PD-MAV-210 -53
ISN = 19165

FOURTH QUARTERLY REPORT

October - December 1986

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

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 TRTELCOR 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

FOURTH QUARTERLY REPORT
October - December 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
1742 R Street, N.W.
Washington, D.C. 20009

Best Available Document

TABLE OF CONTENTS

I. Introduction 1

II. Activities 1
A. Training 1
B. Health Information System 3
C. National/Regional Technical Exchanges 7
D. Construction 10
E. Operational Research 10
F. Other Activities 14

III. Liaison with Pragma/MCD 15

IV. Liaison with USAID 16

V. Liaison with Other Departments/Organizations . . . 16
A. Ministry of Health 16
B. Ministry of Planning 17
C. German Health Cooperation Project 17
D. CUAM 17

VI. Problems Encountered 18
A. National/Regional Technical Exchanges 18
B. Training 18
C. Equipment 19
D. Document Order 19
E. Construction 19

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

III. Administrative Plans 23

IX. Conclusion 24

Annexes

I. Introduction

Activities at the DEP during the final quarter of 1986 centered on the preparation and implementation of a series of annual and other periodic seminars. The quarter began with the DEP - sponsored special workshop on project evaluation. Weeklong in - service training seminars were held in Bobo-Dioulasso and Ouagadougou for the statistical clerks and other regional health personnel. The quarter was capped by the year's second DEP-sponsored conference for Central and Provincial Directors of Health Services.

Preparations were also finalized for the Second Annual Donor's Conference which was postponed until January 1987. The DEP-sponsored study of maternal mortality began during the quarter with its first phase of data collection. Plans for DEP activities in 1987 were finalized and a detailed budget prepared to support them. A great deal of effort was exerted to partition the Five Year Health Plan by province. Work was also carried out to harmonize provincial health plans with the national health sector annual plan for 1987. In collaboration with the Ministry of Planning, a detailed system for health project follow-up was developed and initial tests of its feasibility were made.

With the arrival of the second computer, work on the development of automated bibliographic data systems began and the government assigned a second documentalist to the Information and Documentation Center housed at the DEP. Finally, progress continued in construction of the building which is scheduled to be completed during the first quarter of 1987.

II. Activities During the Reporting Period

A. Training

During the quarter, the search continued for candidates for project-sponsored training which will begin in the fall of 1987. Correspondence was made with institutions regarding programs of instruction for both long and short-term training. Potential future participants from the DEP and certain other project-related personnel were again sponsored in routine English classes at the American Language Center.

1. English Classes

The regular thrice weekly after-working hours English Language course was again sponsored for DEP and certain other Ministry personnel who will be participants in training and/or project related visits in Anglophone countries. These classes are conducted at the American Language Center.

2. Participant Training

a. Management/Administration - Approval by the Ministry for the DEP Administrator to attend the one year program in Business Administration at a U.S. University during the 1987-1988 academic year was received during the quarter. An application form for admission to the University of Pittsburgh was completed and arrangements are being made to take the required GMAT and TOEFL entrance exams.

b. Computer/Medical Records - As a definitive response had not been received from the African Medical and Research Foundation (AMREF) regarding the short-term "hands-on" training for the Statistical Associate, another inquiry was made to this Nairobi-based organization during the quarter. An additional inquiry regarding short-term training for the Statistical Associate was also made to the School of Public Health at the University of Zaire. As yet, no response has been received to either of these inquiries. Since this training is scheduled to begin during the first semester of 1987, if no further information is received concerning these programs by the end of January 1987, other alternative training will be sought. A computer course at the University of Dakar has been suggested as one such alternative.

3. In-Service Training of Office Personnel

Regular class hours for the DEP secretarial staff were established during this quarter. These take place on Tuesday and Thursday between the hours of 10:30 and 12:00. This training is conducted by the Bilingual Secretary/Administrative Assistant. With the increased impetus, regular typing and language lessons have begun to make an impact on the quality of presentation of DEP reports and other communications. The typists have also expressed a great deal of interest in this training.

4. On-the-job counterpart training continues through regular daily contact in carrying out DEP activities. Special subjects are also covered by the TA team members. For example, a considerable amount of attention was devoted to the subject of Health Care Financing by the economists during the quarter.

5. Periodic communication continues with the long-term training participants and their program coordinators by both DEP staff and the Pragma home office.

B. Health Information System

1. Health Data Collection System

a. Following major revisions in the health data collection forms and subsequent comments received, the final versions of the forms were printed during the fourth quarter. To facilitate distribution and collection of the data forms, a different color was employed for each type of report. The following revised reports were thus printed and distributed during the quarter for use in 1987:

1) CSPS, Dispensaire, Maternite Report (white)
2) Centre Medical, Centre Hospitalier Regional (orange)
3) Direction Provinciale de la Sante (green)

b. Preparation of Statistical and Epidemiologic Guide - A detailed guide for the collection and use of information from the Health Data Collection System was prepared during the quarter. This guide for Provincial Health Directors and other provincial health personnel serves both as a training and reference tool for use in the provinces. This important guide represents another step in the project's continuing attempt to not only collect and use health information at the national level but also to encourage its more immediate use in the monitoring and action planning of health programs at the provincial level.

c. Preparation and Implementation of Statistics Seminar - The major activity of the Statistics Service during the quarter was to prepare and implement the two in-service training seminars for the Provincial Statistical Clerks and Nurses/Midwives. These were held respectively in:

1) Ouagadougou - 24-28 November 1986 (55 participants)
2) Bobo-Dioulasso - 8-12 December 1986 (35 participants)

With only a slight modification, the same seminar was conducted at each of the sites. Two seminars, rather than one, as in 1985, were held this year in order to accommodate more provincial participants.

In addition to the Utilization Guide referred to above, a number of exercises were developed to use in conjunction with the revised system forms during the seminar. Group practice and discussion methods of instruction were employed extensively during the seminar.

A seminar post-test showed that the essential training objective of introducing and using the revised health system data forms was basically met during the seminar.

d. Health System Reporting - By the end of the fourth quarter, all provinces except one had submitted at least their first two quarterly reports for 1986. Third quarter reporting was, however, not yet complete (9 provinces still to be submitted at this writing).

e. Final Modification of Computer Order - Due to the importance of the "uninterruptable power supply" (UPS) for safe and efficient computer operation, it was decided to order two smaller UPS units rather than one larger model. Since keyboard problems are not uncommon, additional French keyboards were also added to the final version of the order. The PIO/C for this order was prepared by USAID/BF and bids are being requested from at least three dealers for the equipment to be obtained from the States.

f. Work on Computer Installation - To accommodate the second computer and larger power supply, new wiring and protective circuit breakers were installed. However, when the installation was ready for the new 1 KV UPS, it was discovered that a 110 V 60 HZ power supply was sent instead of the 220 V 50 HZ model. This was returned to the vendor and the correct model received by airfreight . Unfortunately, the new UPS was found to be defective. As the quarter came to an end, an attempt was being made to locate the exact problem and rectify it.

g. Table and Indice Generation - In preparation for the Statistics Seminar and the Directors' Conference, a series of output tables depicting the value of the data base were designed for use in exercises and discussion with seminar participants. A number of suggested provincial health indicators were also developed for this purpose.

National indices of health and other tables examining the relationship between several community and administrative variables were also prepared by the Health Planner on the current status of community health in the country. This paper was distributed to donor participants in preparation for the January donor conference.

The data base is also exploited regularly for information on special requests of the Ministry of Health and/or other organizations and individuals.

h. Use of Other Data Bases - Additional analyses of data, such as that made of the Annual Health Infrastructure Study to compare type of facility per population base, were also carried out during the quarter.

i. Although the 1985 Annual Health Statistics Report has been published, it has not yet been widely distributed because of certain errors detected after publication. Special replacement pages and/or erratum notes will be made to alleviate this situation.

2. Information and Documentation Center

a. Installation/Use of the Second Computer - Despite the above mentioned problems with the power supply, the second computer, intended

primarily for use by the Documentation Center, has been installed and is operating at partial capacity for that purpose. The Sci-mate and Multimate System software packages have been mounted on the hard disk of the computer.

