indicateurs disponibles à partir des données routinières, de vous mettre au courant de notre progrès dans l'analyse des données à partir des Rapports Trimestriels Provinciaux du premier trimestre, 1986, et de dire un mot sur les fiches intermédiares ou opérationelles.

1. La limitation la plus importante des données routinières est que ces données reflètent seulement une parti des soins reçus par le peuple. Cela ne veut pas dire que ces données sont incomplètes parce que les agents de santé ne font pas tous les rapports convenablment. La réalité est que la majorité des malades ne sont jamais vus par les agents du Ministère de la Santé!

Par exemple, à l'exception des villes où se situe des formations sanitaires avec maternités, la majorité des grossesses sont soignées par les membres de leurs familles, ou les accoucheuses traditionnelles ou villageoises. Le graphique No. 1 montre la couverture obstétricale de 1979 à 1985. Elle est stable autour de 15 à 20 %. Ceci indique que la majorité des femmes Burkinabé n'utilisent pas les services des maternités. La couverture obstetricale peut donc servir d'indicateur du succès de la politique du Ministère en ce qui concerne les accouchements. Pour les consultations prénatales et les consultations infantiles, les courbes ne sont pas aussi stable, mais la participation de la communauté est toujours très faible. Pour la mortalité maternelle, nous avons calculé une fourchette puisque le taux exact n'est pas connu. En ce qui concern les graphiques sur les vaccinations (avec les titres en anglais), ce sont des exemples des nouvelles indices recommandés par l'OMS pour suivre la couverture vaccinale. Le deuxième tableau (au milieu) compare les vaccinations des enfants agés de moins d'un an avec les naissances attendus. Ces indicateurs donnent une estimation de la couverture qui est théorique, mais elle a l'avantage d'être bon marché et disponible à tout moment.

Les données de routine peuvent permettre d'identifier des problèmes, et servir pour evaluer le progrés à long terme de diverses activités comme le Programme Elargi de Vaccination, le planning familial, les soins maternels et obstétricaux, l'amélioration des laboratoires, etc.

Pour le niveau central, leur avantage est que les chiffres concernent tout le pays. Donc ces chiffres permettent des comparaisons grossières avec d'autres pays. De même, les provinces peuvent se comparer avec d'autres provinces semblables pour identifier où se trouvent leurs problèmes les plus importants. A l'intérieur d'une province, il peut-être possible de comparer les activités des différentes zones médicales.

Les statistiques sanitaires routinières peuvent donc servir comme des indicateurs, mais d'habitude, elles ne peuvent pas expliquer les raisons du succès ou de la faillite d'une politique ou d'une stratégie.

Pour savoir la realité des services de santé et les causes des succès ou des problèmes, il faut des enquêtes ponctuelles ou des visites de supervisions qui s'approchent des formations sanitaires et de la population pour avoir des données sur un échantillon représentatif d'une population donnée. A travers des enquêtes ou des visites de supervision, on peut avoir des données plus fiables à propos de l'utilisation ou de la non-utilisation des soins médicaux, la couverture vaccinale, etc.

Mais notre tache cette semaine est surtout dans la domaine des statistique routinières. Dans les petites groupes de travail, nous voudrions vous demander de reflechir sur le choix des indicateurs clés qui peuvent être suivis au niveau provincial et même au niveau plus périphérique et interesser ces divers niveaux. Lors de notre recyclage des agents en Décembre, nous comptons les former dans le calcul de ces indicateurs choisis pour qu'ils puissent être utilisés au niveau provincial et périphérique.

En ce qui concerne la mortalité infantile, il faut noter que les demographes ont développé une méthode simple et pratique pour l'estimer à partir des données de routine! Leur méthode consiste en l'utilisation dans les maternités d'une registre spécialement modifié. Ce registre comporte deux données spécifique: la date (mois et année) de la dernière enfant né-vivant de la femme; et la situation actuelle de cet enfant - vivant ou décédé. A la fin d'une période donnée, on calcul la proportion des enfants toujours vivants. Cette proportion est la probabilité de survie à 2 ans - la durée moyenne entre les grossesses.

Dans la liste ci-dessous, nous avons essayé de comprendre chacune des huit composantes des soins de santé primaire.

Indicateurs	Nat'l	Niveau Provin.	Périph.
Couverture en PSP	X	X	X
Couverture obstetricale	X	X	X
Consultations prénatales	X	X	X
Mortalité maternel	X	X	
Mortalité infantile	X	X	
Planning familial	X	X	X

Indicateurs	Niveau Nat'l	Provin.	Périph.
Consultations infantiles (surveillance nutritionelle)	X	X	X
Couverture vaccinale DTCP (% des enfants vacc <1 an)	X	X	
Couverture vaccinale Roug. (% des enfants vacc <1 an)	X	X	
Fréquentation des consultations générales	X	X	X
Examens de labo: - rech. de BK	X	X	
- quantité du sang transfusé	X	X	
Médicaments essentiels	X	X	X
Education pour la Santé	X	X	
Hygiene et assainissement (puits ou ver de Guinée)	X	X	X

2. Avec l'informatisation des données, on espère pouvoir sortir plus vite, des analyses plus intéressantes. (Voir les tableaux par province pour le premier trimestre de 1986.) Ce sont les tous premiers tableaux que nous venons de sortir. Ces données sont préliminaires, et n'ont pas encore été verifié, mais ils vous donnent une idée des possibilités du système. Puisque ces tableaux viennent du premier trimestre d'opération du nouveau système et que beaucoup d'activités des PSP n'avaient pas commencé, les données sont incomplètes, en raison même de la nouveauté du système. Les analyses des dónnées du second trimestre seront probablement plus fiables.

3. Au sujet des fiches intermédiares ou opérationelles, il y a deux considerations différentes. Une fiche intermédiare peut avoir pour but seulement de faciliter le remplissage des rapports mensuels. De l'autre côté, une fiche opérationelle est une fiche plutôt individuelle où le fait même de remplir la fiche peut dégager une conduite à tenir. Ces fiches sont indispensable pour ameliorer les soins, surtout en milieu rural où le personnel souvent n'est pas en mesure de prendre des décisions indépendement.

Dans les petites groupes nous voudrions des suggestions dans les deux sens.

En ce qui concerne les fiches intermédiares, nous pouvons les faire imprimer et les mettre en vigeur en

collaboration avec la direction centrale directement concernée.

En ce qui concerne les fiches opérationelles, il est plutôt du ressort de la direction centrale directement concernée qui doit prendre le devant pour la confection et l'essai des fiches en collaboration avec les responsables sur le terrain. Ceci, parce que le contenu de ces fiches decoulent directement des taches confiés aux agents.

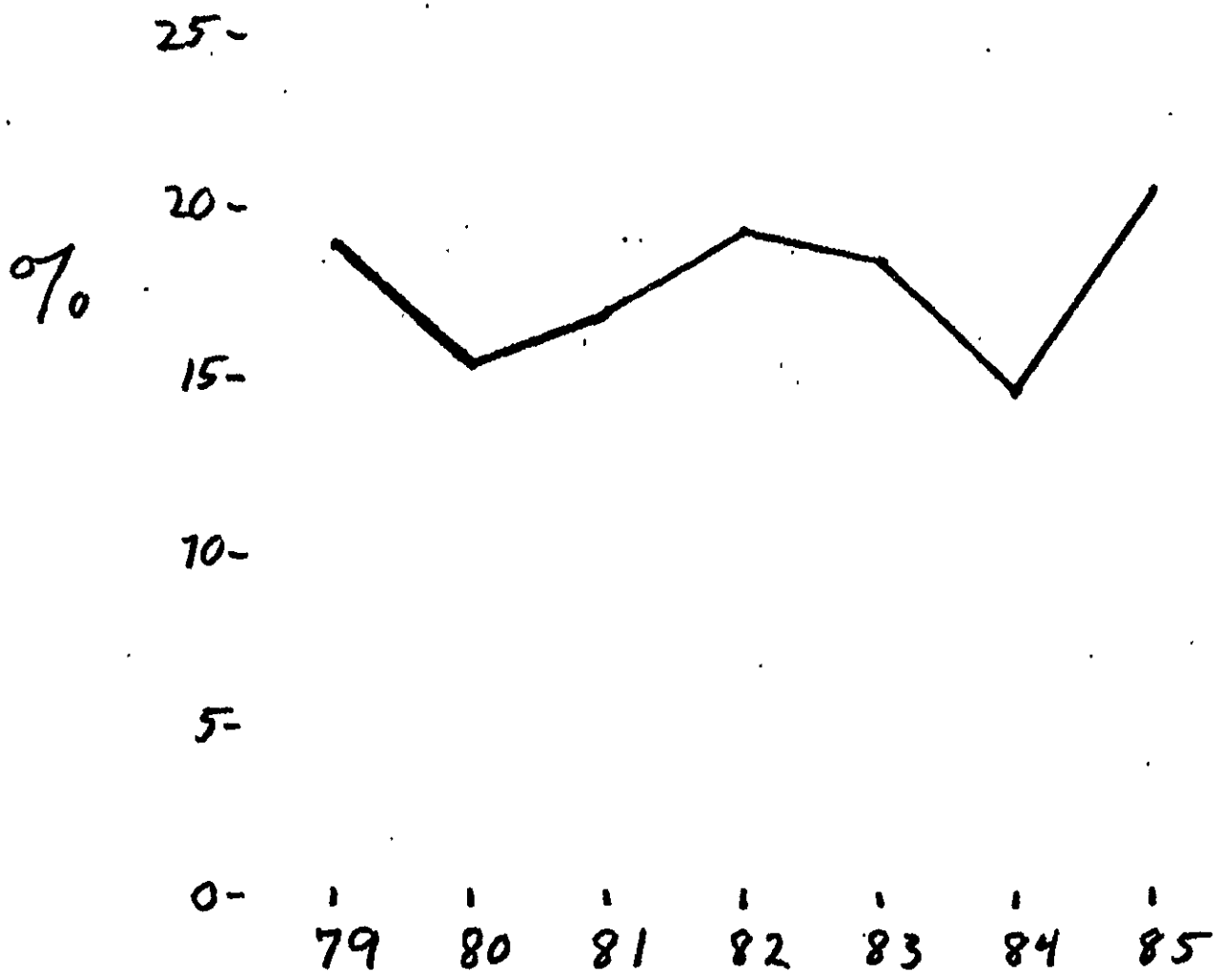
Dans ce cadre, il faut noter que la DSME est en train de reviser son programme nationale et certainement va revoir la definition des taches confiés aux agents de chaque niveau de la pyramide sanitaire.

T.1

Couverture Obstétricale

% Des Accouchements Assistés

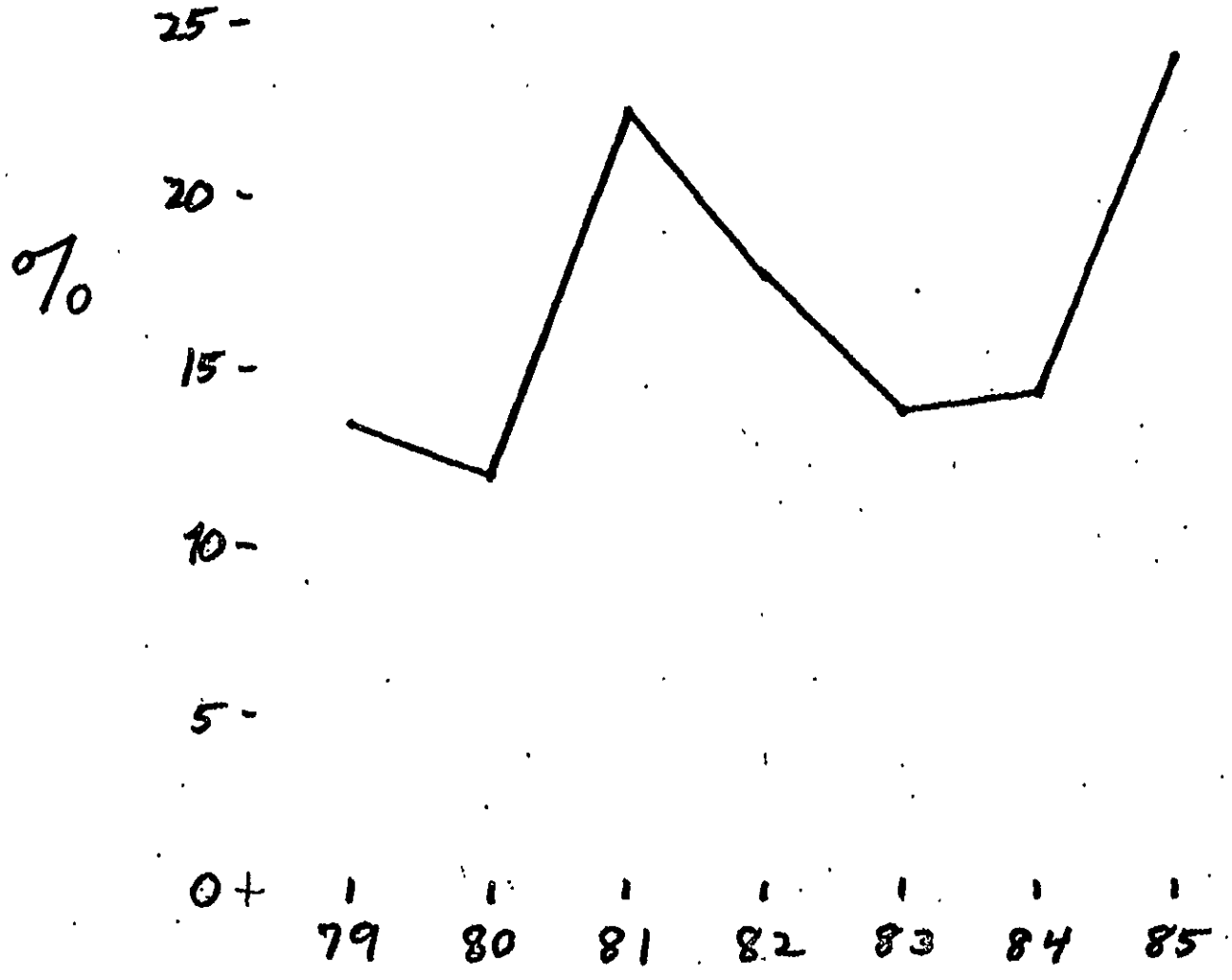
BURKINA FASO 1979 - 1985



Consultations Prénatales

% Des Femmes Inscrits

BURKINA FASO 1979 1985

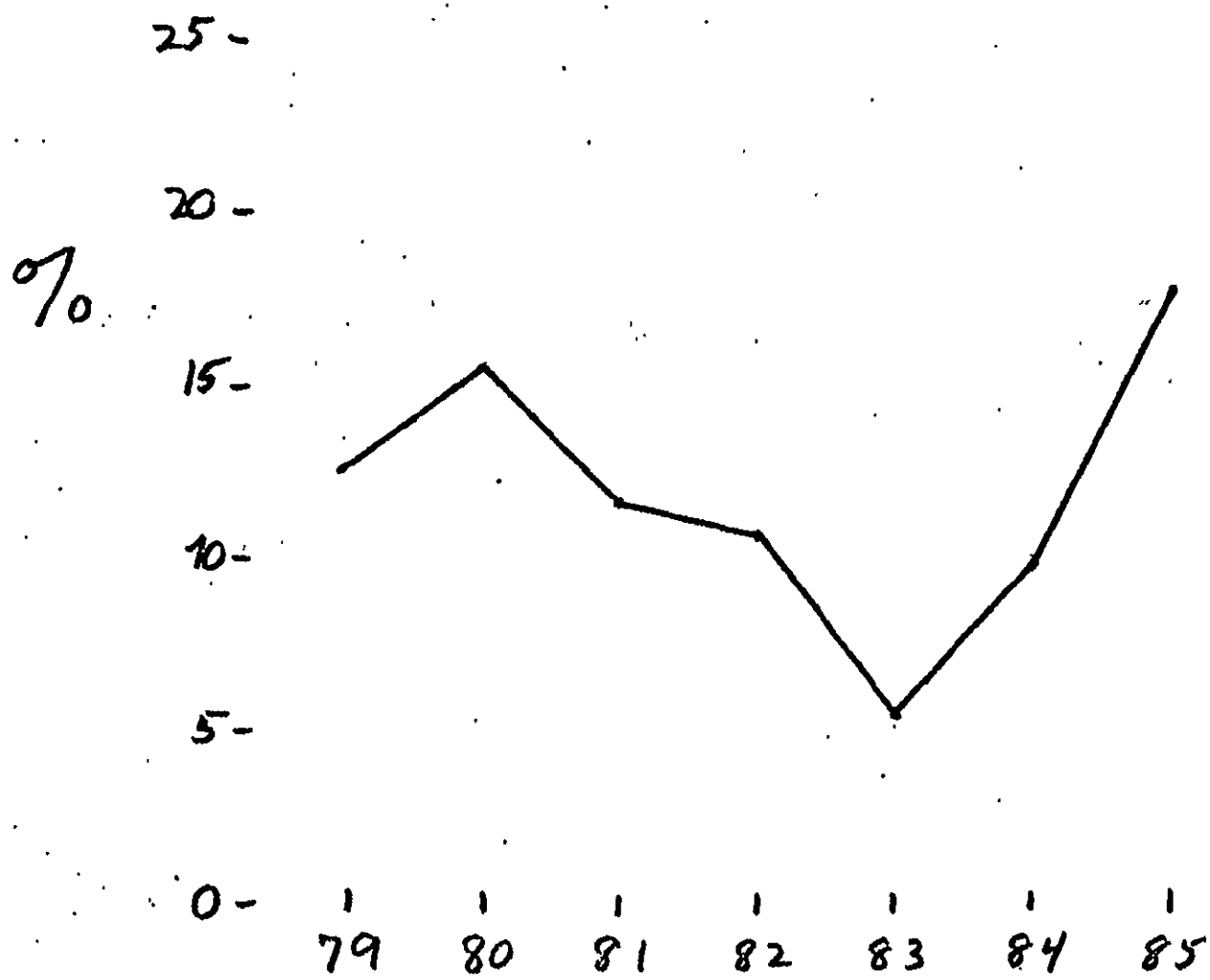


T.3

Consultations Infantiles

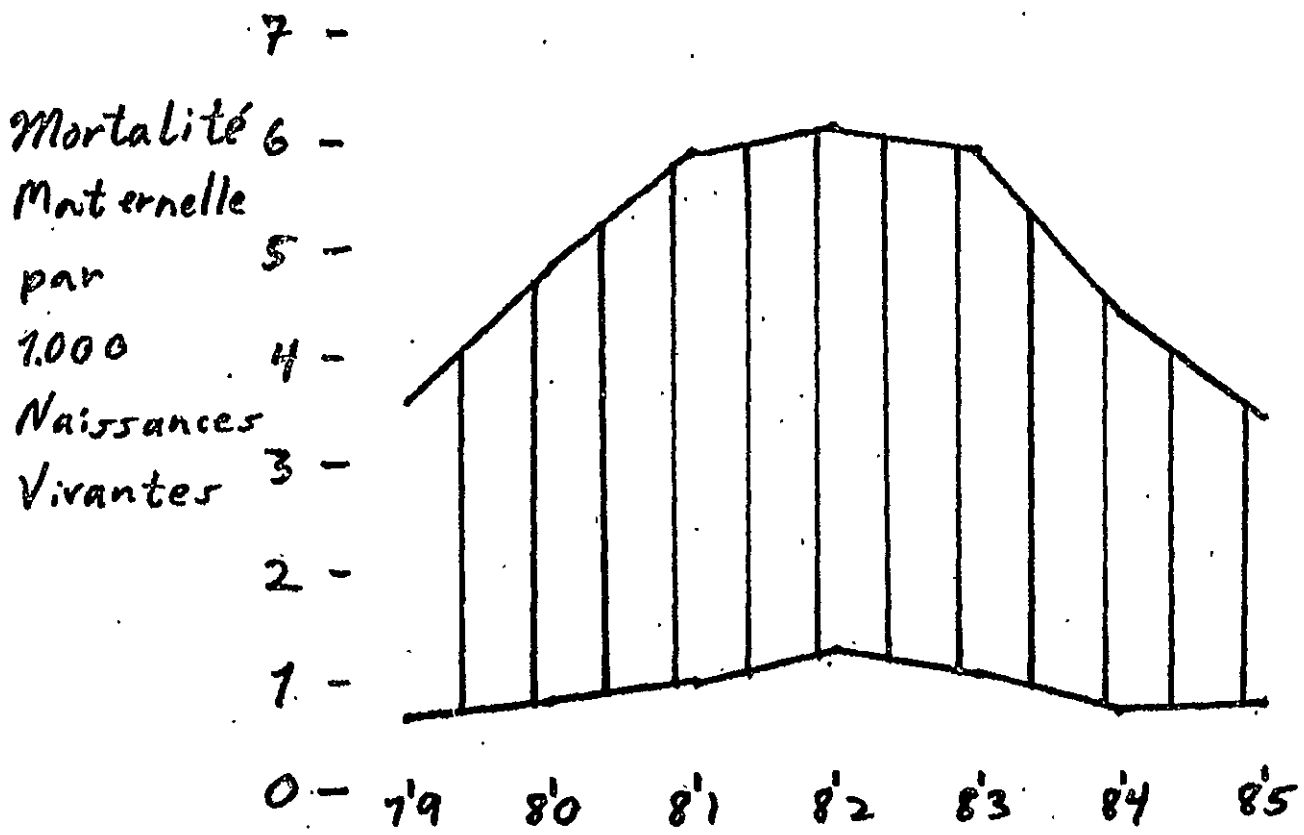
% Des Enfants Inscrits, 0-11 mois

BURKINA FASO 1979 - 1985



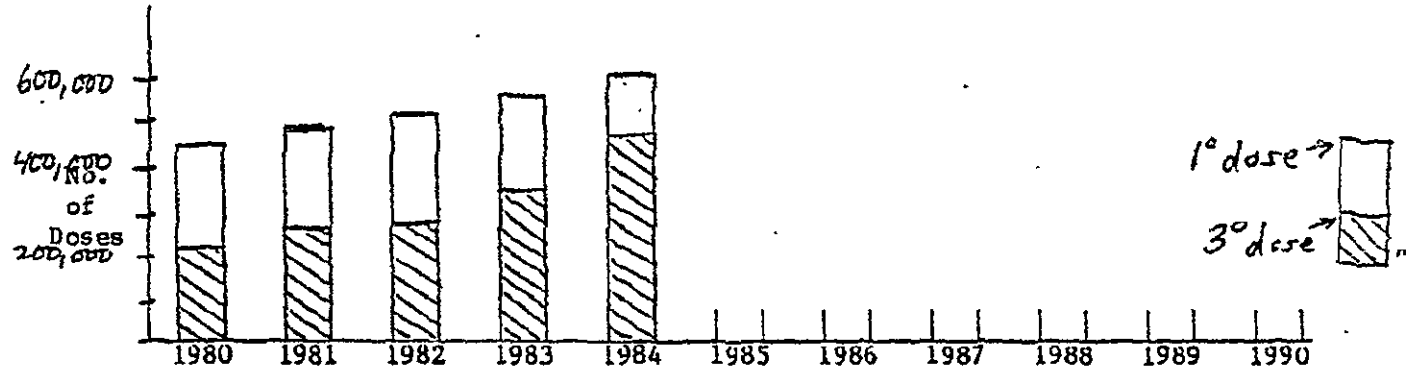
T. 4

Mortalité Maternelle
BURKINA FASO 1979-1985

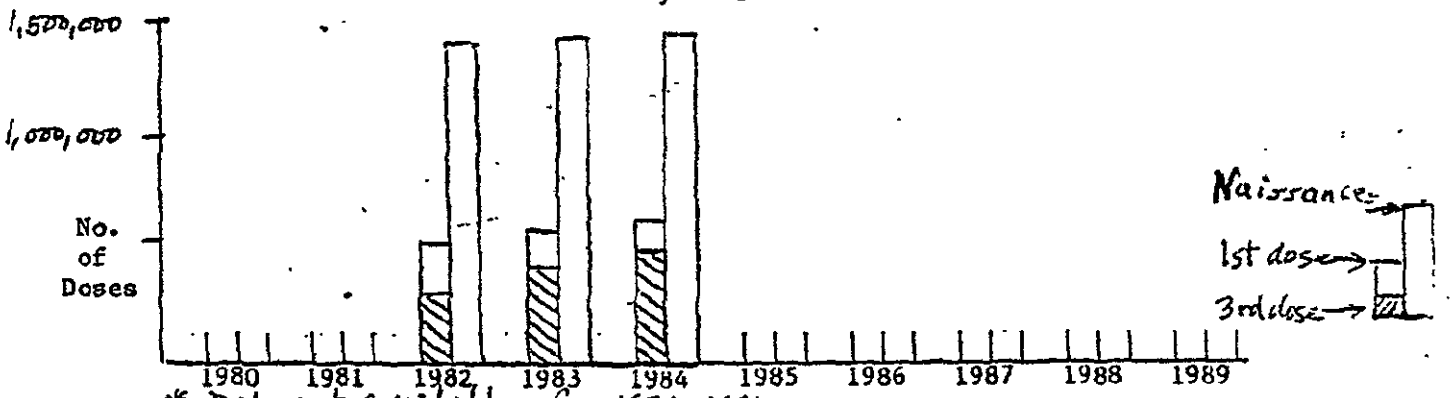


Diphtheria-Pertussis-Tetanus (DPT)