Using these software programs, input and output formats are being developed for document management and a list of system descriptors for indexing documents entered in computer files. A report format for this descriptor list has also been developed. While in progress, this work has proceeded somewhat more slowly than anticipated due to initial operation of the computer with a single power supply on a part time basis. It was, however, found that the two DEP computers could operate on the smaller power supply under normal circumstances if other components are not used simultaneously. This temporary arrangement will be used until the new UPS is functioning correctly.

b. Cataloguing of documents - While work in mounting the automated system is progressing, a considerable amount of manual cataloguing was accomplished during the quarter.

c. Archives Project - In response to a nationwide appeal of the National Archives, the Ministry of Health has established a committee to determine what documents should be transferred to the National Archives. The DEP Documentalist is a member of this commission and spent a considerable amount of her time during the quarter in taking inventory and preparing Ministry documents for this transfer. Although no DEP documents were sent to the archives, an inventory of existing documents at the DEP was carried out by the Documentalist and the Information Management Specialist.

d. During the quarter, selected files of the DEP Director were also integrated into the Planning Unit files.

e. Of note during the quarter was the DEP Documentalist's trip to Bobo-Dioulasso where she visited the Documentation Center at OCCGE to observe its operation. Operating for several years, this center serves not only research at the main headquarters in Bobo but is also intended to serve research interests and requests from all member countries. In

fact, the development of the extension services of the Documentation Center have not been as extensive as envisaged due to a limited budget for operation costs. Contact with the OCCGE Documentation Center will be maintained by the DEP Center.

f. During the quarter, the Center also supervised the production and distribution of the Third Bulletin of Epidemiology and Health Information. A number of international institutions have agreed to exchange their publications with the DEP. The Bulletin also received attention as its publication and distribution was noted by the American National Council for International Health Publication, International Health News.

g. Document Order - Although some of the catalogs ordered arrived during the quarter, the large document order was deferred until next year while awaiting the arrival of remaining catalogs. In the interim, the list of locally requested documents continues to increase in number.

3. Bulletin of Epidemiology and Health Information

As noted above, the third issue of this publication, which is a joint endeavor of the Epidemiology/Statistics Service and the Documentation Center, was produced and distributed during the quarter. The first meeting of the new editorial committee of the Bulletin also took place during the quarter. At the meeting, committee members agreed upon the articles to be written/solicited for the fourth Bulletin which is now scheduled for release in February 1987.

C. National/Regional Technical Exchanges

1. DEP-Sponsored Workshop on Evaluation

During the 14-24th October 1986, a workshop for members of the Commission for the Evaluation of Health Projects (CEPS) was held in Ouagadougou at the DSME conference room. This workshop was planned and implemented by the DEP Planning Unit.

The workshop was held, primarily, to train members of the Commission in the methods and techniques of evaluation. At the same time, the conference was used to plan the evaluation of the German

Cooperative Health Project. During the workshop, terms of reference for the evaluation were developed and an initial study questionnaire prepared. During the first week of December 1986, after pre-testing the questionnaire, and selecting the study population (e.g. in the nine provinces where the project operates), the data collection was undertaken. Analysis of the data and publication and collection of results will take place during the next quarter. The University of Heidelburg is participating in this evaluation of the German Health Project..

This important commission will continue to function as the primary unit in the Ministry for coordinating the evaluation of health projects.

2. DEP-Sponsored Seminars for Statistical Clerks/Provincial Health Workers, 24-28 November and 8-12 December 1986

This seminar, referred to above, was held in two locales this year to facilitate the participation of more provincial health workers. As nearly all health workers are involved in maintaining health records, the participants in the seminar will in turn hold training sessions for their provincial personnel on the use of the revised health data collection forms. The seminars were jointly sponsored through WHO and SHPC project funding.

3. Second 1986 Conference for DEP Central and Provincial Health Directors, Bobo-Dioulasso, 16-19 December 1986

Initially scheduled for the end of November, the second Directors' Conference during 1986 was held at the CESAO training center in Bobo-Dioulasso on the 16th through the 19th of December. It was attended by the Minister of Health, the Secretary-General, the thirty Provincial Directors of Health, the ten Central Directors, and representatives of COMISEC and SYNTSHA in addition to DEP personnel.

The conference served as a platform to discuss existing and proposed projects, as well as, the implementation of recommendations from the previous conference held in May of this year. Also receiving attention at this conference were on-going research projects and other possible research studies of interest to the Provincial Directors.

The DEP discussed the progress toward Five Year Health Plan objectives and the importance of annual provincial plans. A presentation was also made by the DEP on the important changes in the revised health data collection forms. A special session on the subject of SIDA (AIDS) was a keynote feature of the conference.

The excellent and modestly priced conference and lodging accommodations of CESAO contributed greatly to the success of the conference as participants are able to interrelate more with each other when lodged together.

4. Planned Conference for Health Sector Donors
After several scheduling attempts in December, the 1986 Conference for Health Sector Donors was rescheduled for the 5th and 6th of January 1987. The conference will again take place in the Minister's meeting room of CEAO. During the fourth quarter, all arrangements for this conference were completed and background documents distributed to donor participants.

5. Participation in Other Seminars

In addition to the DEP-sponsored seminars, DEP personnel and DEP-sponsored personnel participated in various seminars:

a. USAID-Sponsored Seminar on Inventory Control - Under project auspices, the DEP Administrator and the Assistant Head of Material at DAAF participated in this four day seminar which was held on 4-7 November 1986 in Ouagadougou. Using the USAID inventory control system as an example, the principles and practices required for maintaining stock inventories were presented and discussed during the seminar.

b. Computer Programmer Participation in CENATRIN Seminar - In November 1986, the DEP Programmer participated in a ten day seminar organized by the Ministry of Planning Computer Services Department (CENATRIN). Among other things, the seminar covered the use of computers in government services. As a result of this seminar, the DEP programmer has expressed certain ideas on how computers may be of use in certain other Ministry of Health directorates. In collaboration with the TA Team Epidemiologist, he intends to develop some of these ideas in writing.

c. Statistical Associate Participation in Ministry of Planning Seminar for DEP Statistical Services - During the period 2-5 December 1986, the Statistical Associate participated in a four day inter-ministerial seminar on the organization and use of statistical services in the Directorates of Project Studies and Planning of the various Ministries.

d. No observation visits or international conferences were attended by DEP staff during the fourth quarter.

D. Construction

Progress continued with the construction of the new office building during the quarter as the walls were finished and the roof added. The target date for completion remains late February 1987. There remains, however, a considerable amount of plumbing, electrical and other finishing (plaster, tiling etc.) work before the completion of the building. Regular weekly worksite meetings continue to be held between the Contractor and the building Supervisor of the Ministry of Works. These meetings are attended by the DEP Administrator and an officer of HNPO/USAID.

E. Operational Research

1. Consumer Expenditure Study

This Ministry study, to which the project contributed funds in the form of gasoline for data collection and supervision, completed its data collection phase in October 1986. A preliminary overview of the data by the Study Coordinator and the TA team members indicates that data from a number of provinces may not be useful as individual family reporting for health expenditures appears to be incomplete. However, further review and editing of the data will be necessary before more detailed analyses can begin. This is projected for the first quarter of 1987.

2. Maternal Mortality Study

a. Maternal Height Study - A preliminary analysis of the data in this small study conducted in Ouagadougou appears to confirm the indirect relationship between maternal height and risk of difficult pregnancy found in other

countries. There is also some evidence that even taller Burkinabe women may be at at such risk and that the recommended cutoff height of 150 cm should be raised to 152 cm in Burkina Faso. Further analysis of this data will be made and a report prepared.

b. Field Phase of Maternal Mortality Study Begins - During the months of November and December 1986, the data collection phase of this study began. Two teams spent four weeks each in the field collecting cases of maternal mortality reported to health facilities and followed the study protocol in an attempt to identify common factors related to these deaths. The selected provinces and reported maternal deaths represent a stratified random sample of reported maternal deaths in Burkina Faso.

   As a second data collection phase will be undertaken in January 1987, no editing or preliminary overview of the data has yet been possible. Summary meetings to discuss logistical problems have been held with interviewers on their return to Ouagadougou. A sixth year medical student has joined the coordinating group of this study and will use material from it for his senior thesis.

c. A summary presentation of the study design was presented at the Directors' Conference.

d. Observation Visit of Study Group to The Gambia - During the quarter, correspondence was received and an invitation issued by the Government of The Gambia to visit and observe their obstetrical services which are reputed to be exemplary. It is hoped that the visit may provide suggestions for improvement in this country's health service. An attempt is now being made to schedule it for the end of February.