1. Number of Third Doses of DPT Given Children of All Ages Compared to First Doses of DPT Given to All Ages by Year

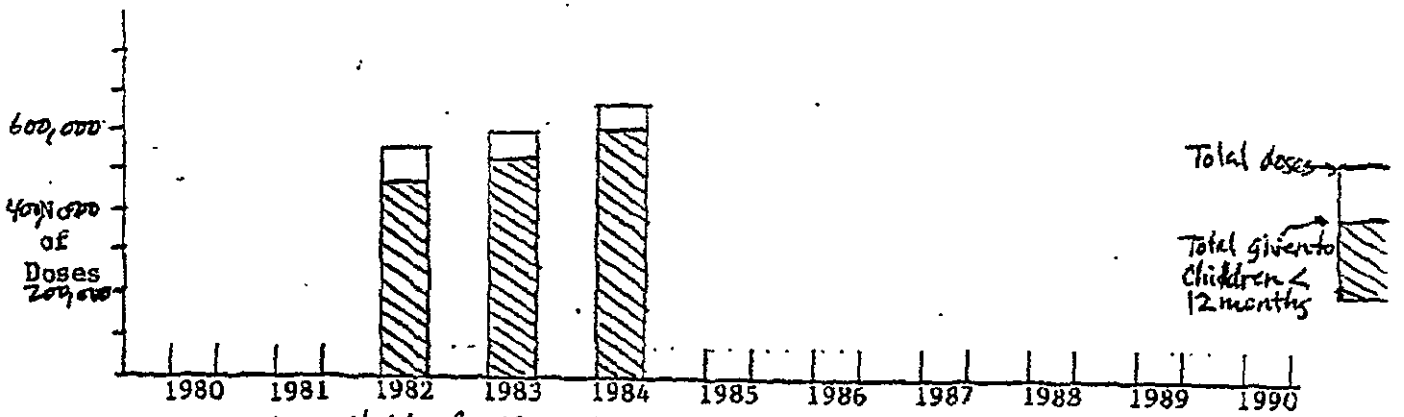


2. Number of First and Third Doses of DPT Given to Children Less than 12 Months Compared to Number of Live Births by Year *



* Data not available for 1980-1981

3. Total Number of Doses of DPT Given to Children Less than 12 Months Compared to Total Number of Doses of DPT Given to All Ages by Year*



* Data not available for 1980-1981

MINISTERE DE LA SANTE
-:-:-:-:-:-:-
SECRETARIAT GENERAL
-:-:-:-:-:-:-
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION
-:-:-:-:-:-:-:-:-

RESUME DES CRITIQUES ET SUGGESTIONS SUR LES FICHES CSPS/D.M.
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1- COUVERTURE SANITAIRE ET ACTIVITES DE SUPERVISION

1.1. Ajouter les secteurs pour les formations urbaines
Remplacer PSP fonctionnel par PSP avec équipement complet.

1.2. Supervision des ASC: combiner les colonnes visités au moins une fois et l nombre total de visités.

1.3 Visites du superviseur de la DPS ou du CM au lieu de visites de supervision.

2-SOMMAIRE DES RELEVES DES ASC

2.1.1. Nombre de femmes en grossesse dans le village : difficile à connaître (ou à recenser).

- Remplacer nombre de femmes en grossesse vues par le nombre de femmes en grossesse suivies

2.1.2. - Remplacer accouchements assistés par accouchements effectués
2.1.4. - Nutrition : périmètre brachial : supprimer les "dont".
2.2. Etat des trousses.
Remplacer : ... trousses trouvées avec médicaments suffisants par ..... médicaments complets et insuffisants par incomplet, penser alors à corriger dans le cahier des ASC.

3.-SANTE MATERNELLE ET INFANTILE - MATERNITE.

3.1. Accouchements : ajouter enregistrés à la maternité.
Nombre total d'accouchements effectués au lieu d'assistés:
- à la maternité:
- à domicile :

3.1.2. Enlever avortements du chapitre accouchement.
3.2.1. et 3.1. devraient faire objet d'un seul point.
3.3. - Remplacer curetage par curages digitaux.
3.4.- Mettre une ligne supplémentaire pour les évacuations pour complications d'avortements.

Distinguer pour les naissances vivantes (3.2.1.) : les garçons des filles.

.../...

65

4-SMI- CONSULTATION EXTERNES

4.1. Consultations prénatales
Ajouter cas de goître et d'anémie

4.3. Ajouter cas de xérophtalmie

4.4. Ajouter cas de xérophtalmie
- Ajouter une ligne pour évacuations pour enfants malnutris
- Prévoir une ligne pour visites dans les village (pour SMI mobiles)
Certains pensent que le chapitre " surveillance nutritionnelle par périmèt brachial" devrait disparaître, car elle se fait par pesée.

4.5. Corriger-poids et taille : mettre poids et âge
- 70 % à 80 % : mettre 60 à 80 %
- moins de 70 % : mettre moins de 60 % .

4.7. VACCINATIONS
Au niveau des C.M.-CHR : faire la distinction entre les vaccinations par équipes mobiles et centres fixes. Le type de vaccins utilisés " DTCOQ+POLI orale ou DTCP" doit venir sous la rubrique 4.7.1.- et 4.7.2.

Au niveau des CSPS : combiner les points 4.7.1, 4.7.2. et 7.3.
Retenir pour les tranches, d'âge 0-11 mois et 1 an et + plus

5.- CONSULTATIONS EXTERNES.

5.1. - Tableau nosologique : retenir pour les colonnes
enfants (0-14 ans) -femmes -hommes - total
- Ajouter à la liste (qui semble être incomplète)
  - Fièvre typhoïde
  - Plaies, myalgies
  - Parasitoses intestinales
  - Affections rhumatismales
  - Hypertension artérielle
  - Carie dentaire, malnutrition
  - Autres affections respiratoires
  - Douleurs abdominales et deshydratation.
- Remplacer la Pneumonie par Pneumopathies

5.4.3. Le tableau sur les distances semble être difficile à remplir, ils propos la suppression.

6.PRESENCE DES MEDICAMENTS.

Ce chapitre est mal présenté, car, il ne traduit pas les besoins. En pl c'est une situation qui change à tout moment : remplacer tout le chapit par :

Au 25 du mois, cochez si vous avez:
25 Flacons de pénicilline
500 Comprimés de chloroquine (Nivaquine)
200 Comprimés de fer

50 Sachets de BHO
2 Litres de desinfectant
Combustible (ou éléctricité) pour bouillir le matériel.

7. SOINS HOSPITALIERS

7.1. Ajouter diagnostics à la sortie
- laisser plus d'espaces pour le tableau
- Ajouter une colonne TOTAL

7.2. -Remplacer le titre par mouvement des malades
-Supprimer journées d'hospitalisation et créer une ligne en dessous pour ça (J.H.)
-Ajouter après décès : TOTAL des sorties.

Au niveau CM-CHR.

7.1.1. - Ajouter au tableau : troubles mentaux
- sur le titre du même tableau, remplacer "et des décès par" dont les décè

7.2. et 7.3.2. sont à fusionner.

7.3.2. Origine des malades par distance à supprimer. (par contre d'autres veulent le maintenir.)

7.5. Remplacer le titre par
- Nombre de clichés par radiographie
- Nombre d'examens par radioscopie

8.- ACTIVITES DE LABORATOIRE.

8.1. - Ajouter goutte épaisse et mettre :

+	++	+++	++++	+++++
1hém/ch	1-9/10 ch	1-9/ch	10-99/ch	100 et+/ch

- Ajouter les autres examens courants (sels et pigments biliaires)

8.3. Remplacer albuminurie par protéinurie
Il manque : -recherche des parasites (microfilaires, SNIP)
-recherche coprologique des parasites à détailler

9- MALADIES D'INTERET SPECIAL

9.2. Lèpre : ajouter : nombre de séances de traitement !

9.6. Onchocercose : -ajouter - anciens cas
- traités dans le mois

10. SEANCES D'EDUCATION POUR LA SANTE

Supprimer les méthodes : remplacer par les sujets suivants :
- Sur la nutrition
- sur l'hygiène et assainissement

- Sur le planning familial
- Sur les vaccinations
- Sur les consultations prénatales
- sur autres sujets

11- APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT

Ce chapitre rencontre des difficultés à remplir à certaines périodes de l'années; les données changeant peu, il serait bon si somostriellement (2ème et 4ème trimestres)

11.3 Il serait bon de donner à la place des chiffres les noms des villages concernés.

En Général

1. On parle de médicaments suffisants au chapitre 6 jusqu'à quel niveau parler de médicaments suffisants devant une population élevée.

2. Au niveau du CM, il serait souhaitable d'avoir une fiche intermédiaire d'ailleurs qui a été proposée

Diagnostic de sortie	AGE				Guérir	Evacués	Evadés	Décéd
	0-11	1-4	5-14	Adultes				

3.- Trouver une place pour mettre les malades référés
4.-Difficultés générales de compréhension de la fiches elle est dense ; elle nécessite d'être simpliée
5. Absence de volet spécifique pour la pédiatrie et de psychiatrie.

DEP

B U R K I N A F A S O
/)/)INISTERE DE LA SANTE

ENREGISTREMENT INDIVIDUEL D'UN DECES MATERIEL

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

INSTRUCTIONS : Pour chaque décès maternel, remplissez cette fiche et envoyez-la aussitôt au Directeur Provincial de la Santé qui se chargera de l'acheminer à la Direction des Etudes et de la Planification après exploitation (un décès maternel est un décès survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après accouchement, avortement ou toute autre intervention pour une cause déterminée ou aggravée par la grossesse, mais ni accidentelle ni fortuite).

1.Province _____ 2.Formation Sanitaire de _____

3.Date du décès : _____/_____/ 198____ 4.Lieu du décès _____

5.Nom et adresse de la femme décédée : _____

6.Age _____ ans 7. Ethnie _____

8.Taille : Grande (1,55m et +) ☐ Moyenne (1,45 m - 1,54 m) ☐

Petite (1,40m - 1,44m) ☐ Très petite (moins que 1,40 m) ☐

Taille exacte si possible _____

9.Réligion : Animiste ☐ Chrétien ☐ Musulman ☐ Autre* ☐

10.Situation matrimoniale : Célibataire ☐ Divorcée ☐ Mariée ☐

Veuve ☐ Autre* ☐

11.Niveau d'instruction : Non scolarisée ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐

Supérieure ☐

12.Antécédents : Nombre de grossesse (s) y compris la présente. _____

Nombre d'enfant vivants _____/Décédés _____

Césarienne ☐ Autre* ☐

13.La grossesse actuelle :

13.1 Quel est le terme de la grossesse au moment du décès ? _____ mois

13.2 La femme a-t-elle suivi les consultations prénatales ? : oui ☐ non ☐
inconnu ☐

13.3 Quel est l'intervalle de temps entre le décès et le dernier accouchement de la femme ?

_____ ans _____ mois

inconnu ☐ c'est la 1er grossesse ☐

.../...

69

14. Causes du décès :

14.1 ☐ Décès pendant la grossesse : Hémorragie ☐ Eclampsie ☐

Autre* ☐

ou

14.2 ☐ Complicationsd'avortement : Spontané ☐ Provoqué ☐

Infection ☐ Hémorragie ☐ Autre* ☐

ou

14.3 ☐ Complications de l'accouchement :

Disproportion foeto-pelvienne ☐ Présentation vicieuse ☐

Rupture utérine ☐ Hémorragie ☐ Eclampsie ☐ Infection ☐

Autre* ☐

ou

14.4 ☐ Décès pendant les suites de couches : Hémorragie ☐ Infection ☐

Autre* ☐

*Pour autre ou pour les causes inconnues, précisez les détails en bas.

OBSERVATIONS : Décrivez les complications pendant la grossesse (anémie, hypertension, etc...) et les circonstance du décès (évacuation, interventions, traitements, etc...).

Nom et signature du Responsable de la Formation Sanitaire

_____,le_____/_____ 198 _____

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

-:-:-:-:-:-

PROVINCE DE : _____
FORMATION SANITAIRE DE : _____

MOIS : _____ ANNEE : _____

(3) SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE
RELEVES HEBDOMADAIRES
PERIMETRE BRACHIAL

SEMAINES	NOMBRE D'ENFANTS			
	VERT	JAUNE	ROUGE	TOTAL
° Semaine du _____ au _____				
° Semaine du _____ au _____				
° Semaine du _____ au _____				
° Semaine du _____ au _____				
° Semaine du _____ au _____				
TOTAL MENSUEL				
POURCENTAGE				

BEST AVAILABLE

NOMBRE D'ACTIVITES NUTRITIONNELLES	1°sem.	2°sem.	3°sem.	4°sem.	5°sem.	TOTAL/MOIS
- causerie simple .						
- démonstration .						
- visites à domicile						

INSTRUCTIONS :

Cette fiche permet de faire une meilleure surveillance nutritionnelle à la formation sanitaire qui ne dispose pas des matériels de pesée. Ai Assi elle vous permet de remplir la fiche du Rapport de la formation sanitaire.

On se réfère à la fiche technique sur le périmètre Brachial.

1°) Remplir sur cette fiche le mois et les dates de toutes les semaines.

2°) Mesurer tous les enfants de 1 an à 5 ans, une fois par mois. Ceux qui sont dans la partie rouge (malnutrition sévère) seront déférés au CREN ou au dispensaire.
Pour ceux qui sont dans la partie jaune, intensifier l'éducation nutritionnelle aux parents.

BEST AVAILABLE

3°) Durant la semaine, tenir compte du nombre d'enfants dont vert jaune et rouge, en cochant sur un papier de brouillon.

4°) Chaque enfant ne doit être pris en compte qu'une seule fois par mois, même s'il est mesuré plusieurs fois pour raison de suivi.

5°) A la fin de la semaine, additionner tous les traits verticaux ou chiffres et marquer le total dans la case indiquée.

6°) A la fin du mois, additionner toutes les colonnes et marquer les sommes dans les cases indiquées "TOTAL MENSUEL". Ce résultat doit être noté sur le Rapport Mensuel, chapitre 4.4, "surveillance nutritionnelle sur le Périmètre Brachial".

7°) Déterminer les pourcentages afin d'apprécier la situation nutritionnelles de la communauté.

8°) Garder cette fiche au niveau de votre formation sanitaire. Elle servira éventuellement d'élément d'évaluation de vos activités de SMI.

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE
ET DE L'ENFANT.
-:-:-:-:-:-:-

46

SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE
RELEVES HEBDOMADAIRES
POIDS POUR AGE

PROVINCE DE : _____

FORMATION SANITAIRE DE _____

MOIS : _____ ANNEE : _____

SEMAINES	NOMBRE D'ENFANTS PESES			
	plus ou égale à 80 % de la norme	moins de 80 %	TOTAL	avec oedème
1° Semaine du ____ au ____				
2° Semaine du ____ au ____				
3° Semaine du ____ au ____				
4° Semaine du ____ au ____				
5° Semaine du ____ au ____				
Total mensuel				
Pourcentage				

NOMBRE D'ACTIVITES NUTRITIONNELLE :	1° sem.	2° sem.	3° sem.	4° sem.	5° sem.	TOTAL/Mois
- Causerie simple						
- Démonstration						
- Visites à domicile						

INSTRUCTIONS : (Voir verso)

INSTRUCTIONS :

Cette fiche permet de faire une meilleure surveillance nutritionnelle et de remplir la fiche du Rapport Mensuel de la formation sanitaire. On se refèrera aux courbes de croissance des enfants de 0 à 4 ans.

1.) Remplir cette fiche tous les mois en fonction des semaines.

2.) Les jours de pesée, s'assurer que toutes les courbes de croissance sont bien remplies le même jour. Noter aussi le nombre d'enfants souffrant d'oedème.

3.) Classer les enfants ~~en deux~~ groupes d'après les résultats de la pesée :

a) ceux qui pesent plus ou égale à 80 % de la norme ;
b) ceux dont le poids est au dessous de 80 %..(La ligne inférieure de la courbe de croissance représente 80 % de la norme).

4.) Durant la semaine, tenir compte du nombre d'enfants dans chaque groupe en cochant sur un papier de brouillon.

5.) A la fin de la semaine, faire l'addition de tous les enfants pesés et tous les cas d'oedèmes, et les inscrire dans les cases indiquées.

6.) A la fin du mois, additionner les chiffres dans chaque colonne, et inscrire les totaux dans les cases indiquées "TOTAL". Les deux cases encadrées représente les données que l'on inscrira sur le Rapport Mensuel, Chapitre 4,3, (nombre total d'enfants pesées et nombre dont en dessous de 80 %).

7.) Déterminer les pourcentahes afin d'apprécier la situation nutritionnelle de la communauté.

8.) Mentionner le nombre de causeries, et démonstrations faites toutes les semaines, et le total mensuel. Ceci doit être noté sur la dernière page du Rapport Mensuel, Chapitre 10, (séances d'éducation pour la santé). Noter également sur cette fiche de relevés hebdomadaires le nombre de visites à domicile.

9.) Garder cette fiche au niveau de votre formation sanitaire. Elle servira ultérieurement d'élément d'évaluation de vos activités de SMI.

SD/ZA.

B U R K I N A F A S O

/)/)INISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES ETUDES ET
DE LA PLANIFICATION

OUAGADOUGOU, le - 8 SEP. 1986

SEMINAIRE SUR LA REVISION DES FICHES STATISTIQUES.

Un séminaire regroupant les Directeurs Provinciaux de la Santé du Bazèga, du Houet, du Mou-houn, du Seno, du Sanmatenga et des représentants des Directions Centrales s'est tenu à Ouagadougou dans les locaux de l'Ecole Nationale de Santé Publique A.A. Quenum sous le patronnage de la Direction des Etudes et de la Planification du 11 au 14 Août 1986. Y prennaient par les infirmiers et sages femmes directement utilisateurs sur le terrain également venus des cinq provinces sus citées.

Durant le séminaire, les participants se sont penchés sur le contenu, la forme et la présentation des fiches-supports de l'information sanitaire pour que celles-ci soient facilement maniables et exploitables à tous les échelons du système sanitaire national. Il faut arriver, à partir de ce qui existe déjà, à compléter et renforcer le système national d'information sanitaire afin de le rendre plus utile et plus opérationnel pour atteindre ses objectifs qui sont :

- Etablir des données de base permettant la planification à court, moyen et long terme au niveau périphérique, intermédiaire et central.
- Déterminer si les services sanitaires sont en train d'atteindre leurs objectifs (efficacité) et dans quelle mesure de qualité (efficience).
- Servir d'orientation pour les études des problèmes particuliers de prestation des services de santé (recherche opérationnelle).
- Fournir des informations ponctuelles auxutilisateurs en général (planificateurs bailleurs de fonds, universités, etc...).

- Servir de guide aux utilisateurs locaux pour orienter immédiatement leurs activités dans le sens de la satisfaction des besoins réels de la communauté.

Les séminaristes ont également proposé des indicateurs à élaborer à chaque niveau et qui pourront, selon les besoins, être utilisés par différents agents de la santé pour évaluer ou identifier des problèmes et prendre une décision conséquente à leur niveau sans attendre que celle-ci vienne d'un haut niveau.

Ils ont également fait ressortir dans les discussions les points suivants :

- Malgré des efforts déployés par des autorités sanitaires au niveau des agents, une formation plus approfondie en statistiques sanitaires améliorerait l'analyse au niveau des provinces.
- Certaines données de routine doivent être complétées par des données ponctuelles recueillies soit par des enquêtes, soit par utilisation des fiches intermédiaires. D'ailleurs au niveau de chaque commission, il a été question d'étudier les besoins en fiches intermédiaires selon les chapitres qui leur a été confiés pour révision.
- Dorénavant chaque formation sanitaire aura sa fiche d'identité.