3. Boulgou Test Zone

a. Ad Hoc Committee for Cost Recovery study - An Ad Hoc Committee comprised of the DEP Director, the Technical Inspector, the PDSS Project Director, the DEP and TA Team Economists and the TA Team Health Planner was formed early in the quarter to decide if the proposed study for Cost Recovery in Boulgou Province should proceed.

b. At their first meeting, the committee decided to further analyze the situation and develop a study protocol. An initial visit was made to Boulgou Province by the DEP Director, the PDSS Director, and the DEP Economists to judge the continuing feasibility of the study. Two subsequent trips were made by the economists to examine possibilities for the study in greater detail. In general, a great deal of enthusiasm was found in Boulgou Province for the study and the protocol is under preparation. Although a theoretical study proposal had previously been developed, it is now believed that community participation in designing the proposed cost recovery methods for the study is essential.

During the field visits, contact has been established with government health facilities and with donor agencies involved in development work in Boulgou Province. The Italian government-funded NGO, CUAM, which has renovated the government hospital at Tenkodogo, and the FAO-funded Integrated Rural Development Project are cited in this regard.

The possibility now exists that CUAM, which has heretofore concentrated on curative hospital based care, will provide certain additional resources for the study in its new second phase proposal. The Zabre area, which has a medical center and several CSPSs, appears to be one possible site for the study. Additional trips will, however, be necessary to discuss the proposed cost recovery scheme with local officials and villagers in the selected zone.

While the study protocol was not completed during the quarter, certain agreements regarding the proposed study were reached. These include:

1) The local communities must be involved in the selection/determination of the cost recovery mechanism to be used.
2) General supervision and coordination for the study should rest with provincial directorate of health services.
3) Sufficient resources, both human and financial, should be made available to conduct the study. The recommended financial participation of our project as well as others (e.g. PDSS, CUAM) is noted in this regard.

4) Cost Recovery will be limited to the non-personnel operation costs of health services (e.g. medications, transport, cost of supervision etc.).

c. The PDSS project, which is funded through the World Bank, has thus far provided logistical support on the field trips. It is rumored, however, that the government may be planning to request certain project activity changes. One such area under consideration for revision is the Boulgou Test Zone portion of the project which contains provisions for technical assistance that could be used to fund a second year for the TA Team Economist.

4. Schistosomiasis

a. Oubritenga Study - In preparation for the main study which will begin in January 1987, a pre-test was conducted by the principal investigator and provincial personnel in mid-December 1986.

b. Vallee du Kou Study - During the quarter, information was obtained on where and how the necessary diagnostic materials for this study may be obtained. An order for some of the material has been placed.

c. During the quarter, Correspondence was conducted with WHO and the Vector Biology project regarding the possible provision of consultants to the Vallee du Kou study. Another possibility being pursued is a cooperative arrangement with the Niamey-based OCCGE Schistosomiasis research team.

5. Other Research Activities

a. STD Study - The material for conducting this study has finally arrived and the study will finally begin in January 1987.

b. During the quarter, six medical student research proposals were approved for funding and initial fund allocations remitted.

c. Correspondence on Guinea Worm Studies was also conducted during the quarter.

1) The project has been requested to provide support for the on-going study of Guinea Worm being conducted by Dr. Guigumde at OCCGE. The first phase of this study was funded by a research grant from the USAID-sponsored SHDS project.
2) A consultant has been requested from the Vector Biology project to help develop a research and control design for Guinea Worm in Burkina Faso.

d. Provincial Directors of Health were requested to provide their ideas for research topics during the Directors' Conference. Also, at this conference, a proposal for the creation of a Commission (or Committee) for Health Research was presented and discussed.

F. Other Activities

1. Preparation of the Activity Plan/Budget for 1987

Early in the quarter, the divisions of the DEP were asked to identify their proposed activities for 1987. After a discussion, these activities were assigned first to quarters and then subsequently to months of 1987. Costs of carrying out these activities were then estimated to provide the basis for the DEP 1987 Budget. Subsequently, a chronogram of activities was developed using the Microsoft Planning software package.

An evaluation of the 1986 DEP plan of activities was also carried out towards the end of the quarter.

2. Evaluation of the German Cooperation Project

As noted above, the CEPS Evaluation conference was planned in conjunction with the evaluation of the German Cooperation health project which is coordinated by researchers from the University Heidelburg. A considerable amount of effort by the DEP Planning Unit was devoted first to the CEPS conference in October and to planning and participation in the actual pre-testing and collection of data for this evaluation in December 1986.

3. Review/Integration of Provincial Health Plans

With the majority of provincial health plans now submitted to the DEP, a good deal of third quarter time was devoted to the integration of their

activities into the framework of the national health plan. A description of the Five Year Health Plan by province was developed and national and provincial plans proposed for 1987. These were prepared and discussed at the Directors' Conference in December 1986.

4. The DEP and TA Team Economists began work on the development of methodology for the detailed analysis of health service costs in Burkina Faso. The DAAF of the Ministry of Health and the Ministry of Territorial Affairs were identified as especially important resources in undertaking this task. It is also hoped that important information may be gleaned from the National Health Expenditure Study.

5. Monitoring of Five Year Health Plan Activities. Some difficulty is still being experienced with this reporting as project financial records are not always maintained in the desired form. As project Managers become familiar with requirements, reporting should become more punctual in future quarters.

6. Use of DEP Computers

   As noted previously, the principal users of the computer at the DEP are the Statistics and Documentation services to maintain and manage their bases.

   During the quarter, the TA Team COP and the Bilingual Secretary/Administrative Assistant also spent a considerable amount of time working with the Microsoft Project and Multimate Word Processing programs. It is envisaged that use of the latter program may be taught to the DEP secretarial staff next year when the additional new computers are obtained.

III. Liaison with Pragma/MCD

During the quarter, regular communication was maintained with the Pragma/MCD home offices through telex, telephone, and written correspondence. Administrative backing in financial reporting continues and a number of field information requests were answered during the quarter.

The home office was particularly busy this quarter with the recruitment of candidates for the COP position. Curriculum vitae of several leading candidates were forwarded to USAID/BF for review by USAID and the Ministry of Health.

During his visit to Washington in December 1986, the USAID/BF Director visited with home office personnel regarding this and other project matters.

The home office continues its contact with and support for the long-term training participants presently in the U.S.

IV. Liaison with USAID

Routine contact with USAID/BF during the quarter continued to be maintained through the Health, Nutrition, and Population Officer for project updates, financial and project progress reporting and with regard to the new project equipment order.

Support from the USAID Management Office continues and was particularly appreciated this quarter with the settling-in of the TA Team Economist and the departure of the COP.

Advice on financial reporting was received from the USAID-funded Sahel Regional Financial Management Project (SRFMP). A special new collaboration was observed between the SRFMP and the SHPC Project, with DEP and DAAF participation, at the seminar on inventory control. As a result of this collaboration, additional assistance to the Ministry in the important areas of financial and material record-keeping and control is being considered. Arrangements are also being made to test the applicability of the SRFMP-developed computerized financial management system to project needs.

V. Liaison with Other Departments/Organizations

A. Ministry of Health

As noted above, under project sponsorship, arrangements were made for the deputy head of materials at the DAAF to participate in the SRFMP seminar.

Special contact was maintained with all Central and Provincial Directorates during this final quarter of 1986 through the CEPS and Health Directors' seminars.

Assistance was again provided to the Secretary-General as requested documents were translated from English into French.

With the new impetus for health services research in the Boulgou province during the quarter, a substantial amount of collaboration was maintained with the Director and staff of the Ministry's Health Service Development Project (PDSS).

B. Ministry of Planning

Collaboration was maintained with this Ministry in several areas during the quarter.

a. Preparation of Project Descriptions - During the quarter, the preparation of detailed health project descriptions was completed.

b. A considerable amount of the DEP Economist's and other Planning Unit members' time was occupied with the monitoring of Five Year Plan projects.

Descriptions of projects for which funding is being sought and the quarterly progress reports will be used in the Ministry of Planning's multi-sectoral National Seminar For Donors, which is scheduled for the first quarter of 1987.

C. German Health Cooperation Project

As noted before, the DEP had extensive contact with this project through the preparation and implementation of the CEPS seminar and its evaluation of the German Health Project.

D. CUAM

A particularly close working relationship was established with this Italian-funded/non-governmental agency while developing the proposed Cost Recovery Research project in Boulgou Province.

E. Contact with Other Government and Donor Agencies in Preparation for Health Donor Conference

1. Presidence - Contact was made with both the agency responsible for large project follow-up (DISP) and the bureau responsible for following non-

government projects (BSONG) of the Presidency in preparing the health donor conference.

2. Donor Agencies - Over twenty-six donor organizations have been invited to the donor conference. Contact was made with these bilateral, multilateral, and private voluntary organizations while collecting project summary information for presentation at the conference.

VI. Problems Encountered

A. National/Regional Technical Exchanges

The problem of scheduling seminars in the Ministry of Health is again cited. Despite the date being proposed and accepted several months in advance by the Ministry for the Director and Donor Seminars, it was necessary to reschedule them three times due to conflicting government activities and corresponding commitments of Ministry officials.

B. Training

Delays have been experienced in the recruitment and selection of long-term candidates who are to begin their study programs in the fall of 1987. Of the three fellowships, only the one for the Administrator has a designated candidate. The search for a candidate for the Human Resource Planning fellowship is currently underway. The exact nature of the remaining fellowship has not yet been decided. Ideally, all candidates for long-term fellowships in 1987 would now be selected so they could begin their regular English courses no later than January 1987.

The departure of the Statistical Associate for short-term training in medical records and computer program use was postponed due to a lack of response from the desired training institutions. The institutions have again been contacted with as yet no response. An alternative study program will be sought if confirmation is not soon received for the proposed AMREF coordinated training.

C. Although the second computer has arrived, a problem persists with the 1 KV power supply received. Initially, the wrong UPS was sent. When this was returned to the U.S. and a replacement received, the second UPS was found to be defective. Correspondence is being made with the company in an attempt to resolve the problem without the costly shipping of equipment.

D. Delay in arrival of catalogs has hindered development of the first document order.

E. Although construction of the new building is still scheduled for completion in February, and progress continues, the rate at which construction proceeds in relation to the amount of work yet to be done raises questions as to whether the building can be completed and occupied by early March 1987.

VII. Projected Activities for the First Quarter of Calendar Year 1987

A. Administration/Management

Toward the beginning of March 1987, it is anticipated that the DEP will be transferred to the new office building. In preparation for this move, the required construction of tables and shelving for this building will be ordered.

B. Training

1. English Language training for DEP and related project personnel will continue during the first quarter of 1987.

2. The candidate for the long-term fellowship in Manpower Planning will be selected.

3. Information for writing the PIO/C for the Administration/Management fellowship will be prepared and submitted to USAID/BF. Prerequisite exams will be arranged to be taken, and an application made, to the MBA program at the University of Pittsburg for admission of the DEP Administrator in the fall of 1987.

4. The specific training needs, with regard to the remaining long-term fellowship, will be determined and recruitment/selection of the candidate undertaken.

5. The Statistical Associate will begin a short-term training in computer software and medical records management.

6. The Epidemiology and Biostatistics students will continue their long-term training in the U.S.

C. Health Information System

1. Health Data Collection System

The country's revised data collection system will be inaugurated in 1987. Supervisory visits will be made to various provinces during the first quarter to monitor progress and/or difficulties encountered in adoption of the new system. Printing of the new registers for the maternities will also take place during the quarter.

Using quarterly report data from 1986, new tables will be developed, programmed and generated to describe the status of population health and health services in Burkina Faso. Steps will also be taken to prepare data entry procedures and programs for 1987 data from the revised Data Collection Forms. Finally, the new Rode/PC Data Entry Program will be tested/mastered and used for entry of data into the computer.

2. Information/Documentation Center

During the first quarter of 1987, data sheets will be developed for collection and input to the RESADOC information network of the Institute of the Sahel.

Work will continue on development of the computerized bibliographic data base and the training of DEP Documentalists in data entry will commence.

The first order for technical documents for the Documentation Center will be finalized and placed.

The workplan of the Documentation Center for 1987 will be revised in light of increased staff and adjusted priorities. During the next quarter, the Fourth Bulletin of Epidemiology and Health Information will be published and distributed.

3. Bulletin of Epidemiology and Health Information

During the first quarter of 1987, the second meeting of the expanded editorial committee of the Bulletin will take place and the Fourth Bulletin of Epidemiology, as noted above, issued to health facilities and health workers of Burkina Faso.

D. National/Regional Conferences/Exchanges

1. DEP-Sponsored Health Donor Conference, 5-6 January 1987

This seminar, to which 25 - 30 donors are invited, will be held in Ouagadougou at the CEAO Minister's conference room.

2. Workshop for New Provincial Directors on the Techniques and Methods Used in Health Planning

A special workshop is planned for those Provincial Directors who have been recently appointed to their posts and have not had previous experience in planning provincial health activities.

3. Observation Visit of Maternal Mortality Study Group to Obstetrical and Maternity Services in The Gambia

This government to government technical exchange is tentatively programmed for the end of February 1987.

4. During the quarter, preparations will be made for the first 1987 Directors' Conference which is scheduled to be held during the first week of April 1987.

5. Correspondence and plans will be made during the first quarter for sponsoring the attendance of the Secretary-General and the DEP Director at an international conference during the second quarter of 1987.

6. Planning will also take place in the quarter for a DEP statistics team visit to Niger during the second quarter to observe their automated health information system.

E. Construction

As noted earlier in the report, construction of the new DEP office building is scheduled for completion in February 1987.

F. Operational Research

1. Maternal Mortality

The second field phase of this countrywide study will take place during January 1987. As noted above, the principal investigators of the study will visit The Gambia during the month of February 1987.

Also programmed for early in the quarter is an analysis and preparation of the report on the study of Maternal Height and Risk of Difficult Pregnancy.

2. Analysis of Health Expenditure Study

During the first quarter of 1987, data from this survey will be examined for its utility in estimating health costs.

Provincial data judged to be unreliable will be discarded and the analysis limited to those provinces where data collection was studiously monitored. Data from these selected provinces will be entered into computer files for analysis.

3. Guinea Worm Research and Control

a. Sponsorship of OCCGE Research - It is anticipated that the project will provide funding to the on-going SHDS-sponsored research study on Guinea Worm conducted by investigators from OCCGE.

b. An international consultancy on Guinea Worm Control and Eradication is currently being programmed for the month of February 1987. As a result of this consultancy, it is expected that an operational research proposal will be developed by the Ministry of Health.

4. Schistosomiasis

a. The Oubritenga Study involving Village Health Workers and use of Chemotherapy, will begin in January 1987.

b. A consultation in Schistosomiasis on the proposed disease control study in the Vallee du Kou is expected to take place during the first quarter.

5. Boulgou Test Zone

A great deal of emphasis, particularly by the economists, will be given to the proposed Cost Recovery research project in this province. The research protocol will be finalized and the necessary order/purchase of equipment will be made. Participation of the community in deciding on local methods of cost recovery is considered essential to the success of this research project. The DEP and TA Team Economists will be responsible for the coordination of this study.

6. During the quarter, the long-awaited STD penicillin resistance study is scheduled to begin.

7. Sponsorship of the approved medical student thesis subjects will continue into the first quarter of 1987.

8. Following presentation and discussion of research topics suggested by provincial health officers at the Directors' Conference, a priority list will be established for follow-up.

G. Other Activities

During the first quarter of 1987, the following major activities will be carried out by the DEP:

1. Monitoring of Five Year Health Plan Activities.

2. Participation in meetings/Committees of Other Health Directorates and Ministries.

VIII. Administrative Plans

During the fourth quarter, the Chief of Party left the project and replacement candidates for the COP post were recruited and interviewed. R and R leave was begun by the Health Planner and the Information Management Specialist. The Bilingual Secretary/Administrative Assistant began her annual leave.

During the first quarter of 1987:

- the new Chief of Party will be named and assume responsibility for the project.
- the Information Management Specialist will return from R and R leave.
- the Health Planner will return from R and R leave in January 1987.
- the Bilingual Secretary/Administrative Assistant will return from annual leave.

IX. Conclusion

As the project completes its second year, progress continues toward major project goals. The continuing commitment to the project of both the U.S. and Burkina Faso governments is again noted. New project funds allocated in previous quarters have become available for purchasing necessary equipment and for the long and short-term training of DEP and other Ministry personnel. The participation of the Burkina Faso government is especially cited in the assignment of a second documentalist to the DEP and in its sizeable second year contribution of 1.9 million FCFA to the operating costs of the project.