Les séminaristes ont identifié un certain nombre de problèmes qui entravent la bonne marche du SNIS ; nous pouvons en citer quelques uns pouvant trouver des solutions dans un proche avenir :

- Absence d'un minimum d'équipement au niveau des provinces (calculatrice, crayons, gommes, enveloppes, etc...).
- Besoins en formation des agents chargés de synthétiser les données recueillies au niveau provincial (-confection d'un guide - comme solution, pour le recyclage vers fin novembre début décembre 1986).
- Périodicité de certains rapports.
  C'est le cas des rapports sur le fonctionnement des PSP, sur l'assainissement et l'hygiène. Ces éléments (chapitre 1, 2 et 11 de la fiche actuellement en circulation) ont été supprimés du rapport mensuel et feront l'objet d'un rapport à part au rythme plus lent à partir de janvier 1987.
- Autres difficultés liées au manque de collaboration avec d'autres secteurs connexes.

.../...

16

A toutes ces questions, certaines solutions ont été proposées, d'autres sont laissées à l'appréciation des autorités.

Il faut également noter que parmi les recommandations, il a été demandé aux services privés de produire des rapports d'activités.

Les résultats du séminaire ont été concluants car les trois modèles de fiches révisées ont couronné les travaux de groupes des séminaristes - à savoir CSPS - D/M, CM/CHR et Provincial. Nous espérons que les nouvelles fiches qui seront fonctionnelles à partir de janvier 1987 apporteront une amélioration dans le SNIS contribuant ainsi à une meilleure planification, à la bonne gestion à tous les niveaux et tout cela dans le but d'atteindre l'objectif assigné : santé pour tout le peuple Burkinabè.

MEMBRES DES TRAVAUX DE GROUPES.		CHAPITRES REVISES
1- Dr. HIEN Mathias (DPS Sanmatenga)	Président	
Cde BOUGOUMA Faty (IDE Kadiogo)	Rapporteur	
Dr. MIDY Evariste (DEP)	Modérateur	(Toutes les séances plénières)
Dr. DIALLO Mahamady (DPS Bazega)		
Cde SOME Vincent (DEP)		Ch. 1 et 2
" ZOUGMORE Ibrahim (IDE Mou-houn)		
" KY Philippe (Seno)		
" BALIMA Zacharie (DAAF)		
2- Dr. ZINA Yacouba (Mou-houn)	Président	
Cde DEMBO Aïssatou (Houet)	Rapporteur	Ch. 3 et 4
Cde OUATTARA Née ILBOUDO Edith (PEV)	Rapporteur	
Dr. SOKAL David (DEP)		
Cde SIA Rafine (SMI Kadiogo)		
" SOME Fidelia (Sanmatenga)		
" ADJIBADE Alima (DSME)		
" BOUYAIN Clément (DSME)		
" BAMBARA Laurentine (Bazega)		
3- Cde OUANDAOGO Jacques (Kadiogo)	Président	
Mr. MABWIRE Emmanuël (DEP)	Rapporteur	
Cde SAWADOGO Gueswinde (Mou-houn)		Ch. 5, 6 et 7
" DELMA Léopold (Houet)		
" KABORE André (DFP)		
" TRAORE Dramané (BSST)		
" KAFANDO Pascal (IDE Sanmatenga)		
" ILBOUDO N. Désiré (Bazega)		

.../...

4- Dr. SONDO Blaise (Houet)	Président	
Dr. KYELEM David (DEP)	Rapporteur	
Dr. TIEMTORE Ambroise (DSE)		
Cde GUIRMA Bernard (DEP.)		
" OUEDRAOGO Célestin Robert (DESA)		Ch. 8, 9, 10 et 11
" KKABORE Georges (DEP)		
" KABORE Martine (DASPT)		
Dr. HIEN Kounsa (Seno).		

78

MINISTERE DE LA SANTE

B U R K I N A F A S O
LA PATRIE OU LA MORT,
NOUS VAINCRONS !

CENTRE MEDICAL, CENTRE HOSPITALIER REGIONAL

RAPPORT MENSUEL

Province: _____ Mois de _____, 19____

Centre Médical / CHR de: _____
(Rayer la mention inutile)

Ce rapport comporte des activités du CM/CHR seulement.

1. Activités de Supervision et Recyclage

1.1 Supervision

Nombre de visites du superviseur reçues pendant le mois par cette F.S.: _____

1.2 Recyclage du personnel de la santé

Niveau d'agents	Res-ervé	Nombre d'agts	Durée en jours	Thèmes traités	Res-ervé

2. Maternité

2.1 Accouchements:

	A Domicile	En Maternité	Total
eutociques			
dystociques			
total			
dont - 6 parités ou +			
- gémellaires			

2.2 Naissances:

2.2.1 Total de naiss. vivantes			
dont moins de 2500 gr. à la naissance			
2.2.2 Mortalité périnatale précoce			
nombre de mort-nés			
nombre d'enfants morts dans les 48 h après la naissance			

2.3 Avortements Nombre d'avortements: _____

2.4 Interventions Obstétricales

Césariennes - nouvelles	Ventouse
- itératives	Curages digitaux
Symphysiotomie	Curetages
Délivrances artificielles	Episiotomies
Forceps	Périnée

Autres (à préciser): _____

2.5 Evacuations

Nombre de femmes évacuées: _____

dont - avant accouchement: _____

- après accouchement: _____

- après avortement: _____

2.6 Décès maternels

2.6.1 Nombre total de décès maternels: _____

dont venu d'une autre province: _____

précisez l'autre province: _____

2.6.2 Causes des Décès Maternels

Disproportion féto-pelvienne	Présentations Vicieuses	Eclampsie	Rupture Utérine	Hémorragie	Retention Placentaire	Infections	Complications d'Avortements

Autres (à préciser): _____

NB: Pour chaque décès maternel, joindre une fiche pour décrire l'origine de la femme et les circonstances du décès. Au niveau des CHR, utiliser la fiche prévue à cet effet.

3. Activités de Santé Maternelle et Infantile dans les Formations Sanitaires

(N.B. Cette section doit-être rempli par chaque formation sanitaire selon les activités menées.)

3.1 Consultations Prénatales

Nouvelles consultantes: _____

Nbre d'anciennes consultantes revues: _____

3.2 Grossesses à Haut Risque

Nombre de grossesses à haut risque dépistées: _____

dont référées à l'échelon supérieur pour suivie: _____

3.3 Consultations Enfantines

3.3.1 Nbre total d'enfants de moins de 5 ans suivis en consultations.

	moins de 1 ans	1 ans et +	Total
Nouvelles inscriptions			
Anciennes inscriptions			

3.3.2 Surveillance nutritionnelle par la pesée

(NB: Si cette formation n'a pas de balance, utilisez les bandelettes et remplissez les espaces "jaune" et "rouge".)

Nombre total d'enfants pesés: _____
(ou mesurés avec la bandelette): _____

dont - en dessous de la courbe normale (inférieure à 80% de poids pour age): _____	OU	jaune: _____ rouge: _____

- avec xérophthalmie: _____

Nombre d'enfants référés pour malnutrition: _____

3.4 Activités de SMI Mobile

Nombre de villages et secteurs couverts dans le mois: _____

3.5 Activités du CREN

La classification par poids et taille est préférée: néamoins, si la mesure de la taille n'est pas possible, utiliser la classification par poids et âge.

Nouvelles inscriptions, total:		Guérisons :
Classification par poids et taille	Classification par poids et âge	Décès :
plus de 80% :	plus de 80% :	Abandons :
70 à 80% :	60 à 80% :	Evacuations :
moins de 70% :	moins de 60% :	Restants, fin mois :

3.6 Planning Familial

3.6.1 Méthodes contraceptives

	Spermicides	Pillule	Condom	Diaphragme	Stérilet	Méthodes naturelles	Total
Nouvelles utilisatrices							
Anciennes utilisatrices							
Grossesses accidentelles							

3.6.2 Nbre de nouvelles consultantes pour cause de stérilité -

primaire: _____

secondaire: _____

3.7 Vaccinations

3.7.1 Vaccinations du PEV

Vaccins	Tranches d'âge: moins d' 1 an	1 an et +	Total
BCG			
DTCoq + Polio orale	2 - 11 m		
1ère prise			
2ème prise			
3ème prise			
Rappel			
DTCP (polio injectable)	2 - 11 m		
1ère prise			
2ème prise			
Rougeole	9 - 11 m		
Fièvre jaune			
Tétanos	Femmes en âge de procréer	Femmes enceintes	Total
1ère prise			
2ème pr. et rap.			

3.7.2 Autres vaccinations

Vaccins	Tranches d'âge: 0 à 14 ans	15 ans et +	Total
Tétanos *			
Méningite			
Rage			
Fièvre jaune *			
Choléra			
Autres:			

* Non-compris les vaccinations enregistés dans le cadre du PEV.

3.7.4 Est-ce-qu'il y a eu une rupture de la chaine de froid? oui _____ non _____

Si oui, précisez la durée en heures: _____ ou jours: _____

4. Consultations Externes

4.1 Tableau nosologique des consultations (non-compris les cas hospitalisés: les décès sont considérés comme hospitalisés, meme s'ils ont eu lieu à l'arrivée à la formation sanitaire.)

Code OMS	Affection ou symptom dominant	0-4 ans	5-14 ans	Adultes hommes	Adultes femmes	Total
001	Choléra					
002	Fièvres typdoïde					
004, 006	Dysentéries amébiases					
009	Diarrhées, gastro-entérites					
022	Charbon					
033	Coqueluche					
036	Méningite					
037	Tétanos					
771.3	Tétanos du nouveau-né					
045	Poliomyélite					
055	Rougeole					
060	Fièvre jaune					
070	Ictère					
071	Rage					
084	Paludisme					
084.9	Palu avec accès pernicieux					
780.6	Fièvre indéterminée					
120	Schistosomiase urinaire					
125.7	Dracunculose (ver de Guinée)					
129	Parasitoses intestinales					
285	Anémies					
366.9	Cataracte					
076	Trachome					
372	Conjonctivite					
381-2	Otites					
462-3	Angine, pharyngite aigue					
486	Pneumopathies					
519	Autres affect. respiratoires					
521	Caries dentaires					
599	Infect. Urinaires					
729	Affections rhumatismales					
729.1	Myalgies					
870-97	Plaies					
	TOTAL					

4.2 Maladies sexuellement transmissibles

	Cas traités		Partenaires traités	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Syphilis				
Gonorrhée:				

4.3 Tréponématoses endémiques

	Cas traités	Membres de l'entourage traités
Pian		
Syphilis endémique		

4.4 Nouvelles Consultations - Affluence et Origine des Malades
(Non-compris les activités préventives: consultations prénatales, vaccinations, etc.)

4.4.1 Nouvelles consultations par tranches d'âge

	Tranches d'âge					
	moins de 1 an	1 - 4 ans	5 - 14 ans	Adultes		Total
				Hommes	Femmes	
Nouvelles Consultat.:						

4.4.2 Anciennes consultations: _____

4.4.3 Origine des malades par zone (distance)

	Origine des malades par zone			
	centrale (0 - 4 km)	périphérique (5 - 9 km)	étranger (10 km +)	Total
Nouvelles Consultations				

5. Soins Hospitaliers

5.1.1 Hospitalisations: Tableau nosologique de cas hospitalisés et de décès (diagnostic à la sortie).

Causes	Nbre de malades hospitalisés (C) dont décès (D)											
	0-11m		1-4ans		5-14ans		Adultes Hommes		Adultes Femmes		Total	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
Choléra												
Fièvre typhoïde paratyphoïde												
Dysentérie et amibiase												
Diarrhée, gastroentérite												
Tuberculose toutes formes												
Charbon												
Coqueluche												
Méningite												
Tétanos												
Tétanos du nouveau-né												
Poliomyélite												
Rougeole												
Fièvre jaune												
Ictère												
Rage												
Varicelle												
Paludisme												
Palu avec accès pernic.												
Fièvre indéterminée												
Trypanosomiase												
Tumeur maligne du foie												
T malignes des organes genit												
T bénigne du sein												
T autres et non-précisés												
Malnutrition protéino-cal												
Anémies												
Drépanocytose												
Aut mal du sang et org hémato												
Troubles mentaux												
Mal de l'oeil et ses annexes												

5.1.1 Suite - Tableau nosologique (diagnostic à la sortie)

Causes	Nbre de cas hospitalisés (C) dont décès (D)											
	0-11m		1-4ans		5-14ans		Adultes Hommes		Adultes Femmes		Total	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
Otites et mastoïdites												
Cardiopathies												
Infarctus aigu du myocarde												
Maladies cérébrovasculaires												
Pneumopathie												
Grippe												
Bronchite												
Autres maladies respiratoires												
Grippe												
Bronchite												
Asthme												
Ulcère de l'est omac,duodenum												
Appendicite												
Hernies												
Aut maladies de l'app digestif												
Nephrite, Nephrose												
Aut maladies de l'app urinaire												
Mal des organes genitaux												
Complicat. de l'avortement												
Compl des gross, des acchts et suites couches												
Plaies infect. et autres mal. de la peau												
Maladies du sys ostéo-articul												
Syndromes mal définis												
Brulures												
Envenimations par serpents												
Empoisonnement et intoxicat												
Fractures												
Traumatisme interne												
Accidents du travail, maladies professionelles (a préciser)												

5.1.2 Autres causes d'hospitalisations ou de mortalités

Spécifiez les causes en bas (ajoutez d'autres feuilles si nécessaire).

Causes	Nombre des cas hospitalisés (C) dont décès (D)									
	0 - 11 m		1-4 ans		5-14 ans		Adultes			
							Hommes		Femmes	
	C	D	C	D	C	D	C	D	H	D

5.2 Mouvement des Malades

Présents début du mois	Entrants dans le mois	Sorties				Restants fin du mois
		Guéris	Evacués	Evadés	Décès	

5.3 Nombre de jours d'hospitalisations (non-compris la maternité): _____

5.4 Chirurgie - Nombre d'interventions majeures

Hernies: _____

Césarienne: _____

Traumatisme: _____

Autres: _____

Total: _____

dont décès: _____

5.4 Activités de transfusions

Nombre de groupages sanguins effectués: _____

Quantité de sang transfusé en litres: _____

Est-ce-qu'il y a une banque de sang? oui ____ non ____

5.5 Radiologie

Radiographie (nombre de clichés utilisés): _____

Radioscopie (nombre d'examens): _____

5.6 Activités d'Odonto-stomatologie

Nombre de consultants: _____

Nombre d'amalgames plus le nombre de ciments: _____

6.0 Activités de laboratoire

(NB: S'il n'y a pas d'activités de laboratoire, allez à la section 9.)

6.1 Examens de base

	Total	Anormal
KOP		
dont - S. mansoni	XXXXXXXXXX	
- amibes	XXXXXXXXXX	
- ankylostomes	XXXXXXXXXX	
- autres	XXXXXXXXXX	
Snip		
dont moins de 10 ans		
Trypanosomiases		
Urines - culot		
- protéine		
- sucre		

6.2 Examens avec coloration ou au fond noir

	Total	Anormal
Recherche du BK		
Recherche du B. de Hansen		
Recherche des Tréponèmes P.		

6.3 Examens chimiques et sérologiques

	Total	Anormal
Glycémie		
Azothémie		
Sérologie des tréponématoses (BW, etc.)		
Electrophorèse HB		
Test d'Emmel		
Facteur Rhésus		

7. Maladies d'Intéret Spécial

Maladie	Lèpre	Trypano	Oncho	TB	Hypert. art.	Diabéte	Asthme	Maladies mentales
Malades inscrits au debut								
Entrées nouv cas								
rechutes								
autres								
Total								
Sorties libéré ou quéri								
DCD								
abandon								
autres								
Total								
Malades inscrits à la fin								

8. Séances d'Education pour la Santé

Thèmes traités	Nbre de séances dans la F.S.	Nbre de séances hors de la F.S.
Consult. prénatale		
Consult. enfantine		
Planning familiale		
Vaccination		
Hygiene et assainissement		
Nutrition		
Maladies sexuellement trans.		
Autres		

9. OBSERVATIONS:

Nom du Directeur du CM (ou du CHR): _____

Date: _____ Signature:

Proposal for DEP Policies and Activities,
Schedule of Conferences - 1986-87

65

BURKINA FASO
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-
MINISTERE DE LA SANTE
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-
SECRETARIAT GENERAL
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-
PLANIFICATION
-:-:-:-:-:-:-

OUAGADOUGOU, le 6 OCT. 1986

POLITIQUE ET PLAN D'ACTION

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

BEST AVAILABLE

I - MISSION DE LA DEP. SA POLITIQUE POUR LE MOYEN TERME

La DEP représente la pierre angulaire du Ministère de la Santé. Son rôle a été clairément défini par le Kiti N° 86-144 en date du 12 Février 1986, portant organisation du Ministère de la Santé. Alors que les autres Services Centraux ou entités du Ministère s'occupent, en général d'un programme précis ou d'une activité spécifique avec un champ d'action donné, la DEP, de son envergure rayonne sur toutes les activités du Ministère. Sa mission, toutefois demeure bien précise.

1.1. La DEP centralise, traite, analyse, stocke et diffuse toutes les informations et les données concernant la situation sanitaire.

1.2. La DEP planifie et coordonne toutes les activités du secteur de la Santé.A cette fin, elle étudie les diverses propositions de projet d'où qu'elles viennent, les discute avec les intéressés, en analyse les objectifs et détermine la pertinence de ces derniers quant aux besoins sanitaires réels et fondamentaux de la population et leur harmonisation avec la politique de santé globale du Gouvernement.

1.3. La DEP étudie le volume des ressources disponibles en vue d'y adapter les programmes, projets ou autres activité du Ministère de la Santé, analysés et répartis, au besoin, suivant un ordre de priorité donné.

1.4. La DEP assure le suivi de l'exécution des divers projets en cours, les évalue pour s'assurer de la cohérence constante des activités réalisées avec les objectifs poursuivis et l'impact recherché sur les populations.

1.5. Grâce à son système de statistiques et d'information sanitaire, la DEP analyse l'évolution de la situation sanitaire globale du pays et fournit aux hautes instances du Ministère les éléments nécessaires à la définition d'une politique sanitaire nationale cohérente, répondant aux besoins et aux aspirations du peuple du Burkina Faso.

Une mission si importante et si étendue au niveau du Ministère de la Santé met la DEP naturellement en contact constant avec les hauts niveaux de décision du Ministère, avec tous ses organes normatifs et d'exécution et ses divers éléments de suppor

(Directions Centrales et Provinciales), ainsi qu'avec les agences internationales, gouvernementales et non gouvernementales intéressées aux activités de santé à travers le pays. Cette haute mission engage fortement la responsabilité de la DEP et la met dans l'obligation d'augmenter constamment ses capacités et ses performances. De création relativement récente, la DEP se doit d'adopter en premier lieu une politique de renforcement et d'amélioration continues de ses cadres tant du point de vue technique qu'administratif afin d'être plus opérationnelle.

L'objectif à court terme de la DEP est de :

- généraliser et appliquer effectivement dans les faits au niveau de tout le Ministère de la Santé les concepts de planification, de suivi, de contrôle et d'évaluation de tous les projets et activités qui y sont envisagés et mis en exécution.

- parfaire le système national d'information sanitaire.

Une telle politique est essentielle dans le contexte des pays dits en voie de développement et constitue la voie logique et normale de leur cheminement vers le progrès économique et social et le bien-être généralisé.

II. PLAN D'ACTION

La mise en oeuvre d'une telle politique nécessite l'élaboration d'un plan d'action clair et précis pour un domaine aussi vital et d'un bien aussi précieux que la Santé. Le plan d'action étudié et envisagé par la DEP au cours de la période s'étendant jusqu'à Décembre 1987 en particulier et pour toute la période du plan quinquennal 1986-1990 en général, se déroulera donc strictement en conformité avec les éléments fondamentaux qui découlent de la politique exposée ci-dessus :

1°) Amélioration et renforcement techniques et administratifs.

2°) Affinement continu des divers éléments du plan quinquennal de la santé pour 1986-1990.

3°) Suivi de l'exécution des projets et activités de santé et leur évaluation.

4°) Approfondissements constants de certains éléments de base de la politique de santé du Ministère.

5°) Poursuite de la mise en place du système national d'information sanitaire.

.../...

BEST AVAILABLE

1. Amélioration et renforcement techniques et administratifs

Il convient de mettre la DEP effectivement à même de bi accomplir sa mission au niveau du Ministère de la Santé. A cette tout un train de mesures et de dispositions sont envisagées tant a niveau du personnel cadre de cette direction dans l'organisation services eux-mêmes ; on peut les résumer sous deux grandes rubric différentes :

1.1. Formation et recyclage

Un programme de renforcement et d'amélioration des cap cités techniques du personnel est déjà en vigueur depuis Janvier 1986. Des bourses d'études, des voyages d'observation, des sémin et ateliers de travail sont prévus tout au long de la période me tionnée au bénéfice surtout des éléments-clés du personnel de la DEP :

- Le Chef du service de planification/programmation a déjà suivi un cours de 5 mois sur la planification et la gestion des serv de santé dans les pays en voie de développement aux USA.
- L'économiste de la DEP suit actuellement un cours de 3 mois au USA sur les SSP dans les pays en Voie de développement. Economiste de formation, ce cours lui inclulquera outre des conceps d'économie sanitaire, mais aussi des conceps de santé publiqu le préparera mieux à ses fonctions d'analyste économique dans domaine sanitaire.
- Un médecin Burkinabè est actellement aux USA pour préparer ur maîtrise en épidémiologie pendant deux ans.
- Le Chef du service de statistiques qui a une formation en st tiques générales sera aux USA dès le mois d'Août 1986 pour pré rer une maîtrise en Santé Publique axée sur les statistiques taires.

D'autres formations sont prévues :

- Formation du Chef du bureau du suivi et évaluation
- Perfectionnement de l'informaticien.
- Spécialisation de la documentaliste dans la docume tion sanitaire.
- Formation d'un administrateur sanitaire...etc.

Best Available Document

Des voyages d'études ou d'observation sont aussi prévus pour les membres de la DEP ou d'autres Directions du Ministère de la Santé dans d'autres pays africains où s'exécutent des programmes sanitaires spéciaux intéressant le gouvernement Burkinabè dans le cadre de la coopération entre les pays en voie de développement.

Enfin, localement, le plan d'action prévoit périodiquement des séminaires ou ateliers de travail réunissant des responsables du Ministère de la Santé des niveaux central et/ou provincial pour discuter de problèmes ou de questions spécifiques concernant le développement des services de santé au Burkina Faso. De telles rencontres qui ont déjà débuté depuis l'année dernière se sont révélées particulièrement instructives et enrichissantes. Dans ce cadre il convient de mentionner spécialement :

- Les Séminaires des Directeurs Centraux et Provinciaux de la Santé auxquels peuvent aussi être adjoints parfois d'autres cadres du Ministère . Ces réunions sont programmées deux fois l'an, aux environs des mois d'Avril et d'Octobre. On fera toujours en sorte d'inclure dans le programme un contenu éducatif spécial présentant un intérêt particulier pour ces niveaux de responsabilité du Ministère de la Santé.
- Les réunions périodiques du Ministère de la Santé avec les principaux bailleurs de fonds intéressés au développement de la Santé du peuple Burkinabè ; ces rencontres sont elles-mêmes programmées une fois l'an.

Pour l'année 1986 en cours, le premier séminaire des Directeurs Centraux et Provinciaux a eu lieu au cours du mois de Mai ; y avaient également pris part les Pharmaciens Provinciaux de la Santé. La deuxième réunion de l'année aura lieu au mois d'Octobre prochain. La réunion avec les Bailleurs de fonds pour cette année est programmée pour le mois de Novembre.

Les ateliers de travail ne sont pas programmés de façon périodique et régulière, mais peuvent être organisés sur demande et suivant les circonstances. C'est ainsi qu'un atelier de ce genre est prévu du 11 au 14 Août sur l'évaluation et la révision du système de fiches statistiques. Cet atelier réunira autour de la DEP des représentants de toutes les Directions Centrales du Ministère de la Santé et de six Directions Provinciales.

1.2. Structuration et Renforcement Administratif des Services.

.../...

Pour être réellement efficace la DEP doit d'abord fo tionner avec tout l'effectif en personnel qui lui est nécessai C'est ainsi qu'une augmentation de cet effectif a été envisagé par la Direction surtout au niveau du service de Planificatior de programmation et du Bureau de Suivi d'Evaluation où ce beso se fait particulièrement sentir. Dans cet ordre d'idées, une d de a été déjà produite par devant les instances compétentes en de la nomination à la DEP d'un autre Médecin de Santé Publique assistant à l'actuel chef de service. Une autre requête sera i samment adressée en vue de compléter le personnel du Bureau de et d'Evaluation par l'addition de deux autres membres (assista de santé). Le personnel de la DEP étant plus ou moins au compl il sera alors possible de bien structurer les services et de m en application dans toute leur rigueur les descriptions de pos actuellement en préparation au niveau de la Direction des Etu et de la Planification.

C'est encore par souci d'efficience et d'efficacité la DEP a proposé aux instances dirigeantes du Ministère de la la création d'une Commission d'Evaluation des Projets (CEPS). réunira non seulement des agents de la DEP, mais aussi ceux en venance d'autres Directions du Ministère, particulièrement int sées à l'évaluation et au suivi de Projets de Santé. La propos a été agréée et les normes générales de fonctionnement de la ont été établies. Il s'agit maintenant de donner la formation n saire à ses membres. A cette fin, il est prévu pour le mois d un séminaire qui se poursuivra par un stage pratique sur le te

Cette pratique consistera en l'évaluation d'un projet Santé. De cette façon on pense que la CEPS pourra être assez r rôdée pour commencer à fonctionner réellement à partir de Jan 1987. Il est prévu que la CEPS doit procéder normalement à l'é luation d'au moins deux projets de santé par an ; de plus, el devra participer obligatoirement à toute autre évaluation de à réaliser au niveau du Ministère de la Santé. Déjà, deux mem de la CEPS viennent de prendre part activement à l'évaluation du projet hydraulique villageoise, réalisée par le Gouverneme l'USAID. Cela a constitué déjà pour eux un entraînement parti rement intéressant.

Il convient de signaler que toutes les activités pr mées ou en cours se rapportant à la formation, à l'améliorati

BEST AVAILABLE

Best Available Document

au renforcement techniques et administratifs de la DEP sont largement supportées par le Projet de Renforcement de la capacité de Planification du Ministère de la Santé. Les techniciens de ce projet qui a débuté effectivement depuis Janvier 1985 travaillent côte à côte avec ceux du Ministère, partageant leurs connaissances et leurs expériences avec ces derniers. Grâce à ce projet, la DEP va bénéficier bientôt d'un nouveau local. Les travaux ont déjà commencé ; il est prévu que nos services pourront y être transférés dès le début de l'année prochaine :

2. Affinement continu des divers éléments du Plan Quinquennal de Développement Populaire 1986-1990.

2.1. Révision des éléments du Plan.

Incontestablement, l'élaboration du Plan Quinquennal de Développement Populaire 1986-1990 du secteur santé en accord avec les instructions du Gouvernement demeure la réalisation la plus importante de la DEP au cours des 18 mois écoulés. Cependant les techniciens de la DEP demeurent tout à fait conscients de l'imperfection de l'ouvrage. Le fond est là, et répond certes aux besoins politiques de santé du Gouvernement. Mais le manque de temps et surtout d'informations précises et détaillées n'a pas permis de présenter un travail fini, avec toutes les exigences de l'art. C'est pourquoi, la DEP va s'attacher durant la période s'étendant de Juillet 1986 à Juillet 1987 à affiner autant que faire se peut la présentation de notre Plan Quinquennal sectoriel. Les divers projets seront repris individuellement, analysés de nouveau dans leurs objectifs et activités avec les Directions centrales et provinciales concernées, les coûts seront précisés ou revisés d'après les dernières données à notre disposition. A la faveur d'un tel travail, il sera aussi possible d'élaborer et de préciser une liste d'indicateurs permettant au moment voulu de procéder à l'évaluation de l'exécution du plan. Les critères et les normes de suivi des divers programmes seront aussi réexaminés et notre Bureau de Suivi et d'Evaluation pourra ainsi méthodiquement contrôler l'exécution des activités prévues et évaluer leur conformité avec les objectifs et le calendrier établis. Un tel suivi systématique permet, le cas échéant, de rectifier à temps les erreurs de parcours et au besoin de réajuster les plans ou les calendriers.

2.2. Les Plans Annuels

Il est aussi bien connu qu'un Plan Quinquennal ne peut être

.../...

que global et ne saurait faire figurer au chapitre de l'annua sation tous les détails de l'exécution. C'est la raison pour laquelle la DEP a insisté et insistera toujours en vue de l'él ration de plans annuels successifs qui constitueront comme au de tranches annuelles progressives, du plan quinquennal glob tranches annuelles, précises et détaillées sont essentielles bonne réalisation et au suivi même de l'ensemble du plan quin nal. La DEP entend donc apporter un soin particulier à l'élab tion de ces plans annuels. Dans ce but elle travaillera étro avec les Directions Provinciales de la Santé, car c'est sur rain même, au niveau des provinces que doit débuter l'élaborat tout plan réaliste et objectif. Pour ce faire, la DEP a déjà mencé un travail de sensibilisation et de préparation des ca provinciaux par la rédaction et l'envoi de notes techniques discussions à ce sujet, lors des séminaires bi-annuels des D. Centraux et Provinciaux. Ce travail sera continué à l'avenir culièrement au moment des séminaires et consistera surtout a dans l'analyse conjointe au fur et à mesure des plans annuel vinciaux ou nationaux de santé.

D'après les prévisions de notre plan d'action les tions provinciales devraient commencer dès le mois de Mars 1 boration de leur plan annuel respectif pour l'année débutant 1er Janvier suivant. Les divers plans provinciaux seront env la DEP au cours du mois de Juin. De son côté la DEP procèder révision des divers plans provinciaux, à leur coordination e utilisera en vue de l'élaboration du plan national annuel de Ce dernier normalement devra être présenté aux hauts respons du Ministère de la Santé dans le mois d'Octobre pour discuss et approbation, en vue de sa publication dès le mois de Déce Pour la présente année 1986, vu les activités nombreuses aux a donné lieu l'élaboration du plan quinquennal, toutes les D tions provinciales n'ont pas pu encore faire parvenir à la D plans annuels jusqu'à cette date. Ceci causera certainement tard dans la parution du plan annuel pour 1987.L'élaboration plans annuels fera en sorte que le concept et la pratique de nification soient pleinement intégrés dans les faits au nive Ministère de la Santé. Il s'agit d'arriver à créer et promou un véritable"réflexe de planification" chez toutes les insta Ministère.

...

BEST AVAILABLE

3. Suivi des Projets

Le suivi des divers projets du plan quinquennal et de leurs diverses activités sera systématique. Le Bureau de Suivi et d'Evaluation a déjà commencé à prendre ses dispositions dans ce sen Des fiches de suivi ont été déjà élaborées et des sorties régulières sont prévues dans les provinces pour les membres du Bureau. Le contenu de ces fiches a été étudié de façon à les rendre aussi com plètes que possible. Le Ministère de la Planification vient de son côté d'envoyer à la DEP un autre type de fiche de suivi qui devra être rempli trimestriellement.

La DEP se propose ainsi de revoir ses propres fiches à la lumière de celles envoyées par le Ministère de la Planification et du développement Populaire, de façon à disposer d'une fiche unique aussi complète que possible avec non seulement des informations sur les activités réalisées, mais aussi sur les dépenses effectuées Si, comme nous l'espérons, la DEP obtient une augmentation de l'effectif du personnel du Bureau de Suivi, il est possible d'avoir ces fiches actualisées au moins chaque six mois, pour tous les projets du Ministère de la Santé. La DEP espère même pouvoir traiter à l'ordinateur les informations de ces fiches dans les meilleurs dela possibles.

4. Approfondissement de certains éléments de la Politique de Santé.

La politique globale de santé du Gouvernement et du Ministère de la Santé est, certes, clairement définie, mais certains de ces éléments constitutifs méritent encore d'être davantage appropridis dans tous leurs détails. Les diverses analyses et discussions que la DEP se propose d'entreprendre avec tous les autres niveaux du Ministère de la Santé contribueront certainement à mettre en lumière les lacunes ou les insuffisances. Qu'il s'agisse de la politique de distribution de produits pharmaceutiques à tous les niveaux de notre pyramide de soins de santé, qu'il s'agisse de la supervision et du suivi des FSP, des stratégies de lutte en vue du contrôle des principales endémies, de l'étude et de l'adoption d'un catalogue de postes et de la répartition du personnel du Ministère de la Santé, ce sont là des concepts ou des normes tout à fait dynamiques qu'il convient toujours d'ajuster en fonction du temps ou de conjonctures données. Si le temps le permet, le plan d'action

100

pour 1987 comportera dans les six premiers mois l'organisation avec tous les services et/ou Directions intéressées d'un certain nombre de séminaires ou d'ateliers de travail de durée limitée chacun des différents thèmes mentionés ci-dessus. Ces diverses des, jointes aux analyses pertinentes à réaliser à partir des r ports des services de statistiques permettront à la DEP de faire opportunement aux instances de décision du Ministère des suggest nécessaires concernant l'évolution de la politique sanitaire du vernement. La dynamique de la situation sanitaire sera ainsi su régulièrement et notre politique de santé sera toujours adaptée réalités du pays et en parfaite harmonie avec les besoins du peu Burkinabè.

BEST AVAILABLE

5. Poursuite de la mise en place du système national formation sanitaire.

5.1. Généralités

Pour planifier, exécuter, gérer et évaluer les progra de santé destinés à assurer la Santé pour tous en l'an 2000, le autorités nationales doivent disposer d'informations fiables su problèmes de santé et les besoins en soins de santé de la popul Ces informations doivent permettre de prendre des décisions sal taires. Il faut des données statistiques pour mettre au point d indicateurs nationaux de santé permettant de surveiller et d'év l'efficacité des stratégies de santé.

Toutefois, la fourniture d'informations sanitaires n' pas réalisable sans l'appui d'un système national d'information nitaire (SNIS) fonctionnel, c'est-à-dire un mécanisme par leque sont régulièrement collectées, analysées et diffusées les infor tions statistiques nécessaires aux planificateurs sanitaires po leur permettre de définir les priorités, les aider à décider de manière de satisfaire tel ou tel besoin prioritaire, et grâce quelles les administrateurs sanitaires seront à même de mesurer postériori les résultats de leurs actions. Aussi, au niveau pé phérique notamment, la décentralisation de l'analyse statistiqu s'avère fort nécessaire pour aider les Directions Provinciales faire des auto-évaluations à partir des données collectées afir d'améliorer leur planification et leurs activités de supervisic

Une révision périodique (annuelle ou bi-annuelle) du avec la participation des agents de tous les niveaux est indis sable pour s'assurer que le SNIS continue de répondre aux beso

informationnels de tous les niveaux

C'est face à cette nécessité fortement ressentie que le Ministère de la Santé a mis en place un système national d'information sanitaire dont l'organe central qu'est le service de statistiques sanitaires, est placé à la Direction des Etudes et de la Planification. Ce service comprend un bureau de statistiques et centre de documentation. Ces attributions sont les suivantes :

- constituer une banque de données fiables au profit du Ministère et des autres utilisateurs.
- rédiger les rapports trimestriels et annuels de statistiques sanitaires.
- collecter, traiter, analyser, diffuser et gérer toutes les informations sanitaires.
- promouvoir l'exploitation des données statistiques aux niveaux périphérique et intermédiaire.
- collaborer avec les Directions Centrales et les agents des niveaux périphérique et intermédiaire pour mettre au point des fiches intermédiaires de collecte des données ou des fiches opérationnelles.

<u>Le centre de documentation</u> : le rôle qui lui est dévolu n'est pas des moindres dans la bonne marche et dans l'évolution du système d'information sanitaire. Il est créé pour acquérir, sélectionner, analyser et synthétiser un corps d'information et de données dans un domaine précis, le domaine médico-sanitaire. Outre ses fonctions ordinaires, il doit jouer également le rôle de point focal national dans le cadre du programme de documentation en matière de santé de l'OMS. Le point focal national, c'est en clair, un centre national d'information et de documentation sur la santé. Il fait office de coordonnateur du réseau d'information bio-médicale et sanitaire du pays, qu'il est chargé de mettre en place. Il doit regrouper en son sein toute la documentation sanitaire sur le pays

Compte tenu du double rôle qui lui incombe, ce centre est est appelé à exercer les activités suivantes :

* En tant que <u>centre de documentation</u> :

. Gestion matérielle et intellectuelle de toute la masse documentaire qui se trouve en son sein, c'est-à-dire :

- collecte et acquisition des documents

.../...

- leur traitement : analyse, saisie informatique, classement.
- leur diffusion : finalité de centre de documentation (communication des ressources, production de matériels documentaires et bibliographiques, production et diffusion du bulletin trimestriel d'Epidémiologie et d'information sanitaire).

. Participation au Réseau Sahélien de Documentation et d'Information Scientifique (RESADOC). Cette participation consiste à envoyer régulièrement au centre régional de coordination RESADOC à Bamako, les bordereaux de saisie avec les éléments descriptifs analytiques des documents reçus par le centre et concernant la situation sanitaire au Burkina Faso, Elle nous donne accès à la base de données du RESADOC.

* En tant que <u>Point Focal National</u> :

. coordination des activités du réseau OMS au niveau national.

. centralisation, filtration et transmission de toutes les demandes pour les recherches bibliographiques et de photocopies au niveau des unités pourvoyeuses désignées à cet effet (Centre de Recherches MEDLARS en Italie).

. Planification des services de documentation sanitaire.

. Etablissement des listes de périodiques détenus par toutes les unités d'information sanitaires du pays. (Bibliothèque ENSP-ESSA-OMS-OCCGE-Section médecine de la bibliothèque universitaire etc...).

. Etablissement d'un catalogue collectif national de périodiques sanitaires.

. Rassemblement systématique de la documentation médico-sanitaire et bio-médicale (livres, périodiques, compte-rendus de recherches, publications officielles).

Par ces activités, le réseau vise les objectifs suivants

- Union et complémentarité des unités documentaires
- Eviter les doubles-emplois et les dépenses inutiles
- Mise en commun des ressources.
- Savoir où trouver une information précise.

.../...

Le services des statistiques est doté d'un microordinateur fonctionnel depuis Janvier 1986. Cette automatisation devra permettre un traitement plus rapide des données ainsi qu'une meilleure gestion de l'information, dégageant ainsi du temps pour l'analyse des données.

Les informations collectées proviennent essentiellement des niveaux périphériques, intermédiaire et Central. Elles sont traitées et publiées sous formes de rapport annuelle de statistiques sanitaires qui comprend :

- Les ressources sanitaires (infrastructure, personnel, équipement, budget).
- Les activités des formations sanitaires
- Les données épidémiologiques.

Encore embryonnaire, le SNIS se veut opérationnel. Comme tout SNIS, son fonctionnement est sous-tendu par les principes directeurs suivants :

- L'information sanitaire est une partie intégrante du programme sanitaire.
- L'information n'est utile que lorsqu'elle sert à un but précis.
- Seul le minimum d'information pour arriver à un but précis doit être collecté.
- Une information approximative, venue à temps est préférable à une information précise trop tardive.
- Une information non parvenue à temps équivaut à une information qui n'existe pas.
- Une information doit toujours être sûre et à jour.
- Un mécanisme de rétroinformation aux différents niveaux est indispensable pour renseigner sur l'utilisation des informations produites.
- Un mécanisme d'évaluation et une adaptation continue sont nécessaires afin d'établir périodiquement les besoins en information et éviter la collecte, le traitement et l'analyse routinière d'informations ayant cessé de servir un but quelconque.

.../...

5.2. Activités déjà exercées

L'une des lourdes tâches auxquelles s'est résolument attaqué le service de statistiques est la révision des différents supports de collecte mis à part ceux des hôpitaux nationaux. Ce travail colossal a été conduit avec la collaboration des Directions Centrales et provinciales du Ministère. C'est ainsi que depuis Janvier 1986 de nouvelles fiches de collecte ont été ventilées au niveau des différentes formations sanitaires du Burkina en remplacement des anciennes qui sont maintenant dépassées. Les registres d'hospitalisation et de consultations journalières ont été également revisés. A la suite de cette révision un séminaire de formation a été organisé en Novembre 1985 à l'intention des agents chargés des statistiques. Les fonds mobilisés pour la mise en place du SNIS se chiffraient à 15 000 000 F CFA environ en Mai 1986 (impression des supports, supervision, formation/recyclage etc...

BEST AVAILABLE

Informatique : Par ordinateur ont déjà été réalisées le tâches suivantes :

- Le traitement des données des TLO. Ces données sont saisies sur ordinateur et il est alors possible de fournir sous plusieurs formes (tableaux, graphiques) les informations demandée et cela dans un laps de temps relativement court.

- Les programmes de dépouillement des nouveaux rapports trimestriels provinciaux.

Centre de documentation : A ce niveau ont été exécutées les activités suivantes :

- Spécifications techniques et commande pour l'ordinateur et les logiciels destinés au Centre de documentation.

- Mise en place d'un système de classification/catalogu classement pour le Centre.

- Elaboration d'un bordereau de saisie pour les données bibliographiques.

- Démarrage du traitement des documents et des archives du Centre.

- Production et distribution des 1er et 2ème bulletins d'Epidémiologie et d'Information sanitaire au niveau de toutes le formations sanitaires du pays.

.../...

- Traitement des dossiers du service de planification et mise en place d'un système de classement pour ces dossiers.

- Prise de contacts avec les responsables du réseau de l'OMS et du RESADOC

- Préparation de bibliographies annotées pour le Bulletin d'Epidémiologie et d'Information Sanitaire.

5.3. Activités Programmées

- Première révision des nouvelles fiches sur la base des critiques et suggestions formulées par le niveau provincial(Août 1986)

- Impression et ventilation des fiches au niveau des formations sanitaires pour utilisation à compter de Janvier 1987 (Décembre 86).

- Séminaire de formation/recyclage (Décembre 86).

- Supervision des agents sur le terrain (87).

- Formation/initiation du personnel chargé des statistiques à la statistique analytique et à l'épidémiologie. (formation sur le tas : activité permanente).

- Evaluation des archives médicales de hôpitaux nationaux et proposition de supports de collecte pour les données hospitalières. (87).

- Distribution des questionnaires sur les infrastructures (Décembre 86).

- Visite à l'étranger d"un service national de statistique sanitaires (87 : lieu à préciser ultérieurement).

Informatique :

- Révision et préparation des programmes pour le dépouillement du rapport annuel sur les infrastructures.

- Mise en place d'un fichier du personnel du Ministère de la Santé.

- Installation d'une banque de données sur les projets de Santé.

- Initiation du personnel de la DEP à l'utilisation des micro-ordinateurs.

.../...

Centre de documentation : Création d'une base de données bibliographiques pour le centre de documentation. Cette base de données sera utilisée pour générer les produits de l'information tels que les index sujet/auteur/titre, documents de référence (c'est-à-dire bibliographies spécialisées) etc... La base de données bibliographiques est aussi essentielle pour le bon fonctionnement du centre que la base de données statistiques l'est pour le service statistique. La capacité informatique du Centre lui fournira la capacité technique requise pour une participation efficiente dans les réseaux d'information auxquels il sera lié. Dans le cas du réseau de l'OMS, cette capacité devrait lui permettre d'assurer ses responsabilités comme point focal national de la manière la plus efficace possible.

La liaison entre le centre et le RESADOC présentera d'excellentes possibilités pour la coopération documentaire en raison de la compatibilité entre leur système informatique.

Conclusion :

On dit que planifier, c'est prédéterminer le cours des évènements. A première vue, cela semble utopique. Mais aucune organisation ne peut aboutir à quelque résultat que ce soit si elle ne s'est fixé au préalable des objectifs. L'ambition de la DEP est de pouvoir déterminer un canevas de travail pour le Ministère de la Santé et de l'aider, grâce aux différentes informations et analyses, à gérer ses ressources limitées de façon optimale.

Calendrier pour les Conférences/
Séminaires Parrainés par la DEP
1986 - 1987

Date	Conférences/Séminaires	Participants du Ministère de la Santé
1986		
20 - 24 Mai	Première Conférence des Directeurs Centraux et Provinciaux	DC/DPS
11 - 14 Août	Séminaire Statistique pour la Révision des Fiches	DC/5 DPS
15 - 22 Octobre	Séminaire - Commission d'Evaluation des Projets de Santé	Niveau Central
24 - 28 Novembre 8 - 12 Décembre	Séminaires de Formation des Agents de Statistiques	Agents Provinciaux
2 - 4 Décembre	Deuxième Conférence des Directeurs Centraux et Provinciaux	DC/DPS
18 - 19 Décembre	Conférence des Partenaires du Ministère de la Santé	DC
1987		
6 - 10 Avril	Première Conférence des Directeurs Centraux et Provinciaux	DC/DPS
5 - 9 Octobre	Deuxième Conférence des Directeurs Centraux et Provinciaux	DC/DPS
26 - 27 Novembre	Conférence des Partenaires du Ministère de la Santé	DC

Estimates for Operations and Investment
Costs of Primary Health Care in 1985

B U R K I N A F A S O
-:-:-:-:-:-:-:-:-
/)/)INISTERE DE LA SANTE
-:-:-:-:-:-:-:-:-
SECRETARIAT GENERAL
-:-:-:-:-:-:-:-:-
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA
PLANIFICATION
-:-:-:-:-:-:-:-:-

(_)UAGADOUGOU, le 14 JUIL. 1986

/-) NALYSE DES COUTS DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES AU BURKINA FASO.