The COP/Project Manager expresses his appreciation to all parties for their cooperation and wishes the project continued success in establishing and reinforcing a systematic planning approach to the health problems of Burkina Faso.

(PN-AAI-210) 53

ANNEXES DE

Fourth Quarterly Report

QUATRIEME RAPPORT TRIMSTRIEL

octobre 1986 - decembre 1986

Projet de Renforcement de la Capacite de la Planification des Services de Sante du Ministere de la Sante
Burkina Faso

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

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 TRTELCOR 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 P P E N D I C E S

1. TA Team Technician Reports

2. Evaluation Conference (CEPS)
   a. Program
   b. Materials Presented

3. Statistics Training Workshop
   a. Training Workshop Schedule
   b. New Forms - CSPS/Dispensary/Maternity
      - Medical Center
      - Provincial Directorate
   c. Statistical and Epidemiologic Guide
   d. Tables of National Level Health Indicators
   e. Ranking of Provinces by Personnel and Infrastructure
   f. Annual Infrastructure Report
   g. "Fiche d'Identité" for each Health Facility
   h. "Guide" and other PSP Documents
   i. Model of Maternity Register
   j. Model of Weekly Provincial Report Form with Calendar
   k. Model of an Intermediate Form for Hospitals
   l. Models of Nutritional Surveillance Forms
   m. Workshop Evaluation Form
   n. Workshop Evaluation Results
   o. Test, and Test Results concerning the Calculation of Indicators (from Ouagadougou workshop)

4. Directors' Conference
   a. Program
   b. Materials

5. Donor Conference

6. Other Reports
   a. Report on Typist Training
   b. Trip Report of Economist

TA Team Technician Reports

Dr. Jack Finlay, Team Leader
Activities and Accomplishments
October - December 1986

During the fourth 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.

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

1. Coordinated the development of the DEP Plan of Activities for 1987 and preparation of the detailed annual Budget for its implementation.

2. Collaborated in coordinating the preparation of the Second Annual Conference for Health Sector Donors.

3. Participated in the preparation of the Second 1986 Conference for Central and Provincial Directors of Health.

4. Reviewed and revised certain job descriptions of DEP staff.

5. Corresponded with institutions in search of short and long term training for DEP and other Ministry personnel.

6. Employed Microsoft Project and Multimate Advantage Computer programs in the elaboration of the DEP activities and budget.

The TA Team Leader left the project at the end of his Contract on the 16th of December 1986.

Gail a. Kostinko
Information Management Specialist
SHPC Project

Activities and Accomplishments
Fourth Quarter 1986

Activities of the documentation center this quarter included the following:

-A second documentalist has joined the staff of the DEP as of December 1st. The documentalist received his degree from a French university where he studied bio-medical information and documentation techniques.

-The documentation center computer was installed this quarter and the information management specialist has been developing the bibliographic data base system using the software packages SCI-MATE and MULTIMATE. Because of the problems with the UPS (uninterruptible power supply) intended for use with the computer - first, a 120v rather than 220v UPS was shipped and had to be returned; secondly, the replacement unit which arrived malfunctioned and the problem has yet to be resolved - the amount of computer time available to the information management specialist has been limited. Nonetheless, work on the bibliographic data base system is advancing . The information management specialist is finalizing input and output formats and routines. Also, a list of approximately 450 descriptors used thus far for indexing documents has been entered and a report format generated for the list. The list should aid the DEP documentalists in the technical processing of materials. The next step to be taken with the descriptor list is to define major "cluster groups" and assign each descriptor to a group. This is a major task which the information management specialist will begin during the next quarter. The work being done on the descriptor list is described in information processing terms as developing a controlled vocabulary and thesaurus for technical processing.

-Cataloging of materials in the documentation center has advanced satisfactorily this quarter. As of the end of November, 419 documents have been cataloged. (This is the total number of documents cataloged during 1986.)

-Work was begun on integrating selected project dossiers from the DEP Director's files into the Planning Service file system.

-During this reporting quarter, the DEP documentalist's time has been largely devoted to a government-wide archiving project. The documentalist has been a member of the Ministry of Health team charged with retrieving, cleaning (many of the archives have been stored in conditions such that they are infested with

insects, covered in dust, etc.), and sorting all archival files throughout the Ministry. The National Archives is expected to take charge of these materials. Within the DEP, the documentalist and the information management specialist carried out a general inventory of the contents of all filing and storage cabinets. The results of this inventory will be presented to the National Archives.

-The DEP documentalist visited the OCCGE documentation center in Bobo-Dioulasso this quarter; information on the DEP documentation center's cataloging system, descriptor list, data input format and plans for the bibliographic data base were subsequently sent to the OCCGE center.

-Approximately 700 copies of the third issue of the BULLETIN D'EPIDEMIOLOGIE ET D'INFORMATION SANITAIRE were distributed this quarter. There have been a number of encouraging responses to the BULLETIN thus far. Exchange agreements for appropriate publications and documents have been made with: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE; CENTRE DE RECHERCHES POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL; ORGANISME DE RECHERCHES SUR L'ALIMENTATION ET NUTRITION AFRICAINES (ORANA). The RESADOC project has also responded favorably to the BULLETIN and the Washington, D.C. based newsletter "INTERNATIONAL HEALTH NEWS" featured a note on the BULLETIN in their new publications column. This type of "publicity" was the direct result of the documentation center's efforts to widely disseminate the BULLETIN.

The in-country response to the BULLETIN has only been verbal thus far (with the exception of one letter from a CSPS in Manadaga, TAPOA) but has also been positive.

Problems encountered this quarter:

-In addition to the computer equipment problems already noted in this report, there has been another delay in the compilation of a list of technical documents to be ordered for the documentation center. The task of compiling the list has been hindered by the delay in the receipt of reference catalogs which list such material. These catalogs were ordered in July and only one has yet to be received. The problem appears to be situated at the post office as the supplier has sent assurances that the materials were shipped air-mail.

Activities planned for the next reporting quarter:

-The DEP documentalist should be able to begin preparing data sheets for input to the RESADOC system. A letter from RESADOC was received this quarter requesting input from the DEP documentation center, given the documentalist's participation in the RESADOC training seminar last April.

-The information management specialist will continue work on the bibliographic data base. Training of both documentalists in data entry will begin as well as work on the controlled vocabulary and thesaurus.

-The technical publications order should be submitted.

-Given the assignment of a second documentalist to the DEP, a certain amount of training in DEP documentation center procedures will be required as well as revision of the documentation center work plan which will take into consideration the new personnel configuration.

The information management specialist will be on leave December 15 - January 7.

Dr. Abraham Bekele, Economist
Activities and Accomplishments
October - December 1986

Accomplishments During the Fourth Quarter (Oct - Dec 1986)

1. Visits to national and international development agencies:

During this quarter the following agencies were contacted and discussions were held to explore possible areas of collaboration for exchange of information and resource mobilization for the various activities of the economist.

NATIONAL	INTERNATIONAL
DAAF (Mini-Sante)	WHO
BUREAU OF THE BUDGET	UNICEF
PROVINCIAL ADMINISTRATION	GTZ/SVA
BUREAU DE SUIVI (ONG's)	The Dutch Mission
BUREAU DE SUIVI (Presidency)	ITALIAN MED MISSION
DPS (Boulgou Province)	FAO (in Boulgou Province)
ORD (Eastern Region)	WORLD BANK
ORD (Boulgou Province)	MISSION FRANCAISE
MINI-PLAN (Boulgou Province)	

2. Development of Methods for Estimating Cost of Primary Health Care in Burkina Faso.

The relevant theoretical concepts and instruments of measurement of costs of health care were discussed with counterpart. Alternative options of carrying out the actual estimation were identified with the collaboration of the counterpart. Data from the nine provinces in which German assistance has been in effect for several years has been selected as the basis for the estimations. Discussions were held with the German group for access and use of their data. A field trip to the provinces was planned.

Unfortunately, during this quarter the German group was occupied with evaluation of its program. The Director of the program was out sick for part of this period; and the financial administrator was on vacation for part of the quarter. Thus, field trips had to be postponed to the first quarter of 1987.

3. Cost Recovery Studies in Boulgo Province.

This activity was planned before the arrival of the economist. The origional plan envisaged that resources for this study would be available from the World Bank financed health project. Boulgou province (the test zone) would be divided into four sub-zones. The cost recovery schemes to be tried were sale of drugs, user-fees for consultation, and a combination of sale of drugs and consultation fees. These schemes were to be tried in three different sub-zones. The fourth sub-zone was to be left alone as a control area.