-----oooo0000oooo-----

I/ LES SERVICES DES SSP EXISTANTS OFFRANT UNE DEFINITION OPERATIONNELLE DU NIVEAU S.S.P.

Le Burkina Faso compte 7.919.895 habitants (recensement de 1985-chiffre provisoire). Il est découpé en trente (30) provinces.

Le système sanitaire est représenté par une pyramide à 5 niveaux :

1. Les postes de santé primaires (PSP) : il existe un PSP par village tenu par deux agents communautaires : un agent de santé villageois et une accoucheuse villageoise choisis parmi la communauté et formés par le centre de santé le plus proche. Les agents de santé communautaires sont bénévoles mais sont supporté en partie par leur communauté.

   Les PSP sont équipés de trousses de premiers soins, de matériel d'assainissement (pelle, brouette) et d'une bicyclette. Ils mènent des activités curatives simples (traitement du paludisme, diarrhée, pansements...) et préventives (assainissement, éducation pour la santé...). L'opération "Un Village = 1 PSP" d'Octobre 1985 à Janvier 1986 a doté tous les villages du Burkina Faso d'un PSP.

2. Les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) :

   Le CSPS est composé d'un dispensaire à 2 lits, d'une maternité à 4 lits et d'un hangar pour les activités éducatives. Il couvre une population de 15.000 à 20.000 habitants. Deux CSPS sont distants de 20Km au maximun.

.../...

110

BEST AVAILABLE

Le CSPS est tenu par une équipe de cinq personnes : un infirmier diplomé d'Etat, un infirmier breveté, un agent itinéra de santé, une accoucheuse auxiliaire et un manoeuvre.

Le CSPS mène des activités curatives, préventives et promo tionnelles. En principe, les 8 composantes des SSP sont prises en compte. Même dans les CSPS non dotés d'une chaîne de froid pour les vaccinations, les populations peuvent bénéficier des vaccinations équipes mobiles.

En outre, une autre activité très importante est menée par le CSPS ; la supervision des PSP qui est une condition sine qua non à leur bon fonctionnement. De ce fait, chaque CSPS doit être doté d'une mobylette en dehors de l'équipement technique.

Actuellement, tous les CSPS ne répondent pas aux normes, d'où l'appelation de CSPS/DM (Dispensaire-Maternité) qui est appel à être clarifiée. Il faut noter d'autres structures qui ne sont pa prévues dans le système sanitaire : il s'agit des dispensaires seu et des maternités seules qui sont appelées à être completées pour faire des CSPS. Ces structures ne font pas toutes les activités pr pour les CSPS.

3. Les Centres Médicaux (CM)

Les Centres Médicaux sont situés au niveau des chefs-lieu de département ou de province et couvrent une population de 150.00 à 200.000 habitants. Il existe à ce niveau quelques services spéci lisés (laboratoire, odontologie). C'est à ce niveau qu'on doit tro un médecin, mais tous les CM ne sont pas encore pourvus en médecin Les C.M. mènent des activités curatives, préventives et promotion- nelles. Ils supervisent les CSPS. Il est prévu dans le cadre de la Programmation sanitaire nationale 50 C.M. Mais leur nombre varie à travers différents rapports pour des problèmes d'appelation appelé à être éclaircis.

Un C.M. comporte 20 lits dont 12 lits d'hospitalisation e 8 lits de maternité. Il existe une logistique de supervision et d'éva cuation sanitaire (véhicule utilitaire, mobylette, ambulance).

4. Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)

Il est prévu 10 CHR dans la Programmation sanitaire nationale. Le CHR a une capacité de 140 lits. Ils sont situés dans les chefs-lieux de province et desservent un groupe de provinces (500.000 à 600.000 habitants).

Ils servent de référence pour les C.M. et C.S.P.S. Ils mènent essentiellement des activités curatives. Mais on y pratique à un moindre dégré les activités préventives (éducation nutritionnelle dans les CREN, vaccination au BCG dans les maternités). En effet au niveau de tous les CHR existants actuellement, il n'y a pas de CSPS dans les villes pour en faire uniquement des centres de référence.

Au niveau du CHR on trouve au moins un médecin et un chirurgien à côté des autres spécialistés (odontologie, ophtalmologie). Par conséquent l'équipement est assez lourd (laboratoire, radiologie, ambulances...).

5. Les Hôpitaux Nationaux (H.N.)

Les deux H.N. sont situés à Ouagadougou la capitale et à Bobo-Dioulasso (2è ville du pays). Ils servent de référence pour toutes les formations sanitaires du pays. On y trouve toutes les spécialités. Les H.N. sont également des centres de formation pour les médecins, les infirmiers généralistes ou spécialistes.

Au point de vue organisationnelle, chaque province est coiffée par une direction provinciale de la santé qui coordonne toutes les activités. Des directions centrales fournissent les directives et l'appui technique aux programmes nationaux de SSP.

Nous retenons comme services offrant une définition opérationnelle du niveau SSP les CM, les CSPS et les PSP.

Les tableaux suivants donnent des détails sur les différents services :

.../...

Tableau n° 1 :

Nombre de formations sanitaires existantes en 1985.

FORMATIONS SANITAIRES	NOMBRE	COUVERTURE
Postes de Santé Primaires	7.857	Village
Centre de Santé et de Promotion Sociale /D.M.	317	groupe de villages
Dispensaires seuls	167	groupe de villages
Maternités seules	26	groupe de village
Centres médicaux	51	Département/Province
Centres Hospitaliers Régionaux	6	Région
Hôpitaux nationaux	2	Nation

.../...

Tableau n°2.

Activités de SSP par Catégorie de Formation Sanitaire

Activité SSP / Formations Sanitaires	Hôpital National/ Régional	Centre Médical	CSPS et Dispensaire - Maternité	Dispensaire Seulement	Maternité Seulement	PSP
Promotion de bonnes conditios alimentaires et Nutritionnelles		X	X	X	X	X
Approvisionnement Eau saine Assainissement de base	+	+	X	+	+	X
Protection Maternelle et Infantile/PF	X	X	X	X	X	X
Vaccination	-	X	X	X	-	-
Prévention des Maladies Endémiques locales	-	X	X	X	X	X
Education pour la Santé	X	X	X	X	X	X
Traitement des Maladies et lésions courantes	X	X	X	X	X	X
Fourniture de Médicaments Essentiels et Pharmacopée Traditionnelle	X	X	X	X	X	X

TABLEAU N° 3

VOLUME D'ACTIVITES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

COMPOSANTES DE S.S.P.	TYPE D'ACTIVITES	VOLUME	ANNEE
Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles	- Education nutritionnelle - Surveillance nutritionnelle - Recupération nutritionnelle	non-chiffré	-
Approvisionnement en eau saine et assainissement de base	- Surveillance points d'eau - Latrinisation - EPS (canseries) - Désinfections puits/puisards - Etudes pompes - Sorties sur le terrain	- - - - 9 8	1984
Protection maternelle et infantile/PF	Accouchement Consultation prénatales Consultation des enfants (0 - 5 ans) Consultation de PF	51 806 73 486 75 295	1984
Vaccination	Vaccinations enfants (0 - 6 ans)	1 347 906	1985
Prévention/réduction des maladies endémiques locales	- Dépistage tuberculose - " trypano - " lèpre - Examen de laboratoires	291 512 232 14 104	1985
Education pour la santé	- Emission radio - Emission télé - Affiches/panneaux - Projection de cinéma(tournées - Sensibilisation	36 - - 9 -	1984
Traitement des maladies courantes Provinces Hôpitaux nationaux	 Consultation (28 provinces) "	 5 111 960 151 657	 1985 1985
Fourniture de médicaments essentiels et développement de la Pharmacopée Traditionnelle	- Approvisionnement en médicament, matériel tech. - Séminaires nationaux - Mise en place de l'association de Tradipraticiens, de cellule de pharmacopée.	- 5 -	1984

Source : Rapports annuels de statistique/Ministère de la Santé Pour les éléments chiffrés.

TABLEAU N° 4

VACCINATIONS 1985
(BURKINA FASO)

TYPE DE VACCINATION		GROUPE D'AGE	NOMBRE DE VACCINATIO
B.C.G.		0 - 6 ans	202.110
DT Coqueluche Polio		3 mois - 6 ans	
	I		314.832
	II		134.106
	III		65.209
	R		9.679
Rougeole		9 mois - 6 ans	173.126
Tétanos (concentré)		Femmes enceintes	
	I		121.892
	II		18.040
Tétanos (concentré)		7 - 14 ans	
	I		103.804
	II		29.706
Fièvre Jaune		9 mois - 6 ans	112.174
M.C.S.		3 mois - 6 ans	63.228
TOTAL VACCINATIONS			1.347.906

BEST AVAILABLE

II. LES DEPENSES PASSEES ET PRESENTES DES S.S.P.

Les dépenses globales de santé au titre du budget nation au cours des dernières années sont représentées au tableau n°5.

BEST AVAILABLE

1. Les Dépenses d'investissement

Elles concernant la mise en place des infrastructures retenues comme niveau opérationnel des SSP (C.M., C.S.P.S., P.S.P Les calculs sont faits à partir d'estimation de coûts et par rappo à l'augmentation constatée dans l'infrastructure concernée par rap port à l'année 1984. Le tableau N°6 résume la situation.

Tableau n°6 :

Investissement dans les infrastructures sanitaires (198
(000 F CFA)

DESIGNATION	Nb. en 1984	Nb. en 1985	Augmenta.	Coût unitaire Const/Equip.	TOTAL
CSPS / D.M.	281	317	26 *	13.150	341.900
Dispensaires	126	167	44 *	8.027	353.188
P.S.P.	1.621	7.857	6.236	145	904.220
Construction de latrines dans les formations sanitaires			45	363,6	16.362
T O T A L					1.615.670

* 7 C.M. ont été reclassés en CSPS et 3 CSPS proviennent d complétion de 3 maternités en CSPS par adjonction de 3 dispensair

N.B.

Le budget national ne comporte pas d'investissement en dehors de l'achat de certains matériels lourds, mais des investis ments peuvent se faire à partir des ristournes (75% des recettes p venant de la tarification des actes médicaux) concédées au Minist de la Santé et non prévues au budget. Le budget national a partic lièrement contribué dans la mise en place des PSP (107.365.100 F (sans compter la prise en charge du personnel formateur).

.../...

Burkina Faso! Prévisions et Exécution
(1975-1986)

millions de FCFA courants

		Prévisions budgétaires	Exécution	Structure des dépenses exécutées en %
1975	Personnel	931,1	881,1	88,9
	Matériel	146,9	110,3	11,1
	Autres (1)	54,4	n.a.	-
	TOTAL	1 136,6	991,4	100
1976	Personnel	947,3	1 099,0	87,5
	Matériel	173,9	156,5	12,5
	Autres	58,3	n.a.	-
	TOTAL	1 179,5	1 255,5	100
1977	Personnel	1 362,0	1 143,0	87,6
	Matériel	180,6	161,0	12,4
	Autres	54,1	n.a.	-
	TOTAL	1 596,7	1 304,0	100
1978	Personnel	1 635,6	1 430,0	89,6
	Matériel	185,8	165,4	10,4
	Autres	69,9	n.a.	-
	TOTAL	1 911,1	1 595,4	100
1979	Personnel	1 584,0	1 773,0	84,8
	Matériel	227,3	213,6	10,2
	Autres	115,5	104,1	5,0
	TOTAL	1 927,3	2 090,7	100
1980	Personnel	1 632,9	2 199,0	85,1
	Matériel	349,8	322,7	12,5
	Autres	107,9	61,1	2,3
	TOTAL	2 090,5	2 582,8	100
1981	Personnel	2 381,0	2 515,6	85,8
	Matériel	368,0	355,0	12,0
	Autres	90,0	73,0	2,4
	TOTAL	2 839,0	2 963,6	100
1982	Personnel	2 381,0	1 297,0	87,5
	Matériel	347,0	309,0	10,6
	Autres	79,4	67,4	1,9
	TOTAL	2 807,4	1 663,4	100
1983	Personnel	3 649,0	3.649,4	77,9
	Matériel	355,0	n/d	
	Autres	272,1	n/d	(22,1
	TOTAL	4 276,1	4.683,8	100,0
1984	Personnel	3.214,5	3.214,5	77,1
	Matériel	n/d	673,9	16,2
	Autres	n/d	277,4	6,7
	TOTAL	4.165,8	4.165,8	100,0
1985	Personnel	3.510,5	3.510,5	79,1
	Matériel	762,4	762,4	
	Autres	286,0	167,6	(20,9
	TOTAL	4.559,0	4.440,5	100,0
1986	Personnel	3.684,8	n/d	66,8
	Matériel	1.604,5	n/d	29,1
	Autres	226,8	n/d	4,1
	TOTAL	5.516,2	n/d	100,0

(1) contributions, contreparties, charges récurrentes.

BEST AVAILABLE

BEST AVAILABLE

118

2. Les dépenses de fonctionnement (1985)

i) Les salaires et indemnités

Nous considérons le personnel de santé affecté au nive des CM, CSPS, et PSP. A partir du budget global de 1985, nous soustrait le salaire du personnel affecté au niveau central, au niveau des hôpitaux nationaux et des CHR.

BEST AVAILABLE

Sur un total de 3.510,543 millions, le personnel trava lant au niveau opérationnel des SSP absorbe 2070,60 millions F CFA (on a considéré les salaires moyens et les indemnités), soit environ 59% du budget alloué au personnel.

ii) Matériel et autres charges.

On peut avoir une idée d'ensemble dans le tableau n° estimations montrent que pour 1985, 308,939 millions ont été dépensés en matériel et autres charges pour les SSP, soit environ 40,50 % du budget alloué à cette rubrique.

La rubrique "autres" représente les contributions aux organismes internationaux et les transferts de contrepartie à l'aide étrangère. Sur les 167,6 millions, 24,286 millions ont été dépensés pour l'équipement de nouvelles formations sanita

Ainsi, pour l'année 1985, les dépenses de fonctionnem allouées aux SSP peuvent être estimées comme suit au titre du budget national :

- Personnel : 2070,60 millions
- Matériel : 308,939 + 24,286 = 333,225

T O T A L : 2403,825 millions F CFA, soit 54,13

3. Les dépenses réelles au cours de l'année 1985.

A partir des différents projets en cours d'exécution p des partenaires extérieurs nous avons pu dresser le tableau qui représente l'intervention des bailleurs de fonds au cour l'année 1985, mais ce tableau n'est pas exhaustif.

.../...

Tableau n°7.

Budget 1985

Dépenses de Matériel

Ministère de la Santé

BEST AVAILABLE

Nature de la Dépense	Budget Prévu (en Milliers de FCFA)	% Estimé pour les SSP	Dépenses Estimées pour les SSP (en Milliers de FCFA)	Dépenses Estimées pour les services autres que les SSP (en Milliers de FCFA)
Carburant et lubrifiant	125.000	75	93.750	31.250
Nourriture des Malades	165.000	0	0	165.000
Médicaments/Matériel Technique	280.000	50	140.000	140.000
Frais de Transport à l'Intérieur	-	-	-	-
Frais de Transport DA l'Extérieur	10.000	0	0	10.000
Frais de Transport Définitif	-	-	-	-
Frais de Correspondance	1.353	50	677	676
Téléphone/Télex	15.000	75	11.250	3.750
Eau	40.000	25	10.000	30.000
Electricité	60.000	20	12.000	48.000
Abonnement et Bibliothèque	423	0	0	423
Entretien/Réparations/Moyen Transport	38.000	75	28.500	9.500
Caisse de Menues Dépenses	1.500	100	1.500	0
Fournitures Ordinaires de Bureau/Imprimerie	19.709	50	9.854	9.855
Produits d'Entretien et de Nettoyage	5.101	25	1.275	3.826
Autres Matières et Fournitures Spécifiques	1.330	10	133	1.197
TOTAL	762.416	-	308.939	453.477

Tableau n°8.

Intervention des Bailleurs de Fonds (1985)

BEST AVAILABLE

Bailleur de Fonds	Projet	Estimation des Dépenses (000
Raoul Follereau	Lutte contre la lèpre	41.537
Gouvernement Italien	Lutte contre le paludis.	129.167
F.N.U.A.P.	SMI/PF	67.559
F.A.C.	Vaccins*médicaments	30.925
O.M.S.	Formation	60.689
UNICEF	Formation	57.517
SRK	Formation/médicaments	116.667
U.S.A.I.D.	P.E.V.	66.667
U.S.A.I.D.	Hydraulique villageoise	350.000
U.S.A.I.D.	Renforcement planifica.	56.200
U.S.A.I.D.	PF/Formation	72.567
GTZ	Amélioration santé rurale	-
T O T A L		1.049.495

Commentaires : on considère que certaines activités de formatio[illegible] ne concernent pas uniquement les SSP.

Pour ces dépenses, après avoir estimé à 50 % les [illegible]penses allant aux SSP, on trouve que sur 1.049.495 F CFA, 897.9[illegible] alloués aux SSP. Mais il est impossible de savoir la part des i[illegible]tissements et celle de fonctionnement.

On estime alors qu'au cours de l'année 1985, les [illegible] suivantes ont été dépensées dans le secteur de la santé :

Budget national (fonctionnement)	=	4.440,5 mi[illegible]
Aide extérieure	=	1.049,495 [illegible]
Autres investissements	=	1.615.670
T O T A L	=	7.105,665 [illegible]

* Font partie de l'aide extérieure (GTZ,FENU, ACDE...).

.../...

On estime que les sommes suivantes ont été allouées aux SSP.

Budget national	=	2.403,825 millions
Aide extérieure	=	897,909 millions
Autre investissement	=	1.615,670 millions
T O T A L	=	4.917,670 millions

Ainsi 69,20 % des dépenses de santé cernées ont été alloués aux SSP. Mais malheureusement, ce pourcentage doit être revisé car certains investissementsn'ont pu être saisis. La Direction des Etudes et de la Planification s'atèelle à cette tâche de collecte de données.

III. EXPANSION PREVUE DES S.S.P.

BEST AVAILABLE

L'expansion prévue des Soins de Santé Primaires sera considerée dans le cadre du Plan Quinquennal de Développement Populaire 1986-1990. Nous avons retenu comme niveau opérationn les CM, les CSPS et les PSP.

I. LES INFRASTRUCTURES

1. Les Postes de Santé Primaires (PSP) :

Les Postes de Santé Primaires ont été installés à la s d'une opération dénommée "opération un village = 1 PSP" qui déroulée d'Octobre 1985 à Janvier 1986. Ainsi cette opération a été clôturée le 26 Janvier 1986 et l'on compte environ 7.85 soit 7.857 Agents de Santé Villageois et 7.857 Accoucheuses Vil geoises correspondant aux 7.857 villages du Burkina Faso.

2. Les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) :

Au cours du Plan Quinquennal de Développement Populai (PQDP), il est prévu la mise en place de :

- 155 nouveaux CSPS (construction + équipement)
- 101 maternités pour élever 101 dispensaires seuls a rang de CSPS.
- 25 dispensaires pour élever 25 maternités seules a rang de CSPS.
- Le renforcement de 221 CSPS/DM existants

En fin 1984, on comptait 281 CSPS/DM (DM = Dispensair Maternité). Ainsi en 1990, le Burkina Faso devrait compter 5 CSPS repartis équitablement sur le territoire national, soit CSPS pour environ 17.000 habitants

3. Les Centres Médicaux (C.M.) :

La Programmation sanitaire prévoit 50 C.M. Au cours c Plan, il n'est pas prévu de nouvelles constructions de CM, m un renforcement par une réhabilitation des bâtiments, un équ ment adéquat et une dotation en personnel suffisant. Sur les il est prévu le renforcement de 27 C.M.

.../...

Dans le cadre de la fourniture de médicaments et de matéri technique, il est prévu l'agrandissement du magasin central de la capitale et la construction de 27 autres dans les provinces ne disposant pas de telle structure.

L'annualisation des différentes opérations se trouve au tableau n°9.

I. FORMATION/PERSONNEL

Le Burkina Faso dispose d'une Ecole Nationale de Santé Publique (E.N.S.P.) et d'une Ecole Supérieure des Sciences de la Santé. Il n'a pas été envisagé une augmentation de la capacité de ces écoles. Par contre il a été tenu compte de leur capacité pour déterminer les structures à mettre en place.

En dehors de la formation académique, il est prévu le recyclage de tout le personnel paramédical en poste dans l'optique des S.S.P. au cours du Plan.

L'E.N.S.P. produit les effectifs suivants par an :

- Infirmiers diplômés d'Etat = 95
- Infirmiers Brevétés = 100
- Sages-Femmes/Maïeuticiens = 25
- Agents Itinérants de Santé = 38
- Accoucheuses Auxiliaires = 38

III. MATERIEL

Il existe une liste type d'équipement des formations sanitaires. Au niveau opérationnel (CM,CSPS, PSP), il faut noter la logistique suivante : véhicule utilitaire, mobylettes et bicyclettes); chaque formation à mettre en place devra être dotée de cette logistique.

.../...

Tableau n°9

EXPANSION DES SSP 1986-1990. INFRASTRUCTURES NIVEAU OPERATIONNEL DES S.S.P.

ANNEES / DESIGNATION	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL
Construction + Equipement de C.S.P.S.	30	30	30	35	30	155
Construction équipement de maternités	20	21	20	20	20	101
Construction équipement de dispensaires	5	5	5	5	5	25
Renforcement de CSPS/DM eixstants	44	44	45	44	44	221
Renforcement C.M.	4	4	6	6	7	27
Agrandissement du magasin central		1				1
Construction de magasins provinciaux	4	4	6	6	7	27

BIBLIOTHEQUE

IV. COUTS DE L'EXPANSION PREVUE

Les coûts de l'expansion sont représentés dans lestal n°10 et 11.

BEST AVAILABLE

1. Investissement

Coût des constructions :

Ils ont été calculés à l'aide de devis-fournis par Direction Générale de l'Architecture et de l'Habitat. En qui concerne les infrastructures de petite dimensionscomm CSPS, il a été déduit 15% représentant l'investissement h au titre de la participation communautaire.

2. L'Equipement :

Le coût a été évalué à partir d'une liste type. Le coût du matériel technique proprement dit a été estimé à partir du code UNIPAC de l'UNICEF.

2. Le coût de fonctionnement

3.1. Le Personnel :

Chaque formation type à un nombre requis d'agents santé. Le calcul théorique appliqué doit être considéré baisse car toutes les formations sanitaires n'ont pas le sonnel optimun requis.

3.2. Le matériel fongible :

Le coût a été estimé à partir d'expériences dans quelques formations sanitaires (matériel de bureau, médi ments, pétrole....).

3.3. La Supervision :

Si nous n'avons pas tenu compte du coût additionn supporté par l'Etat pour les PSP en ce qui concerne les caments, par contre nous avons essayé d'évaluer le coût supervision (entretien des mobylettes, carburant....).

.../...

Tableau n°10.

Mise en place de nouvelles infrastructures (000 F CFA)

DESIGNATION	COUT UNITAIRE			TOTAL 1990
	Construction	Equipement	Total	
135 C.S.P.S.	9,3	3,85	13,15	2038,25
101 Maternités	3,586	1,476	5,062	511,26
25 Dispensaires	5,686	2,341	8,027	200,68
1 Magasin Central	7	-	7	7
27 Magasins provinciaux	5,6	-	151,2	151,2
T O T A L				2908,39

Tableau n°11.

Renforcement d'infrastructures

DESIGNATION	COUT UNITAIRE	TOTAL 1990
Renforcement 221 CSPS	6,6	1458,6
Renforcement 27 C.M.	35,22	950,94
T O T A L		2409,54

Total investissement = 5317,93

Années / ;nation	1986		1987		1988		1989		1990		TOTAL
	Const.	Eq.	Cont.	Eq	Const.	Eq	Const.	Sq	Const.	Eq	
CSPS	279	115,5	279	115,5	279	115,5	325.5	134,75	279	115,5	2 038.25
Maternités	71,72	29,52	75,306	30,996	71,72	29,52	71,72	29,52	71,72	29,52	511,262
ispensaires	28,43	11,705	28,43	11,705	28,43	11;705	28,43	11,705	28,43	11,705	200,68
agasin central	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	7
Magasins Provin-ciaux	22,4	-	22,4	-	33,6	-	33,6	-	39,2	-	151,2
T O T A L....	401,55	156,725	412,136	158,201	412,75	156,725	459,25	175,975	418,35	156,725	2 908,392

Fonctionnement

1) **Salaires** : nous considérons le salaire des différentes équipes de personnel de santé affectées aux formations sanitaires au fur et à mesure de leur ouverture. Compte tenu du fait que nous avons considéré une moyenne de salaire (grade intermédiaire), nous n'avons pas tenu compte des augmentations.

Tableau n°14.

	1987	1988	1989	1990	TOTAL
CSPS ouverts en 1986	112.505,76	"	"	"	450.023,04
CSPS ouverts en 1987	-	112.505,76	"	"	337.517,28
" " 1988	-	-	112.505,76	"	225.011,52
" ouverts " 1989	-	-	-	131.256,72	131.256,72
S/T					1.143.808,5
Maternités ouverts en 1986	13.911,6	"	"	"	55.646,4
" " " 1987	-	14.607,18	"	"	43.821,54
" " " 1988	-	-	13.911,6	"	27.823,2
" " " 1989	-	-	-	13.911,6	13.911,6
S/T					141.202,7
Dispensaires ouvert en 1986	3.921,3	"	"	"	15.685,2
" " 1987	-	3.921,3	"	"	11.763,9
" " 1988	-	-	3.921,3	"	7.842,6
" " 1989	-	-	-	3.921	3.921
S/T					39.212,7
C.M. Renforcés en 1986	11.352,672	"	"	"	45.410,688
" en 1987	-	11.352,672	"	"	34.058,016
" en 1988	-	-	17.029,008	"	34.058,016
" en 1989	-	-	-	17.029,008	17.029,008
S/T					130.555,728
T O T A L	141.691,332	284.078,244	431.445,912	597.564,24	1.454.779,728

TABLEAU N° 13

Coût du Renforcement des infrastructures-annualisation (000 F CFA).

ANNEES / ignat.	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL
nf. 221 CSPS	290, 4	290, 4	297	290,4	290, 4	1458, 6
nf. 27 CM	140,88	140,88	211,32	211,32	246,54	950,94
T O T A L	431,28	431,28	508,32	501,72	536,94	2 409,54

2) Autres charges de fonctionnement

Il s'agit des produits pharmaceutiques, du matériel médical, de fournitures de bureau, de l'entretien du matériel roulant, du carburant, de la supervision...).

Pour les CSPS obtenus par adjonction d'un dispensaire ou d'une maternité, on estime ce coût à 50 % du coût de fonctionnement d'un CSPS nouveau ; pour les CM renforcés, on estime leur coût de fonctionnement à 60 % d'un CM nouveau.

BEST AVAILABLE

Tableau n°15

Autres charges de fonctionnement

Années / Infrastructures	1987	1988	1989	1990	T O T A
CSPS nouveaux ouverts en 1986	20.100	"	"	"	80.400
" " en 1987	-	20.100	"	"	60.300
" " en 1988	-	-	20.100	"	40.200
" " en 1989	-	-	-	23.450	23.450
S/T/					204.350
CSPS complétés en 1986	8.375	"	"	"	33.500
" " en 1987	-	8.710	"	"	26.130
" " en 1988	-	-	8.375	"	16.750
" " en 1989	-	-	-	8.375	8.375
S/T					84.755
C.M. renforcés en 1986	6.708	"	"	"	26.832
" " en 1987	-	6.708	"	"	20.124
" " en 1988	-	-	10.062		20.124
" " en 1989	-	-	-	10.062	10.062
S/T					77.142
T O T A L	35.183	70.701	109.238	151.125	386.24

.../...

3) Formation :

Nous ne considerons que le recyclage des agents de santé ; en effet la formation de base n'est pas liée à l'expansion des SSP de façon spécifique.

Le coût du programme de recyclage du personnel professionnel es estimé à 285 millions et celui du recyclage des agents de santé communautaire à 55 millions, soit un total de 340 millions.

BEST AVAILABLE

Ainsi les charges de fonctionnement se décomposent comme suit

Salaires		1.454.779.728
Autres charges		366.247.000
Formation/recyclage	=	340.000.000
T O T A L	=	2.161.026.728

Total expansion SSP = 7.478.957.000

V; FAISABILITE DU DEVELOPPEMENT PREVU DES SSP

Le problème majeur prévisible pour le développement des SSP est de pouvoir supporter les charges recurrentes.

i) L'investissement.

Au titre de l'investissement, sur 5.317,93 millions F CFA, envi 1.679,066 millions sont acquis sous forme de subvention et de prêt. Beaucoup d contributions sont attendues au titre de l'aide extérieure.

ii) LE fonctionnement.

Les PSP en principe sont pris en compte par les populations (renouvellement des trousses, indemnisation des ASC). L'Etat intervient dans la supervision en mettant en place une logistique légère au niveauudes CSPS (mobylettes). Cette supervision sera facilitée par l'intégration des activités (PEV, lutte contre la lèpre...). Ce coût de supervision est compris dans le coût de fonctionnement des CSPS.

Le fonctionnement des CSPS/CM sera soutenu par la ristourne de 75 % des recettes de la tarification des actes médicaux.

.../...

132

Des recherches opérationnelles seront entreprises pendant la période du Plan dans le sens de l'autofinancement des formations sanitaires (recouvrement des coûts).

La formation de base sera poursuivie régulièrement au cours du Plan et ne constitue pas un goulot d'étranglement. Le financement du recyclage des agents en poste est obtenu sur prêt de la Banque Mondial.

L'accant mis sur la gestion des SSP optimisera l'efficacité des services et partant devra diminuer les coûts de fonctionnement.

Consultancies - TA Team Planner

a. Review of Nutrition Surveillance Systems Proposal
b. Observations on PEV Promotional Film
c. Comments on Medical School Curriculum

OUAGADOUGOU, le 8 Août 1986

Attention : Melle Perle COMBARY, USAID

De : Docteur Evariste MIDY - MD-MPH-Planificateur sanitaire.

Objet : Réflexions sur le Projet de Système National de Surveillance Nutritionnelle.

1 - Dans l'ensemble, je pense que les éléments proposés sont valables. Mes orbservations concernent seulement certains points de détail ; malheureusement le temps nous a manqué pour les approfondir davantage.

2 - Je pense que dès l'abord, il faudrait donner une définition globale de ce qu'on peut entendre par SNSN avec ses objectifs généraux et globaux. A partir de cette base conceptiuelle , le lecteur se sentirait davantage séduit par le document.

3 - Dans la traduction française, à la page 4, 2ème alinéa, il est dit que " la surveillance nutritionnelle permet de prévenir et de contrôler à temps la famine".. Ce n'est pas correct. Il faudrait dire de préférence que "la surveillance nutritionnelle permet d'intervenir à temps pour prévenir ou contrôler les effets de la famine..."

4 - L'idée de l'établissement d'une Commission intersectorielle pour la planification et la surveillance nutritionnelle parait très intéressante. Mais une telle Commission, à notre avis devrait être surtout normative ; elle ne devrait pas avoir pour tâche de veiller à la mise en place d'un SNSN. Elle devrait surtout sur la base d'informations fiables intervenir dans la formulation d'une politique nutritionnelle et alimentaire pour le gouvernement. Elle pourrait aussi donner son avis et conseiller à propos des projets ou programmes nutritionnels à exécuter dans le pays. Pour être bien informée de la situation, la Commission intersectorielle devrait avoir la possibilité et les moyens de mener ses propres enquêtes et investigations. Ce qui signifie que cette Commission devrait être d'un assez haut niveau technique et administratif et aussi bien structurée.

On s'attendait aussi à ce que le rapport procède à une certaine

.../...

BEST AVAILABLE

analyse critique des éléments d'information de la fiche de la DEP (Système d'information statistique) concernant la nutrition. Cela pourrait peut-être donner de nouvelles idées en vue d'une amélioration de la fiche.

5- On se demande s'il est réellement nécessaire de convoquer tous les mois tous les enfants de 1 à 5 ans pour les mensurations. Ne pourrait - on pas prendre de préférence tous les mois le groupe jusqu' à deux ans et se contenter d'une mensuration bimensuelle ou trimestrielle pour le groupe de deux à 5 ans. Pour justifier cette disposition, on pourrait évoquer le manque de temps et de personnel disponible au niveau des ISP.

6- Il faut remplacer le terme "inspecteur de district" par celui d'inf mier -Superviseur du CSPS.

Par ailleurs, il semble qu'au niveau des PSP, les ASV, bien que l'AV reçoivent aussi les enfants de 1 à 5 ans. Il serait aussi peut-être bien de les intéresser aux activités de mensuration la circonférence bracchiale.

7- Il n'a pas été du tout question des activités au niveau des CSPS, bablement à la page 10 de la traduction française, là où l'on a m tionné "l'infirmier du Centre Médical", il s'agit plutôt de "l'in mier du CSPS". Dans ce cas, il faut faire la rectification.

8- Dans le chapitre V, il est suggéré dans le titre de mettre...char des "Consultations Prénatales" au lieu de " la Nutrition Maternel le service de nutrition maternelle n'existant pas comme tel. Tout fois, il conviendra d'ajouter aux indicateurs proposés : Etat nut tionnel de la gestante. Il semble qu'à ce sujet des études intér tes vont être entreprises au Burkina Faso pour voir les rapports existent entre la circonférence bracchiale de la mère durant la sesse et le poids de l'enfant à la naissance.

9- Concernant les CREN, on aimerait souligner que l'existance de CR constitue pas une nécessité permanente. Dès lors, il faudrait bi établir les critères ou indications motivant la création d'un CR sein d'une communauté. Il serait du devoir de la Directrice Prov de bien suivre ces critères pour étudier où et quand il faut é un CREN.

10- Enfin, il est à se demander, s'il est vraiment nécessaire de par à la création d'une Direction spéciale de Nutrition indépendant la DSME. On doit se rappeler que la création d'une nouvelle Dir

et son fonctionnement vont créer des charges récurrentes et de fonctionnement qui vont rêver encore davantage le budget national. Il est certain qu'en structurant et en organisant bient le service au niveau de la DSME, tout peut marcher très bien surtout avec le concept d'intégration des activités qui est en vigueur.

ATTENTION :
Cde Directeur.

OBSERVATIONS SUR LE PROJET DE FILM SUR LE P.E.V. INTEGRE.

L'idée est excellente pour l'éducation et de la population et du personnel de Santé.

Ainsi les deux cibles (principaux visés) seraient :

- Le personnel des CSPS et les responsables provinciaux du PEV.
- La population qui doit être sensibilisée, motivée de façon à créer cette demande de vaccins jusqu'à faire pression sur les centres fixes et les équipes mobiles....

Le vidéo pourra être exploité de diverses façons même à l'intention des Bailleurs de fonds.

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS.

1) Au lieu de débuter par l'atterrissage de l'avion on pourrait dans "zoom sur le Burkina" faire état d'enfants souffrant de Rougeole, de Tetanos, de polio etc... et mourant de ces maladies comme pour montrer la gravité de ces fléaux et le mal qu'ils causent.

... Puis maintenant, viendrait la séquence de l'avion atterrissant avec les vaccins à l'aéroport de Ouaga.

2) Il faudrait insister davantage sur le dépôt provincial ; l'arrivée et la conservation des vaccins en chambre froide à ce niveau et surtout :

... Montrer un responsable d'un centre fixe requisitionnant des vaccins pour son centre et les recevant du dépôt provincial ;

... le transport des vaccins au centre fixe et leur conservation au niveau de ce centre.

3) Viendraient ensuite les séquences III, IV, etc...

4) Dans la conclusion, on gagnerait aussi à présenter un enfant Burkinabè en bonne santé, en pleine forme, parceque :

.../...

BEST AVAILABLE

- Provenant d'une grossesse bien suivie.(clinique prénata
- Ayant reçu tous ses vaccins.(P.E.V.)
- Ayant été bien suivi en clinique infantile (surveillan nutritionnelle, contrôle de la croissance etc...).

Dr. MIDY

Ce 10 Juillet 1986.

Docteur Evariste MIDY,
MD - MPH.

--- OUAGADOUGOU ---

OUAGADOUGOU, le Août 1986

BEST AVAILABLE

/-)u Docteur Michel SOMBIE
Directeur des Etudes et
de la Planification

--- OUAGADOUGOU ---

Objet : Commentaires sur le programme de santé publique à l'E.S.S.SA.

N'étant pas au courant de la formation préalablement reçue par les étudiants dans le domaine de la Santé Publique au cours des années antérieures, il m'est plutôt difficile d'opiner valablement. Toutefois le programme présenté me semble, à première vue, assez confus. C'est un mélange composite d'éléments de statistiques, d'épidémiologie, de médecine préventive et communautaire, d'assainissement et d'éducation pour la santé. Même si dans la pratique tous ces éléments sont bien intégrés, il est d'usage, pour des raisons didactiques, de bien les séparer au niveau de l'enseignement. Il est aussi certain que la formation des étudiants en santé publique, en général, doit s'étendre sur environ trois ou quatre années, suivant un programme bien coordonné et bien réparti.

Une approche à envisager serait une subdivision de la matière en :

1) Statistiques
2) Epidémiologie
3) Médecine préventive et communautaire
4) Administration sanitaire.

1. Sous la partie Statistique on aurait les chapitres suivants :

1.1. - Notions de Statistiques en général - Statistiques de santé publique Biostatistiques.

- Modes de présentation des données.

- Notions de base en probabilité.

.../...

140

BEST AVAILABLE

- Méthodes d'échantillonnage et d'analyse
- Analyse évaluation des méthodes et des résultats d'études publiés etc...

2. En Epidémiologie on enseignerait entre autres :

- Principes fondamentaux d'Epidémiologie générale
- Taux et indices utilisés en épidémiologie
- Terminologie épidémiologieque, notions de fréque ce, de prévelence, d'incidence etc...
- Epidémiologie des maladies transmissibles en gé ral et en particulier, les plus courantes au Burkina Faso etc...

3. La médecine préventive et communautaire serait la p tie la plus complexe. Les divers chapitres seraient :

3.1. = Prévention

- Principes de prévention en général en santé pub que
- Les divers niveaux de prévention
- Diagnostic sur la communauté - Méthodes...
- Enumération et études des principaux problèmes santé au Burkina Faso - Méthodes de lutte ou de contrôle envisagées dans chaque cas etc...

3.2. = Assainissement ou Hygiène de l'Environnement.

- Généralités
- Approvisionnement en eau potable
- Lutte contre les vecteurs
- Hygiène alimentaire
- Pollution atmosphérique, lutte contre le bruit.
- Hygiène du logement etc...
- Les diverses pathologies liées à chacune des tions antérieures,

3.3. = Education Sanitaire
= Hygiène Scolaire

4. Administration Sanitaire

- Concepts généraux d'administration, applicatio en santé publique.

.../...

- Organisation du Ministère de la Santé au Burkina Faso.
- Organisation du système de santé publique au Burkina. Description étrôle des divers niveaux.
- Planification sanitaire
- Evaluation.

Bien entendu, il ne s'agit ici que d'un modèle de présentation. Il y en a plusieurs autres : cela varie avec les écoles.

Il se pourrait bien que tous les sujets mentionnés aient été envisagés dans le programme présenté par l'E.S.S.S.A. mais il vaut mieux adopter un système de subdivision de ce domaine très vaste que représente la santé publique en général. On peut de cette façon être sûr d'englober tous les sujets et surtout de les doser progressivement pour l'étudiant suivant un ordre théorique rationnel. Ce qui en facilitera l'assimilation et favorisera l'atteinte des objectifs éducationnels poursuivis./-

Parfaite collaboration
Dr. Evariste M I D Y ./-

Date: July 21, 1986

From: David C. Sokal, MD, medical epidemiologist, MCD/PRAGMA, USAID Strengthening Health Planning Capacity project

Subject: Trip report on consultations held in Atlanta and Washinginton DC

BEST AVAILABLE

The Record

Two days of consultation were approved prior to departure, one to be spent in Atlanta, visiting CDC and Emory University, and the other to be spent in Washington DC at the MCD office. The following is a summary of discussions held during these consultations.

In Atlanta, I met with Dr. Eugene Gangarosa, director of the MPH program, and with Dr. Roger Rochat, Dr. Louis Hamadé Ouedraogo's faculty advisor, and chief of the International Track in the MPH program. They both said that they were very happy with Dr. Ouedraogo's progress. He received one of only a few A's in his first course, and they felt his English was quite satisfactory. I discussed plans for Dr. Ouedraogo's program with him and with Drs. Gangarosa and Rochat, and later mailed them a letter to confirm our discussions.

Also in Atlanta, at CDC, I gave two presentation of the work we have done so far on (1) the Health Statistics System, and (2) the maternal mortality protocol. Following these presentations, I received some helpful advice and recommendations. I also was given a CDC document which contained their list of preferred indicators to follow health progress over a period of years.

Brief conversations were also held with CDC specialists concerning schistosomiasis, AIDS and computer programming.

In Washington DC, discussions were held with Dr. Abraham Bekele, the team economist who will be arriving shortly, and with Joe Carter, MCD supervisor for the project. A meeting was also arranged by MCD with Joe Stockard at USAID, and a telephone consultation was arranged with Dr. Bruce, a schistosomiasis expert at Boston University, who will be sending some technical material to Ouagadougou as a result of our discussion.

SV/OJ

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DES ETUDES ET DE LA
PLANIFICATION

N°_____/MS/SG/DEP.

OUAGADOUGOU, le

RAPPORT DE MISSION
EFFECTUEE A BOBO-DIOULASSO

Le 8 Septembre 1986 le Docteur David SOKAL et le Camarade SOME Vincent se sont rendus à Bobo-Dioulasso a bord du véhicule N° 0151 que conduisait le Camarade Ousmane Kabré. L'objectif de la mission était d'obtenir des informations complémentaires pour la finalisation du rapport sur la révision des fiches statistiques et discuter avec le Docteur SONDO pour d'autres tâches y afférentes. Rappellons que la Mission était initialement destinée aux provinces du Houet et du Mouhoun. Mais suite à la panne du premier véhicule tout terrain mis à la disposition de la mission, le programme a été modifié pour permettre l'utilisation d'un véhicule léger.

La suppression de la province du Mouhoun est donc liée à l'état actuel de la route entre Ouaga et Dédougou; et Bobo-Dioulasso Dédougou et à la nature du second véhicule. Au niveau de la province du Houet la mission a eu à rencontrer le Docteur SONDO. Ci-dessus sont résumées les conclusions majeures de cette mission. Avec le Docteur SONDO de nombreuses suggestions nous ont été faites dans le sens de la correction de la forme et de l'amélioration du contenu des rapports mensuels des CSPS, CM, de la fiche de suivi des malades et de la liste nosologique des maladies chroniques.

La majorité des suggestions ont retenu notre attention. En ce qui concerne le rapport PSP et surtout de son rythme d'élaboration une identité de vue s'est dégagée.

Au tour de la discussion sur les indices sanitaires le Docteur SONDO nous a montré son système provincial d'information pour améliorer le fonctionnement des csps qu'il a déjà mis en place au niveau de plusieurs CSPS.

.../...

145

BEST AVAILABLE

Ce système d'information sanitaire comprend plusieurs indices déjà prévues au niveau du système national.

Nous avons rapporté certains de ces documents qui pourront être exploités par la suite pour la confection de notre futur Guide Provincial.

Il a aussi introduit au niveau des CSPS une méthode qui nous paraît intéressante de financement local pour les activités des CSPS. Il s'agit de la création des comités villageois de gestion. Ces comités sont choisis dans les villages déservis par les CSPS. Ces comités ont pour rôle la gestion des fonds liés aux actes médicaux et leur dépense au profit du CSPS et de la Santé des villages. Nous avons également discuté sur un certain nombre de problèmes ; notamment le problème de schistosomiases dans la vallée du Kou. Le Docteur SONDO a manifesté un certain intérêt pour ce travail; et souhaité participer à une enquête éventuelle avec son personnel y compris les contacts nécessaires du niveau de la coopérative de la Vallée du Kou.

La question qui se pose est de savoir si la coopérative serait-elle à mesure de supporter le coût des médicaments pour le traitement des personnes infectées ?