Before the arrival of the economist decisions were made at high levels of the GOB not to use World Bank loan for technical assistance and the cost recovery study. To study the desireability of the study and make recommendations to the GOB, a commission in which the economist and his counterpart are members was appointed. This commission met three times during the quarter and agreed upon a shedule of work. The economist was asigned to develop the schedule and the terms of reference of the study. In order to develop the terms of reference of the study two field trips to the province have been made.

Major accomplishments of the economist include:

a. Convincing the commission to change the study approach. The study would now be based on "Bottom-up" planning in which the community served would be involved in the choice and planning of the cost recovery schemes, implementation and supervision of the schemes, and the management of the revenues collected.

b. The study would be preceded by a reasonably thorough survey of the health care needs and resources of the province, official and traditional sources of authority, organised community activities, and potentialy useful economic development activities. This survey is about two-thirds finished.

c. In the event that World Bank funds are not available for the conduct of this study efforts are made to mobilize other sources of funds and other required inputs. To this end contacts have been made with the DPS of the province, ORD, the province's bureau of the Ministry of Plan, the Italian Medical Mission in the province, and the FAO Integrated Rural Development project in the region. Assurances of close collaboration from all the above have been obtained. The Italian Medical Mission and the FAO project have indicated their willingness to consider our proposals for budgetary and related support.

c. In addition to exploiting existing resources, the study would explore all possibilities of utilizing relevant community organizations not only for the conduct of the study but also for financing health care activities To this end ways and means of involving the "Groupement Villageois" in financing health care is being actively explored.

d. Contributed to the couterpart's understanding of the varinus concepts and schemes of health care financing. Made available to couterpart relevant literature on the subject.

4. Documentation of Sources of Information on Health Care Expenditure.

Visits have been made to DOOH, the Bureau of Provincial Administration, the Bureau of the Budget. Some data have been obtained on allocations and to a lesser extent on actual expenditures. The available data is very incomplete and would necessitate considerable number of man-days to complete. This activity is temporarily discontinued for lack of man-power

5. Participation in Evaluation Seminar.

The economist participated in a week long seminar on evaluation of primary health care programs, and had the opportunity to make contributions by elaborating relevant concepts of economic and financial indicators of program performance.

6. The Second Annual Conference for Health Sector Donors

The economist participated in the data collection on donor assisted health care projects, and took full resposibility in the computer analysis of the data. This task is now accomplished.

7. The Semi-Annual Conference for Central and Provincial Directors of Health Services.

The economist and his counterpart participated actively in this conference, and were available to elaborate issues concerning economic and financial aspects of project planning and evaluations.

ACTIVITIES FOR THE FIRST QUARTER (JAN - MAR 1987)

1. Cost Recovery Study.
   - Finish the baseline survey.
   - Obtain firmer assurances of collaboration from the various organizations previously contacted.
   - Develop terms of refernce of the study.
   - Make two to three field trips to Boulgou.
   - Identify the sub-zones where the different schemes would be tried.

2. Estimating Costs of Primary Health Care.
   - One field trip to the German financed health project zone.
   - Preliminary analysis of already existing data.
   - Identification of additionally needed data.
   - Report on analysis of existing data.

3. Sources of Information of Heath Care Expenditure.
   - Search for additional man-power to assist in the data collection.
   - Analyse data readily available in the files of DAAF.

4. Seminars.
   - Participate in the Second Annual Conference of Donors.

5. Training of Counterpart.
   - Order literature on economic and financial anaysis of health care activities.
   - Introduction to statistical methods of cost analysis.
   - More discussions on health care financing schemes.

Accomplishments During the Fourth 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. Following the revision of the forms in the third quarter, final versions were prepared and sent to the printer in late October.

2. A Statistical and Epidemiologic Guide for the Provincial Directors and other health personnel was prepared for use in the training sessions.

3. Two training sessions were held: one in Ouagadougou from November 24 to 28, and the second in Bobo Dioulasso from December 8 to 12. About 55 people from 22 provinces were trained in Ouagadougou and about 35 people from 8 provinces were trained in Bobo Dioulasso.

4. Further analysis of data to give some preliminary values for health indicators was done using the first two quarterly reports. A separate analysis, using data from the Annual Infrastructure Report was done comparing the status of the 30 provinces from the point of view of facilities and personnel per capita.

5. Finalized next computer order for four more computers, IBM PC/XT's, which should arrive about the time the new building is completed, around March, 1987.

6. George Kaboré attended a seminar on organizing and planning for computerized operations. He gained a good perspective of the problems involved in computer operations, and is beginning to think about requesting the assistance of a consultant. The consultant's job would be to help the Ministry of Health do some overall planning relative to the use of computers to improve management and planning.

B. Epidemiologic Bulletin

1. The first meeting of the editorial committee was held, and numerous suggestions of topics for articles were made. For the next issue Dr. Tiemtoré plans to do an article on trypanosomiasis; Dr. Sawadogo plans to do an ob-gyn article on what to do with women with previous cesarien sections (and perhaps other risk factors), and Dr. Sombié and I will write up guidelines for the acceptance of unsolicited articles.

C. Operational Research

1. Consumer expenditure study - Data analysis was begun. Only a small portion of the data (from about 5 of the 30 provinces) appears good enough to merit full analysis.

The reason for the poor data is probably that the scope of the study was too large. Even after our advice to greatly reduce the scope of the study (from 30 clusters per province to only 5 clusters per province), the study design was still too ambitious. In particular, it would probably have been better to designate three or four periods of one or two week recall during the year, rather than to try to continuously record costs for a full year. One additional problem that prevented a better start-up of the study was that it began at the same time that the "One Village - One Health Post" campaign was just getting underway.

2. Maternal mortality / High risk pregnancy studies

a. Maternal height as a risk factor - Preliminary results of the analysis show that (1) height is definitely a risk factor for cephalo-pelvic disproportion, and (2) that Burkinabe women are taller than some other African populations. The results of the study are already being 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; instead of 150 cm as the criteria, a new cutoff limit of 152 cm will be used. A final report of the study is being written.

b. Maternal mortality - The field phase of the study began, using two teams of two surveyors each. Each team spent four weeks in the field, from November 19 to December 12, visiting a total of twelve provinces. The twelve chosen provinces are a geographically stratified, random sample.

A second round of visits to the same twelve provinces will be done between January 19 and February 13.

A medical student, Alfé Dabiré, has joined the study team, and will work on the study as his thesis.

c. The proposal to visit The Gambia by Dr. Sawadogo, Cdc. Adjibadé and myself has been accepted by the Director of Health Services of The Gambia, and by the Ministerial level committee of Burkina's MOH. So only the scheduling of the visit and formal correspondance remain. Tentative dates for the visit are the week of Feb. 23.

3. Schistosomiasis -

S. hematobium in Oubritenga Province near irrigation projects - Preparations are going forward for the study in Ziniaré. Mme. Kadydiatou TRAORE, the principal

investigator, is a pharmacist/biologist and medical school faculty member. The pretest for the survey was done the week of December 15. The study proper will begin in January.

S. mansoni in Houet Province in the Vallée du Kou - A formal request was made for a consultation by OCCGE's Schistosomiasis laboratory in Niamey. Procurement of kits for S. mansoni testing was begun through WHO channels. Dr. Blaise SONDO, principal investigator and Provincial Director, prepared a first draft of a protocol for the study.

4. Several funding requests were received from the medical school, and six students are receiving support for their thesis work. The subjects of their theses are:

a. the sensitivity of P. falciparum to 4-amino quinoleines by in vivo testing

b. the epidemiology of dracunculiasis

c. psychiatric care in Burkina Faso

d. surgery and public health - the Burkinabe point of view.

e. low birth weight infants - risk factors and prevention

f. urinary schistosomiasis in the Bam Province

5. Continued working with several medical students as advisor re. study design and statistical analysis for their theses.

6. Infant mortality - A model for a new maternity register has been prepared and enough copies have been made to register about 600 births. The new format will be tested in Ouagadougou and in two provinces. UNICEF will oversee the testing in Tapoa and Sanmatenga, and the DEP and the DSME will be responsible for the testing in Ouagadougou.