En marge de la mission nous avons pris contact avec le CESAO et l'OCCGE pour voir les possibilités d'utilisation de leurs locaux pour le séminaire atelier sur les statistiques sanitaires dans l'enceinte de l'un ou de l'autre de ces organismes.

Apres discussion il s'avère que l'OCCGE ne maîtrise pas son calendrier pour le mois de Novembre et Décembre 1986.

Le CESAO nous a proposé des conditions et un calendrier qui semble mieux adapter à notre planning.

Avec le Docteur GUIGEMDE du Centre Muraz nous avons eu des discussions sur certains points concernant la dracunculose. Il a donné un avis favorable à une ~~position~~ proposition de l'USAID pour une consultation.

Un document relatif à un financement d'un Projet du Dr Guigemde a été remis pour l'USAID

Notre mission a pris fin le 11 Septembre 1986.

LA PATRIE OU LA MORT, NOUS VAINCRONS !

SOME Vincent

Dr. SOKAL David

146

SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE
ET DE L'ENFANT

BEST AVAILABLE

COMPTE RENDU DE MISSION

Introduction : Le taux de mortalité maternelle au Burkina Faso est très élevé environ 1000. Peu de données détaillées sont disponibles, concernant les causes ou des circonstances des décès maternels.

Objectif

1) Acquérir des données sur le taux et les causes de mortalité maternelle dans 1 échantillon des provinces du Burkina Faso, pour pouvoir recommander des améliorations dans les soins prénataux et post-naturaux.

2) Evaluer les services de santé maternelle et infantile dans un échantillon de formations sanitaires.

3) Estimer le taux de mortalité maternelle.
Déterminer les causes principaux des décès maternels.

4) Inventorier les services de SMI des formations sanitaires concernées par des décès maternels.

Méthodologie

Stratégie de l'enquête

Il existe des caractéristiques spéciales des femmes décédées et des formations sanitaires qui sont des facteurs de risques identifiables. L'identification de ces caractéristiques nous amènera à des recommandations concrètes pour améliorer les soins dans formations sanitaires. Pour chaque village où un décès est survenu, le dispensaire ou la formation sanitaire utilisé par les femmes sera évalué. Une évaluation du personnel des SMI et un inventaire de l'équipement sera fait. On cherchera aussi le nombre de décès maternels enregistrés par chaque formation sanitaire depuis 1 trimestre.

Une équipe composée de Mr. GREEN de l'USAID, du Dr. GOMIL David de la DEP, la Camarade ADJIBADE Alima de la DSME s'est rendu dans les provinces Oubritenga (Zini du Passoré (Yako) les 25 et 26 Septembre 1986, dans le cadre d'une enquête pilote sur la mortalité maternelle.

La mission s'est bien déroulé, l'équipe a pu rechercher les détails sur les décès signalés par la maternité Yalgado et a également tester les questionnaires, et essayer la méthodologie. A la suite de la mission, des changements suivants ont été proposés pour la recherche. Au lieu d'une recherche type cas - témoin, une recherche la mortalité maternelle du type classique est proposée.

.../...

Best Available Document

147

Nous nous sommes rendus compte pendant le test qu'il ne serait pas possible d'avoir toutes les informations voulues concernant les femmes décédées. Ce problème ne permet pas une analyse de type cas témoin, parce que les informations seraient incomplètes pour les cas.

BEST AVAILABLE

Pour faire une recherche type classique sur la mortalité maternelle, il n'est pas nécessaire d'avoir des témoins. Donc on pourra élargir l'aire de l'enquête puisqu le travail sera réduit. Les décès maternels étant des évènements assez frappant, la mémoire du personnel semble être assez fiable après une période d'environ 6 semaines.

Ces changements correspondent aussi aux commentaires des épidémiologistes du CDC Atlanta, auxquels on a soumis la stratégie de l'enquête pour avoir leur point de vue.

En ce qui concerne les facteurs de risque tel que la taille, et la parité, l'à Une recherche sur ces facteurs vient d'être achévée où nous avons étudié les femmes qui ont eu un décès avec une symphisiotomie etc... Au besoin cette étude pourrai être plus approfondie au lieu d'essayer d'apprendre des facteurs de risque à partir femmes décédées. En réduisant le travail pour chaque cas, il serait possible d'élargi taille de l'échantillon. Une possibilité intéressante serait d'étudier tous les cas le pays pendant un trimestre . en utilisant la période d'un trimestre nous aurions l'avantage de pouvoir contrôler la fiabilité et le degré d'achèvement des rapports provinciaux trimestriels.

Dans la province d'Oulcitenga Ziniaré tous les renseignements ont été obtenus grâce à la collaboration du Directeur Provincial de la santé et de son personnel. Nous avons eu effectuer une visite des locaux. A la maternité : il s'agit des :

-consultation prénatale

-consultation postnatale des mères, celles-ci ne sont pas systématiques. Les fe ne répondent pas au rendez vous qui leur est donné, parce qu'elles ne perçoivent pas bien fondé de cette activité.

Une bonne sensibilisation des mères doit être menée :

-l'éducation pour la santé est effective avant chaque consultation

-les séances de vaccinations se font également le jour des consultations prénat et de nourrisson.

-Les visites à domicile, elles ne sont pas effectuées par manque de personnel e

-l'éloignement des secteurs les uns des autres pose des difficultés.

La grande partie des accouchements se fait au centre médical de Ziniaré, mais o note encore des cas isolés d'accouchements à domicile. Au niveau de l'équipement le m que de régistre d'enregistrement a été posé.

.../...

148

- le planning familial - une constatation est là, le besoin se fait de plus en pl. sentir au niveau de la population, une sensibilisation et une information sont faites par la sage-femme lors des consultations.

Nous avons terminé la sortie par la province du Passoré (Yako) là aussi nous avons été reçu par le Directeur Provincial de la Sante et son personnel, toutes les informations ont été reçu. L'accencheuse auxiliaire de la SMI de Latoden mène assez correctement ses activités, le matériel et les locaux sont bien entretenus. Néanmoins un accens doit être encore mis sur la sensibilisation.

Nous avons également eu un entretien avec l'accoucheuse villageoise de Gogo, village situé à 7 km de Latoden, cette dernière a surtout évoqué sa non prise en charge par la population. Une insuffisance des médicaments de première nécessité a été signalé après contrôle de la trousse.

Conclusion

Ces visites sur le terrain ont permis de collecter des données sur les causes de mortalité maternelle ; d'identifier les problèmes se posant au niveau des formations sanitaires, et du personnel pour une meilleure prestation des soins.

LA PATRIE OU LA MORT, NOUS VAINCRONS !

Camarade ADJIBADE Alima

BURKINA FASO

MINISTERE DE LA SANTE

----------oooOOOooo----------

BULLETIN D'EPIDEMIOLOGIE ET D'INFORMATION SANITAIRE

SOMMAIRE :

- Les Maladies sexuellement transmissibles : La syphilis et les affections à localisation inguinale..... P 1
- Médicaments pour les femmes enceintes : Fer et acide folique..... P 7
- Vaccinations : Bibliographie annotée..... P 9

NUMERO 2
JUILLET 1986

161

REDACTION

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

SERVICES DES STATISTIQUES / CENTRE DE DOCUMENTATION

MINISTERE DE LA SANTE

B.P. 7009

OUAGADOUGOU - BURKINA FASO

-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-

152

LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)
UN GUIDE A L'USAGE DES AGENTS DE SANTE

-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-

2ème partie : Syphilis et les Affections à Localisation Inguinale.

-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-

I. INTRODUCTION

Ce guide est basé principalement sur des extraits de deux guides : Les Maladies Transmises par Voie Sexuelle, par Dr. R. WIDY-WIRSKI et Mr. J. D'COSTA, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et 1985 STD Treatment Guide Lines, Service de Santé Publique des Etats-Unis, CDC, Atlanta.

Pour ce qui concerne les Tréponématoses endémiques, qui ne sont pas traités dans ce numéro, nous recommandons une oeuvre de l'OMS : Manuel des Tréponématoses Endémiques.
Perine PL, Hopkins Dr. Niemel PLA, St. John HK, Causse G et Antal GM. OMS, Genève, 1985.

N.B. Toutes les spécialités et les prix cités ci-dessous ne sont qu'à titre indicatif et ne sont pas spécifiquement recommandés. D'autres marques ou formes génériques de ces médicaments peuvent coûter moins cher et par conséquent être conseillées.

2. SYPHILIS

Agent causal : Tréponème pâle (qui peut être mis en évidence à l'examen de la sérosité prélevée à l'état frais si on dispose de microscope à fond noir).

Transmission : Sexuelle, transfusion, transplacentaire (congénitale); la contamination accidentelle de personnel de santé, surtout des sages-femmes, est possible. La pénétration des tréponèmes est favorisée par l'existence des micro-plaies.

2.1. Lésions :

- SYPHILIS PRIMAIRE : 2 à 3 semaines après le contact infectant survient une ulcération au lieu de pénétration du tréponème (en général sur appareil génital mais autres sites possibles).

C'est une ulcération superficielle, ovalaire, avec base indurée, la surface est lisse et couverte de sérosité riche en tréponèmes. Le chancre est unique (rarement multiple) indolore, accompagné d'une adénopathie satellite (ganglions durs, mobiles, indolores). Le chancre guérit spontanément sans laisser de cicatrice.

ATTENTION : Parfois le chancre est mixte (associé au chancre mou). L'examen de sang ne devient positif que environ 15 jours après le début du chancre.

SYPHILIS RECENTE SECONDAIRE : Environ 45 jours après un chancre non traité apparaissent par vagues successives des éruptions cutanées et muqueuses qui sont indolores et non prurigineuses : macules rondes de couleur cuivre sur le tronc, papules (boutons) arrondis couleur brun/cuivre sur tout le corps, bien visibles surtout à la paume des mains et à la plante des pieds. Dans les plis elles prennent, du fait de la macération, un caractère hypertrophique, ce sont des excroissances au niveau des aines, ou péri-anales et périvulvaires. Sur les muqueuses buccales et génitales apparaissent des lésions érosives de couleur rouge ou blanchâtre. Ces lésions sont hautement contagieuses. Non traitées, ces lésions finissent par disparaître spontanément mais la maladie continue et, après une période latente (sans symptômes de maladie) qui peut durer plusieurs années, survient la syphilis symptômatique tardive, une maladie très grave et parfois mortelle.

SYPHILIS TARDIVE : Le diagnostic de la syphilis tardive (latente et symptomatique) n'est pas possible sans les résultats d'examen sérologique du sang.

SYPHILIS DE LA FEMME ENCEINTE : Dans ses caractères cliniques, la Syphilis de la femme ne présente aucune particularité, mais en matière de prophylaxie de la syphilis congénitale son dépistage revêt la plus haute importance. On considère que le tréponème ne peut passer la barrière placentaire avant le 5ème mois. Le traitement avant le 5ème mois interviendra donc avant même que le foetus soit infecté. Si la femme n'est pas traitée l'infection pourra être à l'origine d'avortements, de morts-né ; ou l'enfant présentera à la naissance ou plus tardivement des lésions de syphilis active. C'est pourquoi l'examen sérologique doit être pratiqué chez toute femme enceinte, au 3ème mois et si possible aussi au 8ème mois de la grossesse. L'interprétation des résultats de ces examens est souvent délicate dans les pays où sévit la pian.

2.2. EXAMENS SEROLOGIQUES DU SANG : Il y a deux groupes de réactions sérologiques.

- Réactions lipidiques = BW, VDRL etc...
  Elles ne sont pas spécifiques des tréponématoses et peuvent se positiver dans d'autres cas = Hépatites, grossesses par exemple.

- Réactions tréponémiques = TPHA, TIT (Test d'immobilisation des tréponèmes ou test de Nelson) par exemple ; l'antigène étant le tréponème pâle, on élimine les faux positifs du VDRL ou BW, et le pian (tréponème pertenue), mais pas la syphilis endémique (Béjel) due à un tréponème pâle.

- En pratique :

a) BW ou VDRL négatif = pas de syphilis. TPHA n'est pas utile, car même positif, il ne s'agit en général pas d'une tréponématose évolutive.

b) BW ou VDRL positif.
TPHA non pratiqué ou positif / Traiter comme une syphilis.

c) BW ou VDRL positif / Pas de syphilis
TPHA négatif / Faux positif.

N.B. : Il faut savoir que le BW reste positif après traitement pour une période d'un ou deux ans. Donc il faut absolument traiter le(s) contact(s) sexuel(s) des cas parce que sans apparition d'une chancre, il sera difficile d'apprécier une réinfection par les méthodes sérologiques.

L'idéal est de suivre le titre du test BW ou VDRL qui doit être en décroissance. Il est recommandé de refaire le BW ou VDRL tous les trois mois pour vérifier une chute du titre ou une négativisation.

2.3. TRAITEMENT :

LA SYPHILIS RECENTE (durée de moins d'un an).

- Extencilline : 2,4 millions d'unités en une seule injection intramusculaire.

MALADIES ALLERGIQUES A LA PENICILLINE

- Tétracycline hydrochloride par voie orale (2 X 0,250 g. 4 fois par jour).

Syphilis récente : 15 jours
Syphilis latente et tardive : 30 jours.

SYPHILIS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

- En cas d'allergie à la pénicilline ne pas utiliser téracycline. Administrez :

- Erythromycine (stéarate ou base) 500 mg 4 fois par jour pendant 15 jours (syphilis récente) ou pendant 30 jours (Syphilis latente ou tardive).

SYPHILIS LATENTE OU SYMPTOMATIQUE TARDIVE (DUREE PLUS D'UN AN).

- Extencilline : 2.400.000 Unités une fois par semaine en injection unique (pendant 3 semaines).

SYPHILIS CONGENITALE

- Chaque enfant de mère syphilitique non traitée ou traitée de façon incertaine doit être traitée à la naissance :
- Pénicilline G en solution acqueuse par voie intramusculaire ou intraveineuse : 50000 Unités par KG de poids en deux doses pendant 10 - 15 jours.

TRAITEMENT DES CONTACTS SEXUELS

- Même traitement que pour la syphilis récente, appliqué immédiatement.

2.4. MESURES A PRENDRE EN CAS D'UNE REACTION ANAPHYLACTIQUE A LA PENICILLINE :

En présence des palpitations, vertiges, malaises qui peuvent même évoluer vers un collapsus grave survenant quelques secondes à une heure après l'injection de la pénicilline on pense au choc à la pénicilline. Ces accidents sont très rares mais peuvent être graves.

PREVENTION : Questionner le malade sur d'éventuelles réactions antérieures à la pénicilline. Exclure ces malades des traitements par la pénicilline.

TRAITEMENT : Faire étendre le malade.

1) - Injecter 1 ml d'adrénaline par voie sous-cutanée
(sol. à 1% de chlorydrate d'adrénaline)
(si l'adrénaline n'est pas disponible, utilisez un autre tonic cardiaque).

2) - Injecter lentement du solucort ou 200 mg d'hydrocortisone par voie intraveineuse
(un autre glucocorticoide peut être utilisé si l'hydrocortisone n'est pas disponible).

3) - Certains Spécialistes ajoutent un antihistaminique en intramusculaire et ensuite par os pour au moins 24 heures.

On doit toujours avoir le matériel nécessaire (seringues prêtes à l'emploi pour une intervention rapide).

3. AFFECTIONS A LOCALISATION INGUINALE

3.1. CHANCRE MOU (CHANCRELLE)

Agent causal : Bacile de Ducrey (difficile à retrouver dans les lésions et se cultive mal).

Transmission : Sexuelle, favorisée par fautes d'hygiène.

Lésions : 2 à 5 jours après le rapport infectant il apparait sur l'organe génital une tache rouge qui se transforme en pustule contenant du pus. La pustule rompt et il se développe une ulcération profonde, douloureuse, souvent multiple. La base du chancre est molle et le fond contient des débris purulents. Après un mois environ, l'ulcération se comble laissant une cicatrice.

Une dizaine de jours après le début du chancre il se forme un bubon en général d'un seul côté, qui a tendance au ramollissement et puis à la fistulisation.

ATTENTION : Il existe des formes mixtes (chancre mou associé à la syphilis), de plus le chancre syphilitique ulcéreux rappelle parfois le chancre mou.

TRAITEMENT : La combinaison de sulfaméthoxasole (800 mg) et triméthoprim (160 mg) ; un comprimé deux fois par jour pendant 10 jours (2 boîtes de Bactrim Forte* - prix total environ 2.900 F.CFA).

OU l'erythromycine : érytromycine base en per os quatre fois 500 mg par jour pour 7 jours (diverses préparations - coût total environ 5.500).

3.2. LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE (MALADIE DE NICOLAS-FAVRE).

Agent causal : Bactérie minuscule du groupe chlamydiae

Transmission : 5 - 10 jours après le rapport infectant apparait petite érosion, souvent ignorée, qui guérit spontanément.

1 - 6 semaines après le rapport infectant apparait l'adénopathie inguinale (bubon), peu douloureuse, généralement des deux côtés de l'aine. Le bubon se ramollit et des abcès se forment. Le tissu ganglionnaire, purulent s'élimine et la région atteinte se cicatrise. Au stade avancé, l'inflammation déborde les ganglions et par extension (voies lymphatiques) infiltre toute la verge et le scrotum.

TRAITEMENT : Tétracycline : per os quatre fois 500 mg par jour pendant 3 semaines (diverses préparations - coût total environ 7.500 F.CFA).

Ou Doxycycline : per os deux fois 100 mg par jour pendant 3 semaines (3 boîtes de Vibramycine* - coût total environ 15.000 F.CFA).

Ou : Sulfaméthoxasole : per os, deux fois 1,0 g par jour pendant 3 semaines.

Si le sulfaméthoxasole seul n'est pas disponible, utilisez la combinaison de sulfaméthoxamole (800 mg) et triméthoprim (160 mg), un comprimé deux fois par jour pendant 3 semaines (4 boîtes de bactrim forte* - prix total environ (5.700 F CFA).

Les tétracyclines sont contre-indiqués pour les femmes enceintes. Les sulfamides sont contre-indiquéspendant le dernier mois de la grossesse. On peut utiliser l'érythromycine pour traiter les femmes enceintes : érythromycine base en per os quatre fois 500 mg par jour pour 3 semaines (diverses préparations - coût total environ 12.000).

En cas d'échec du traitement il faut se référer à un niveau supérieur.

(Préparé par l'ESSSA, Université de Ouagadougou et la DEP, Ministère de la Santé).

MEDICAMENTS POUR LES FEMMES ENCEINTES :

FER ET ACIDE FOLIQUE

1. Fer : L'anémie est un des problèmes nutritionnels majeurs du pays, surtout chez les femmes. Selon une étude menée en 1983 par le Ministère de la Santé et l'ORANA, 33 % des femmes Burkinabè ont un taux d'hémoglobine de moins de 10, et 3 % moins de 8 g. Pour les femmes qui ne sont pas déjà anémiées, le besoin en fer occasionné par une grossesse est de 6,6 mg par jour. Pour les femmes qui sont anémiées, le besoin est plus grand. Les schémas thérapeutiques doivent prendre en compte le fait que seulement environ 10 % du fer est absorbé. L'anémie est définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/100 ml. Donc les doses suivantes sont recommandées :

Pour une femme enceinte, non-anémiée - Pour les femmes non-anémiées et qui ont une alimentation bonne, le fer peut-être donné seulement au dernier mois et en suite de couche.

Pour une femme anémiée - Le traitement doit commencer aussitôt après que le diagnostic ait été constaté. 100 à 200 mg de fer élémental par jour sont recommandés, soit 2 ou 3 comprimés par jour selon la spécialité.

Malgré la disparition de l'anémie après un ou deux mois, le traitement devrait être continué pour 1 ou 2 mois encore pour reétablir les réserves de fer dans le corps.

Le problème majeur qui peut empêcher le traitement d'une femme avec le fer est l'intolérance digestive. L'intolérance digestive est liée au contenu des comprimés en fer élémental. Donc si le Fumafer* n'est pas bien toléré, on peut utiliser le Héliofer ou l'Ascofer. Le Fero-Grad 500 ou le Serbifer aussi peuvent être essayés, car ce sont des préparations rétards.

Les complexes de fer et de l'acide folique (ou Foldine*) sont avantageuses. Les spécialités de fer en ampoule buvable ou en sirop ont l'inconvénient d'être coûteux et donc de ne pas être pris suffisamment longtemps. De plus pour le Hémostyl Sirop, le contenu en fer n'est pas noté :

TABLEAU 1

MEDICAMENTS POUR TRAITER L'ANEMIE FERRIPRIVE

Prix FCFA	Quantité	Spécialité	mg Fe/ unité	Coût/ 100 mg	Dosage/ jour	Coût/ jour
576	30 c	Ascofer	33	58	3 c	58
1 070	30 c	Féfol	45	79	3 c	107
948	30 c	Ferro-Grad 500	105	30	2 c	63
1 068	100 c	Fumafer	66	16	3 c	32
1 505	250 ml	Hémostyl sirop	?	?	45 ml	271
378	40 c	Héliofer	28	34	3 c	28
1 897	100 c	Sorbifer	100	19	2 c	38
1 893	20 amp	Tot'Héma	23	412	3 amp	284

3. Acide Folique : Le manque d'acide folique peut produire une anémie mégaloblastique. Pour prévenir cette forme d'anémie, 0,1 à 0,3 mg d'acide folique sont nécessaires par jour. Pour les femmes souffrant d'une anémie hémolytique comme la drépanocytose, la dose d'acide folique doit être augmentée à 10 à 20 mg par jour, soit 2 ou 4 comprimés de Foldine*.

N.B. : Les comprimés de fer en provenance de l'UNICEF, qui ont été distribués dans les premières trousses des AV, contiennent aussi 0,25 mg d'acide folique.

(Préparé par le Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Yalgado et la D.E.P.).

V ACCINATIONS : BIBLIOGRAPHIE ANNOTEE

-*-/

1. ACCELERATION DES ACTIVITES DE VACCINATION : PRINCIPES DE PLANIFICATION. DECLARATION CONJOINTE OMS/FISE. Genève, OMS, 1985 , 30 Pages.

Cette brochure a pour objet de mettre en lumière les grands principes de l'accélération du programme "vaccination de tous les enfants d'ici 1990", y compris : l'accélération par le biais de l'amélioration des services de soins de santé primaires ; l'accélération au moyen de journées nationales de vaccination; mobilisation sociale - clef de voûte de l'accélération des programmes ; l'évaluation des activités d'accélération.

2. ASSURER LE FONCTIONNEMENT DE LA CHAINE DU FROID. FORMATION DES CADRES MOYENS. Genève, OMS, Programme Elargi de Vaccination, 1980, 76 Pages. (En collaboration avec U.S. Centers for Disease Control).