7. Most of the laboratory material for the sensitivity testing of Nisseria gonorrhea has arrived, and the study should begin in the first quarter of 1987.

8. During the meeting of Provincial Directors, requested suggestions from them concerning topics for research, and proposed the creation of an interministerial committee to coordinate operational research and help set priorities.

PROJECTED ACTIVITIES FOR THE FIRST QUARTER OF 1987

A. Health Data Collection System

1. Complete the programming for at least 20 tables for the first computerized annual report.

2. Try out the new Rode/PC data entry program and train George Kaboré and Bernard Guirma in its use.

3. Help George Kaboré and Bernard Guirma prepare for data entry of data from both the revised quarterly report and the annual report on health personnel and infrastructure.

B. Epidemiologic Bulletin

1. Second 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 February 15.

C. Operational Research

1. - Finish the field phase of the maternal mortality study.
   - Visit The Gambia.

2. Completion of the analysis of the study of maternal heights and writing the report.

3. Begin the STD study re N. gonorrhea sensitivity.

4. Complete the trial of a model standardised maternity register, and send the final version to the printer.

5. Begin the schistosomiasis studies.

6. Begin work on a protocol for a study of dracunculiasis, possibly involving a drug trial of Ivermectin during the disease's incubation period. Such a trial would probably be done in late 1987.

7. Continue working with medical students.

8. Choose one of the topics suggested by the provincial directors as a research project.

PROJECTED ACTIVITIES FOR THE FOURTH QUARTER OF 1986 AND WHETHER THEY WERE DONE

A. Health Data Collection System

1. Printing of the new reporting forms - YES.

2. Preparation of training materials and a statistics guide - YES.

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

4. Production of a set of output tables using data gathered on the new forms from the first two trimesters - PARTIALLY done; only a small number of tables were produced.

5. Begin work on computerisation of the data on health personnel and infrastructure - NO.

Design of a "fiche d'identité" for each health facility - YES, however the fiches will be left at the province level, and computer input will be performed from the revised annual infrastructure report.

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 - YES.

2. Get the fourth issue of the bulletin out before December 31 - NO.

C. Operational Research

1. Begin the maternal mortality study - YES.

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

3. Presentation of the maternal height data and other criteria to the Provincial and Central Directors, Dec. 16-19 - YES.

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 - DESIGN COMPLETED; trial beginning.

5. Prepare for the schistosomiasis studies, and field test the methodology for the study in Oubritenga. Get all necessary supplies and equipment - ALMOST; supplies and equipment are being ordered, but have not yet arrived.

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

PROJET DE : RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DE PLANIFICATION DU MINISTERE DE LA SANTE.
BURKINA FASO - USAID - 686-0251

OUAGADOUGOU, le 5 Déc. 1986

RAPPORT TRIMESTRIEL DE L'EXPERT EN PLANIFICATION SANITAIRE.

Dr. Evariste MIDY, MD-MPH

Trimestre : Octobre - Novembre - Décembre 1986.

Comme prévu, le trimestre a été dominé par d'intenses activités en vue de la préparation de plusieurs séminaires et réunions techniques qui avaient été prévus durant le mois de Décembre.

Il s'agit :

- Du séminaire de formation des Agents de Statistiques ;
- Du séminaire de formation des membres de la Commission d'Evaluation des Projets de Santé (CEPS) dans ses parties théoriques et pratiques ;
- Du 2ème séminaire annuel des Directeurs Centraux et Provinciaux de la Santé ;
- De la deuxième réunion des Partenaires du Ministère de la Santé.

1. SEMINAIRE DE FORMATION DES AGENTS DE STATISTIQUES :

Quoique n'ayant pas la responsabilité directe de l'organisation et de la tenue de ce séminaire, la participation de la Planification dans sa préparation a toutefois eu son importance. Nous avons dû assister à un certain nombre de réunions avec les responsables notamment pour des discussions sur le programme du séminaire et surtout pour l'élaboration du document intitulé : "Guide d'information statistiques et épidémiologiques à l'usage des Directeurs Provinciaux et des autres Agents de Santé".

.../...

42

Il s'agit d'un document très intéressant qui devra entre autres, rendre beaucoup de services aux Directeurs Provinciaux de la Santé dans l'élaboration de leurs plans annuels. On voit tout de suite pourquoi ce document a retenu notre plus grande attention.

2. SEMINAIRE DES DIRECTEURS CENTRAUX ET PROVINCIAUX DE LA SANTE :

La préparation de ce séminaire a nécessité un effort particulierement intense du service de planification. Des documents très importants devraient être préparés ou mis au point pour être utilisés au cours du séminaire. Il s'agit notamment :

a) Des Plans quinquennaux par Province ;

b) Des Plans Annuels pour 1987 pour le Ministère de la Santé et par Province.

L'élaboration de ces documents a occupé la quasi-totalité de notre temps au cours du trimestre et s'est avéré particulièrement laborieuse. Elle a nécessité le dépouillement des plans envoyés par les 30 provinces elles-mêmes pour la période quinquennale et pour l'année 1987, la réconciliation, l'harmanisation de ces documents entre eux et avec les previsions de la commission sectorielle du Plan Quinquennal. S'agissant du Plan Annuel, il nous a fallu voir chacun des Directeurs Centraux de Santé et discuter avec eux, étudier et analyser les plans annuels élaborés et envoyés par les Directeurs Provinciales et essayer de les coordonner avec les programmes centraux. De toutes façons, ce travail est encore en cours jusqu'à cette heure et s'est avéré particulièrement complexe. Beaucoup d'informations font encore défaut et le prochain séminaire constituera une occasion particulièrement propice pour recueillir des Directeur provinciaux certaines informations importantes et nous entendre avec eux. Certainement, il va falloir revenir encore là-dessus au cours du trimestre prochain. Quant au séminaire lui-même, sa date a dû être reportée en trois fois, ce qui, malheureusement nous empêchera de pouvoir y prendre part, la dernière date arrêtée se situant au cours de la période de notre congé annuel. Nous nous arrangerons toutefois pour produire avant notre départ tous les documents qui nécessitaient notre intervention et les laisser au Directeur de la DEP et à notre homologue, le Directeur du Service de Planification qui sauront certainement les utiliser à bon escient.

.../...

3. SEMINAIRE DE FORMATION DES MEMBRES DE LA CEPS

Nous avons eu déjà à faire mention de cet important séminaire et de son organisation en deux étapes, dans notre dernier rapport trimestriel. Le séminaire a effectivement débuté au cours de la semaine du 20 Octobre. Le document préparé par nous pour l'exposé de la phase théorique : "Principes généraux d'Evaluation de Projets et Programmes de Santé" a été bien apprécié. Nous avons ensuite été appelé à participer à l'organisation et aux activités d'un comité restreint chargé de définir les termes de référence et d'élaborer le projet de questionnaire de l'évaluation d'un projet de santé. Cette évaluation qui devait être réalisée en coopération avec la GTZ/SVA dans l'aire du projet de santé Burkinabè - Allemand devait servir d'exercice pratique pour tous les membres de la CEPS. Les activités préparatoires à cette évaluation et qui sont encore en cours ont mobilisé notre énergie durant de longues semaines et ont été particulièrement intéressantes et instructives. La dernière activité à la quelle nous avons pris part en l'occurence a été une journée de travail dans la province de d'Oubritenga, en vue de tester le questionnaire préparé. Cette journée a été particulièrement intéressante et riche en observation. Malheureusement, la grande partie des membres de la CEPS, composée surtout de Directeurs Centraux, n'a pas pu participer pleinement à toutes ces activités. Et nous sommes encore à nous poser la question que nous avions soulevée lors de la création de la CEPS. Etant donné les besognes nombreuses et diverses à abattre par les Directeurs Centraux qui les rendent très souvent indisponibles pour un temps plus ou moins prolongé, est-ce qu'il est reellement indiqué de les avoir comme membres de la CEPS. Nous nous proposons de soulever encore le problème en temps opportun, car c'est important. De toutes façons les activités préparatoires sont présentement à leur phase finale. Avec l'assistance de la GTZ/SVA les termes de référence ont été bel et bien établis, le questionnaire mis à point. Après le test de ce questionnaire, nous prévoyons que l'évaluation elle-même sur le terrain peut se dérouler du 8 au 13 Décembre prochain.

Pour cette évaluation, nous beneficierons de l'assitance et de l'expérience des professeurs Diesfeld et Reitmaier de l'Université de Heidelberg, Allemagne de l'Ouest.