Ce module décrit en détails les activités les plus importantes effectuées aux maillons suivants de la chaîne du froid : Vaccinateur; Centre de Santé; Magasin du district ou de la région; Magasin central; l'aéroport.

3. DEUXIEME SEMINAIRE INTERNATIONAL SUR LES VACCINATIONS EN AFRIQUE,DAKAR 17 - 18 - 19 FEVRIER 81. Paris, Association pour la Promotion de la Médecine Préventive, 1981, 335 Pages.

Ce document est une compilation d'une quarantaine d'essais techniques présentés par des experts internationaux au séminaire. Les essais traitent : conception et stratégie du PEV; Evaluation du PEV; Epidémiologie des Maladies et vaccins contre ces maladies .

4. DIRIGER LES SEANCES DE VACCINATIONS. FORMATION DES CADRES MOYENS. Genève, OMS, Programme Elargi de Vaccination, 1980, 81 Pages.(En collaboration avec US Centers for Disease Control).

Dans ce module vous vous exercerez aux techniques qui vous permettront d'établir un programme pratique et efficace des séances de vaccinations et de diriger avec succès une séance de vaccinations. La description des tâches comprend : établir le plan des séances de vaccinations ; préparer le lieu de vaccination; nettoyer et stériliser le matériel; instruire les mères; trier les enfants et noter les renseignements obtenus; préparer le matériel de vaccination et les vaccins; administrer les vaccins; réaliser les activités après vaccination.

5. EVALUATION SUR LE TERRAIN DE L'EFFICACITE DES VACCINS. Walter A. Orenstein et al. Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control; Genève, OMS, 1984 45 Pages. (EPI/GEN/84. 10 Rev. 1).

L'objet de ce document est de décrire les techniques épidémiologiques qui existent pour mesurer l'efficacité des vaccins et de recommander une approche pratique pour leur application. Il fournit en lui-même des cutils suffisants pour pratiquer sur le terrain une évaluation de l'efficacité du vaccin antirougeoleux.

6. EVALUER LA COUVERTURE VACCINALE. FORMATION DES CADRES MOYENS. Genève, OMS, Programme Elargi de Vaccination, 1980, 48 Pages. (En collaboration avec U.S. Centers for Disease Control).

Le but de ce document est de vous familiariser avec les techniques dont vous aurez besoin pour effectuer une enquête pour l'évaluation de la couverture vaccinale et pour analyser les résultats que vous obtiendrez de cette enquête.

7. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION. RESUME DE L'EXPERIENCE, REALISATIONS ET PERSPECTIVES. Bogota, Colombie, Ministère de la Santé, Août 1984, 35 Pages.

Ce document est un résumé très succint et préléminaire des origines, de la structure, des objectifs, du développement, et des résultats des journées de vaccination en Colombie; journées qui ont permis une vaccination massive contre cinq maladies infantiles (Diphtérie, Polio, Tétanos, Coqueluche et Rougeole) dans tout le pays.

8. " PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : ENQUETES SUR LA MORTALITE PAR TETANOS NEONATAL" Relevé Epidémiologique Hebdomadaire, vol. 61 N° 16, 18 Avril 1986, Pages 117 - 11

Cet article donne les résultats des enquêtes menées dans trois divisions du Kenya en 1984-1985. La conclusion : les données montrent la nécessité de prendre des mesures qui permettent de prévenir le tétanos néonatal, mesures qui comprennent la vaccination des femmes enceintes et la formation des Accoucheuses Traditionnelles.

9. " PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : EXAMEN DU PROGRAMME." Relevé Epidémiologique Hebdomadaire, vol. 61 N°4, 24 Janvier 1986, Pages 21 - 23.

Tout en traitant du cas spécifique du BHOUTAN dans le cadre du PEV, cet article fait cas d'interrogatoires familiaux au sujet des soins de santé primaires.

10. " PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION: GROUPE CONSULTATIF MONDIAL." Relevé Epidémiologique Hebdomadaire, vol. 61 N°3, 17 Janvier 1986, Pages 13 - 16 .

Cet article signale les conclusions et recommandations formulées pour le programme mondial, par le groupe consultatif mondial du PEV lors de sa huitième réunion du 4 au 8 Novembre 1985.

11. PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION - NIGER . Niamey, Niger, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Septembre 1984, 49 Pages + Annexes.

Après avoir analyser la situation sanitaire et défini les problèmes prioritaires, ce document vous donne le plan national détaillé du PEV du Niger.

12. " PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : RAPPORT MONDIAL DE SITUATION." Relevé Epidémiologique Hebdomadaire vol. 60 N°34, 23 Août 1985, Pages 261 - 263.

Cet article fait le point de la situation du PEV à travers le monde d'après les données disponibles en Juillet 1985.

13. " LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION EN TANT QUE COMPOSANTE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES." Relevé Epidémiologique Hebdomadaire, vol. 61 N°11, 14 Mars 1986, Pages 77-79.

Cet article fait le point de la situation du PEV en Ile Maurice et donne les résultats des enquêtes sur la couverture vaccinale.

14. PROTOCOLE POUR LA SENSIBILISATION DES ELEVES SUR L'IMPORTANCE DES VACCINATIONS DES PETITS ENFANTS DE LEUR ENTOURAGE. Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, Institut d'Hygiène, 1980; Genève, OMS, 1981, 7 Pages. (EPI/GEN/81/11).

Ce document est le texte du protocle établi pour un programme scolaire d'Education pour la Santé qui a été entrepris en Côte d'Ivoire. On distribue aux instituteurs un plan de cours simple destiné à persuader les élèves de la nécessité de faire vacciner leurs jeunes frères et soeurs et les nourrissons du voisinage contre les maladies de l'enfance.

15. VACCINATION COMMANDO BURKINA FASO. Ouagadougou, UNICEF, 1985, 76 Pages.

Ce document vise à présenter l'origine, les objectifs, l'organisation, le déroulement et les résultats de la vaccination commando, cette vaccination de masse qui s'est déroulée au Burkina Faso du 25 Novembre au 10 Décembre 1984.

(Préparée par le Centre de Documentation, Direction des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé).

163

Other Activities/Reports/Schedules etc.

a. Proposed Scope of Work/Calendar of Activities for the TA Team Economist
b. Revised Project Procurement Schedule
c. Revised Project Training Schedule
d. Report on Typist Training/Schedule
e. Description of Manpower Post
f. Project Monitoring Forms

Plan of Activities - Dr. A. Békèle, Economist

```
                1 9 8 6                                  1 9 8 7
             OCT      NOV      DEC      JAN      FEB      MAR      APR      MAY      JUN      JUL      AUG
=============|========|========|========|========|========|========|========|========|========|========|=============
Develop
methodology  ---------------------X-------------->|................ ..................................

Calculate
costs                   |------------------------------------- |..................................

Develop
indicators                                       |---------------- |..................................

Cost
recovery                                 |----------------------- ------------------------------------

Assess
NGO's                  |--------.........---------.........-------- .........---------.........---------
```

KEY TO THE CHART:

--------- Full to part-time engagement

.... Follow-up and evaluation

During the first year of his tour, the Economist will:

1. Develop a methodology applicable to the realities of Burkina Faso regarding calculation of costs (investment as well as recurrent) of the various levels of health facilities other than the National Hospitals.

2. Initiate calculation of costs of the various levels of health care based on the methodology developed in No. 1 above.

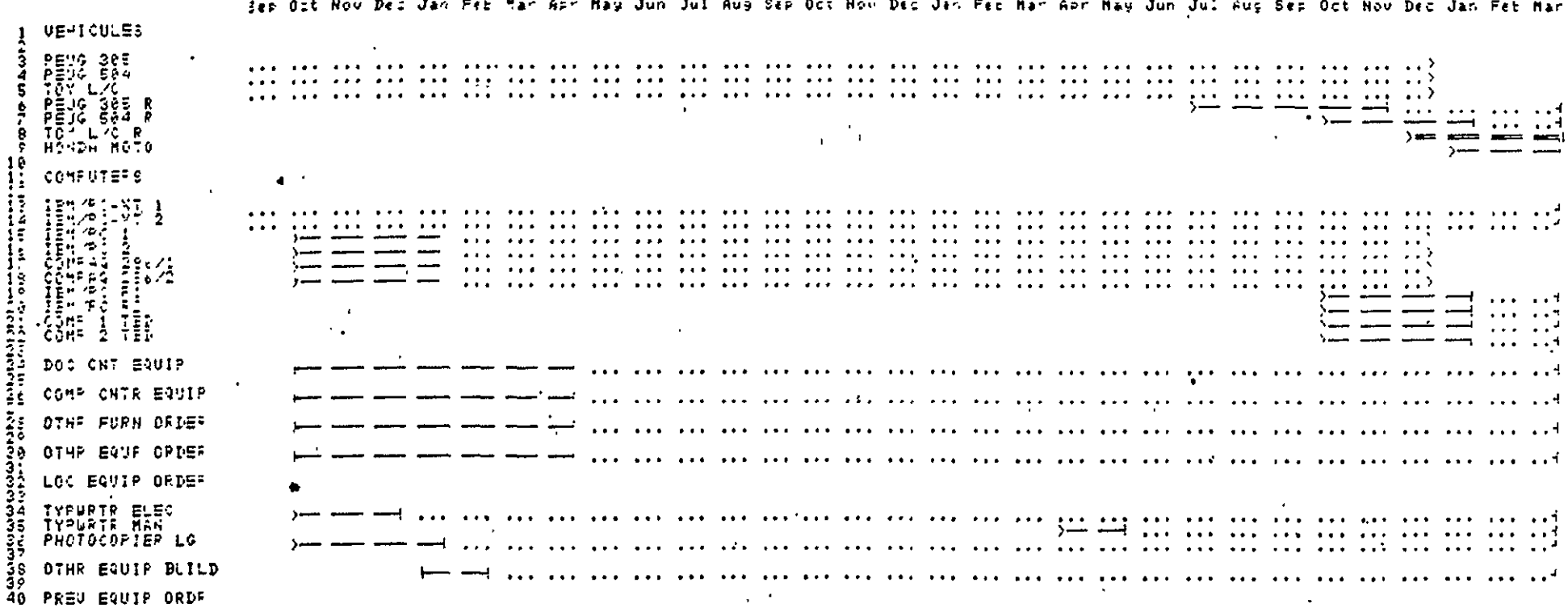
3. Initiate the development of financial and economic indicators required for planning, monitoring and evaluation activities of the DEP.

4. Initiate studies regarding cost recovery of primary health care services.

5. Assess the extent of assistance provided by Non-governmental Organizations in the primary health sector.

Procurement Schedule
Revision 16 Sept 86

Procurement Schedule
Revision 16 Sept 86



To accommodate the above equipment procurement plan, the following few changes are then recommended in subline items of the Equipment budget.

Summary:

Total Budget	$ 420,000
Already Spent	95,000
Amount Remaining	$ 325,000

Subcategory	Present Budget	Proposed Budget
Furniture	$ 12,000)	$ 50,000
Equipment	25,000)	
Computers	67,000	67,000
Vehicles	55,000	55,000
Documents	50,000	50,000
Shipping	85,000	72,000
Contingency	31,000	31,000
Total	$ 325,000	$ 325,000

PROJECT 686-0251 - SHPC TRAINING PLAN

	Category	No. of Months	Pre-Project	1985	1986	1987	1988	1989
Long-term								
US	Epidemiologist	24			XXXXXXX	XXXXXX	XXXXX	
US	Biostat/Comp. Sci.	18			XXX	XXXXXXXXXXXX		
US	Manpower Planning	12				XXX	XXXXXX	
US	Comp. Sci./Eng.	18				XXXXXX	XXXXXXXXXXXX	
US	Hlth. Admin./Mngt.	12				XXX	XXXXXX	
Short-term								
US	Director	6	XXX				XXX	
US	Chief Health Planner	5			XXXXX			
US	Health Economist	3			XXX			
US	Med Records/Stat	3				XXX		
US	Data Processing	3					XXX	
US/AFR	Documentalist	3				XXX		
AFR	Nurse Evaluator	6						XXXXX
US/AFR	Unidentified	-					XXX	XX
Other								
BF	English Courses			XXXXXX	XXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX		

October 14, 1986

Report on Training for Typists during Third Quarter

During the July - September period, training courses for the DEP Typists were irregular due to lack of time of both teacher and students. While courses were scheduled on several occasions, the Typists were not able to respect the timing because of unforeseen circumstances. Some were also on vacation. Those who were on duty were given exercises on technical and practical French grammar, spelling and vocabulary. The results of these practical exercises were not very good, and reflect deficiencies in French grammar and vocabulary.

I have made a programme for courses during the period, October 14 to November 30, 1986. This includes keeping attendance records and remarks on each Typist which will indicate their progress in the training and also those who will be programmed to follow the word processing course when the computer equipment arrives. A fixed time has been set for the training course. All classes will be given on Tuesdays and Thursdays between the hours of 10:00 and 11:00 so that a sufficient interval exists for the Typists to complete their exercises in time for the next class. This schedule will be approved by the DEP Director so that DEP staff can programme their activities in advance and that classes are not disrupted by requests for typing services at those times. In case of holidays or other unforeseen emergencies, classes will be rescheduled in the afternoon of the same day or an agreed upon hour the following day.

M.C. Li-Fun

Marie-Claude Li-Fun

170

Formation des Dactylographes
Programme des Cours
Fiche de Présence
Du 14 Octobre au 30 Novembre 1986

Date/Assiduité/Observations Nom et Prénom	14/10	16/10	21/10	23/10	28/10	30/10	4/11	6/11	11/11	13/11	18/11	20/11	25/11	27/11	Assiduité	Observations
Kafando Diasso Fati																
Momo Noëlie																
Nikiéma Balima Fati																
Ouédraogo Jeannette																
Zidwemba Ilboudo Aminata																

+ = Présence
0 = Absence
± = Cours suivi à moitié

PROFIL DE POSTE

POSTE: Planificateur - Ressources Humaines

Sous la Supervision du Chef de Service de la Planification, il a pour fonctions:

Tâche Globale:

Identifier les besoins en Ressources Humaines du Secteur Sanitaire du pays et développer les Plans en liaison avec la DFP, la DAAF et autres secteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux.

Tâches Spécifiques:

1. Développer et transmettre des projections d'offre et de demande pour les ressources humaines dans le secteur de santé.
2. Identifier et interpréter les besoins et problèmes spéciaux en ressources humaines des services de santé pour les responsables de la formation du personnel de santé.
3. Promouvoir et collaborer à la préparation des standards pour la formation et l'utilisation des ressources humaines en santé.
4. Promouvoir et collaborer à la recherche des besoins éducationnels des cadres professionnels et non-professionnels de santé; faciliter la recherche collaborative entre les institutions éducationnelles et les formations sanitaires.
5. Fournir l'assistance technique pour l'enregistrement du personnel de santé et analyser les caractéristiques des cadres sanitaires.
6. Promouvoir et collaborer aux projets de recherche opérationnelle sur la distribution, la retenue et l'utilisation du personnel professionnel de santé.
7. Collecter des données concernant les activités, les dépenses, le nombre d'employés et les postes vacants du personnel de santé et identifier la désiquilibration du personnel à venir en ressources humaines de santé.
8. Collaborer à l'identification d'utilisation efficiente et les études de productivité du personnel de santé; transmettre ces analyses aux institutions éducationnelles.
9. Promouvoir et collaborer au développement des standards de "staffing", de productivité, et l'utilisation estimative du personnel de santé; collaborer à la recherche dans ce domaine.

172

10. Maintenir une liste actualisée de tous les employés du Ministère de la Santé par catégorie, poste, et l'état de service de chaque employé.

11. Promouvoir et participer à l'établissement d'un catalogue de postes pour tous les différents services du Ministère de la Santé.

12. Veiller à une répartition juste et équitable du personnel de santé dans les différents postes disponibles, ce conformément au catalogue de postes établis.

13. Veiller au respect des normes administratives établies par le Ministère de la Fonction Publique en ce qui concerne les nominations, les promotions, la mise en disponibilité, les renvois etc.

14. Identifier et incorporer les grandes lignes de planning national dans la planification du personnel de santé; interpréter le planning des ressources humaines du secteur sanitaire aux organismes nationaux.

15. Maintenir et fournir les données sur les projections du personnel de santé aux autres organismes intéressés.

16. Préparer et soumettre annuellement un plan et calendrier des activités au Chef de Service.

17. Réaliser toutes les autres activités spécifiques au poste et les activités qui lui seront confiées par le Chef de Service.

173

MINISTERE :
Plan quinquennal
Situation au :

T1 - Projets entièrement exécutés

Coûts en millions F. CFA

N°	TITRE DU PROJET	Dim. totale	Dim. P. Q.	Dim. 1986	Coût total (1)	Coût P.Q. (1)	Coût 1986 (1)	Investissem. humain 1986	Dépenses 1986 (1)	Date prévue démarr.(2)	Date effect démarrage	Date fin	OBSERVATIO

(1) uniquement monétaire = non compris investissement humain.

(2) au moment de l'élaboration.

MINISTERE :
Plan Quinquennal
Situation au :

T2 - Projets en cours d'exécution

Coûts en millions

N°	TITRE DU PROJET	Dimens. totale	Dim. P. Q.	Dimens. 1986	Coût TOTAL (1)	Coût P.Q. (1)	Coût 1986 (1)	Investis. Humain 86	Financem. total acquis (1)	Dépenses total cumulées (1)	Dépenses 1986 (1)	Date prévue démar. (2)	Date effective démarrage	Date prévue fin (3)	Niveau d'exécution

(1) Uniquement monétaire : non compris investissement humain
(2) au moment de l'élaboration
(3) au moment du démarrage

MINISTERE :
Plan Quinquennal
Situation au :

T3 - Projets en instance de démarrage dont le financement est entièrement acquis pour l'année 1986 au moins

Coûts en millions F.

TITRE DU PROJET	Dim. totale	Dim. P. Q.	Dim. 1986	Coût total (1)	Coût P. Q. (1)	Coût 1986 (1)	Investissem. humain 86	Financem. total acquis (1)	Date prévue démarrage (2)	Date prévue fin (2)	OBSERVATIONS

(1) uniquement monétaires non compris investissement humain. (2) au moment de l'élaboration.

146

146

MIN
Pl
Sta

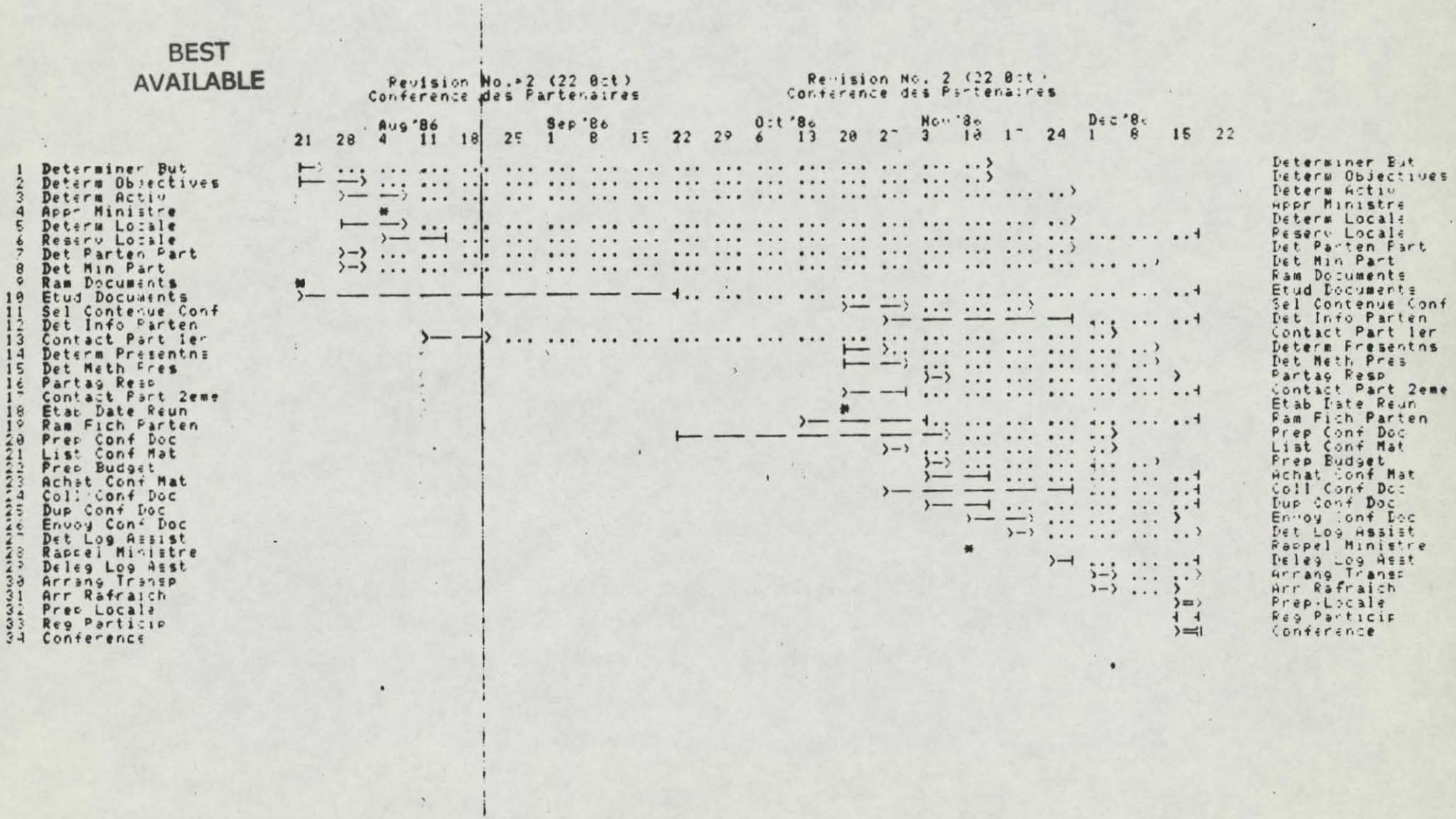
T4 - PROJETS DONT LE FINANCEMENT EST A RECHERCHER ENTIEREMENT OU PARTIELLEMENT MEME POUR L'ANNEE 1986

Coûts en millions F. CFA

N°	PROJET	Dim. totale	Dim P. G.	Dimens. 1986	Coût total (1)	Coût P. G. (1)	Coût 1986 (1)	Investis. humain 1986	Financem. partiel acquis (1)	Date prévue démarr. (2)	Date prévue fin (2)	OBSERVATIONS

monétaire = non compris investissement humain.

(2) au moment de l'élaboration.

177

BEST AVAILABLE