4. REUNION DES PARTENAIRES DU MINISTERE DE LA SANTE :

Une partie de notre activité a aussi été consacrée à la préparation de cette réunion, soit pour des discussions concernant le

programme, soit pour la préparation de certains documents. Cette réunion qui avait été fixée pour la fin du mois de Novembre a dû elle aussi être renvoyée en fin de compte à une date ultérieure, non encore precisée probablement au début de l'année prochaine. Ici encore, ce renvoi imprévu nous privera, malheureusement de l'opportunité de participer à cette réunion des Partenaires du Ministere de la Santé, ce qui est bien dommage !

4°- Consultations spéciales :

Au cours de ce trimestre, nos avis et commentaires ont été spécialement sollicités par la Direction de la DEP dans trois circonstances différentes ;

4.1. Le Document sur la Cellule de Suivi des PSP

Ce document a été expédié à la DEP pour avis et commentaires par le Sécrétariat Général du Ministère. Il concerne la mission et l'organisation d'une cellule spéciale créée au niveau du Ministère en vue du suivi de l'évolution des Postes de Santé Primaire, à la suite de l'execution du projet : "Un Village, un PSP". Nos commentaires sur ce document ont été formulés dans une lettre au Directeur de la DEP dont copie est jointe au present rapport.

4.2. Projet d'appui au Developpement Sanitaire des Provinces du Houet, de la Comoé et du Kenedougou :

Ce projet, rédigé par le FAC a été expedie à la DEP pour analyses. C'est un projet très important qui comporte plusieurs aspects differents. Il importe toutefois de bien l'integrer dans le cadre déjà existant du Ministere de la Santé et dans l'ensemble des projets du Plan Quinquennal de Santé. Nos remarques et observations ont surtout tenu compte de ce point de vue, car le projet en soi est, en général bien conçu et bien équilibré. Nous joignons au présent rapport un résumé de notre analyse.

4.3. Le Document : "Tâches et Organisation d'une Direction des Etudes et de la Planification". (DEP).

Ce document, comme son nom l'indique concerne la mission et l'organisation des "DEP" au niveau des differents départements Ministériels ; il a été rédigé par le Ministere de la Planification et du Développement Populaire. Il est certain que le Kiti de Janvier 1986 portant création des DEP a été bien inspiré. Quand on pense à la

../....

45

planification, il faut règlementer et organiser le processus de planification au niveau des divers secteurs de développement socio-économique, d'où la nécessité d'avoir des organes de planification au niveau des différents départements Ministériels. Le Kiti, mentionné plus haut répond donc à cette nécessité. Maintenant, il s'agit de bien définir la mission des DEP, leur organisation au sein des Ministères à côté d'autres structures qui existaient déjà auparavant. C'est ce qu'a fait le document : "Tâches et Organisations d'une Direction des Etudes et de la Planification".

Au Ministère de la Santé, nous avons cet avantage que notre DEP a existé bien avant la parution du Kiti de Janvier 1986 - Bien plus notre DEP bénéficie aussi depuis Janvier 1985 d'une assistance technique grâce au "Projet de Renforcement des Activités de Planification du Ministère de la Santé" avec le financement de l'USAID. C'est donc fort de cette expérience que nous avons cru devoir présenter, sur la demande de la Direction, nos commentaires au sujet du dit document. Vous trouverez ci-joint le texte élaboré à l'attention du Directeur de la DEP.

5. <u>PREVISIONS POUR LE PROCHAIN TRIMESTRE</u> :

Comme nous l'avons souligné plus haut, deux réunions importantes doivent encore se dérouler dans le cadre des activités prévues pour ce trimestre. Il s'agit du séminaire des Directeurs Centraux et Provinciaux de Santé et de la Conférence des Partenaires du Ministère de la Santé. Le report en trois fois de la date de ces deux réunions nous a privé de l'opportunité d'y prendre part ; c'est fort malheureux et nous le regrettons bien ! Nous devons en effet bénéficier de notre congé annuel à partir du 15 Décembre prochain. Nous avons cependant tenu à préparer tous les documents relevant de notre responsabilité et qui concernent ces deux réunions, avant notre départ. Par ailleurs, nous laisserons une note spéciale au Directeur de la DEP et à notre homologue, le Directeur du service de la Planification, sur toutes les questions que nous voudrions traiter avec les Directeurs Centraux et Provinciaux de la Santé, à l'occasion du séminaire.

Nous comptons reprendre service à la DEP LE 26 Janvier 1987. Nous continuerons, à ce moment-là à travailler et à affiner le plan annuel 1987. Dans cet ordre d'idées, nous avons aussi prévu un séminaire spécial sur la planification à l'intention des plus jeunes Directeurs Provinciaux de la Santé dès les premiers mois de l'année. Si le temps nous le permet, nous prévoyonsde réaliser aussi des visites

dans les principales provinces du pays ! Car l'année 1987, c'est notre dernière année d'activités dans cet intéressant projets d'assistance technique. Tout en poursuivant et en approfondissant notre action, nou voudrions qu'elle soit aussi autant que possible une année de consolidation des activités réalisées au cours des deux années antéreures.

Evaluation Conference (CEPS)

a. Program

b. Materials Presented

BURKINA FASO

MINISTERE DE LA SANTE

-oooooooooOOOoooooooo-

BULLETIN D'EPIDEMIOLOGIE ET D'INFORMATION SANITAIRE

SOMMAIRE :

- La Méningite : Epidémiologie, Traitement et Prévention..... P. 1
- Prévention de la mortalité maternelle..... P. 5
- Séminaire sur la révision des Fiches Statistiques..... P. 8
- Sommaire de la revue "Developpement et Santé"..... P.10

NUMERO 3

OCTOBRE 1986

44

REDACTION

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

SERVICES DES STATISTIQUES / CENTRE DE DOCUMENTATION

MINISTERE DE LA SANTE

B.P. 7009

OUAGADOUGOU - BURKINA FASO

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

LA MENINGITE : EPIDEMIOLOGIE, TRAITEMENT ET PREVENTION

1°) EPIDEMIOLOGIE : Burkina Faso, 1939-1986

Depuis les années Quarante, on peut tracer les grandes épidémies de méningite qui ont eu lieu environ tous les 12 ans, avec des pics en 1945, 1957, 1970 et 1984 (voir figure 1).

Ces épidémies sont dûes largement à la Neisseria méningitidie souche A, mais la souche Cest souvent présente. Il y a aussi même en période d'épidémie, un certain nombre de cas dûs aux autres germes tels que les pneumocoques et hémophilus influenzae.

Les pics arrivent toujours en saison sèche (voir figure 2) et les épidémies se cassent avec les premières pluies de Mai ou de Juin. La tranche d'âge la plus affectée est celle des enfants de 5 à 14 ans.

L'épidémie la plus récente a été observée en 1984. Elle a été la moins grave, à cause de l'utilisation du nouveau vaccin bivalent contre la méningite à méningocoque souches A et C.

Ce vaccin a été mis au point pendant les années 1970, et a été pratiqué pour la première fois au Burkina en 1979.

De 1981 à 1984, environ 500 000 doses du vaccin ont été administrées chaque année pendant la période d'épidémie. Le grand pic de vaccination observé en 1984 représente ces doses, auxquelles il faut ajouter environ 2,5 Millions de doses de vaccins pratiquées pendant la Vaccination Commando à la fin de l'année.

Si la Vaccination Commando n'avait pas eu lieu, il est possible que l'incidence en 1985 aurait pu monter plus haut qu'en 1984. Mais depuis la Vaccination Commando, très peu de vaccinations antiméningococciques ont été pratiquées.

2°) TRAITEMENT :

Dans le temps les sulfamides à action retard (Fanasil, Sultirène) ont été utilisés pour traiter les méningites bacillaires avec une injection unique. Mais depuis l'apparition de la résistance aux sulfamides (1), les études ont été menées pour trouver un autre moyen de traitement aussi efficace.

Les recherches sommairisées par Saliou et Al (2), ont montré que le chloramphénicol en suspension huileuse (Tifomycine) est très efficace en injection

unique pour le traitement des méningites purulentes à méningocoque ou à germe indéterminé. La préparation commerciale dosée à 0,25 g de chloramphénicol/ml en ampoule de 2 ml est très stable et peu coûteuse.

Le schéma de traitement est le suivant :

Moins d'1 an	100 mg/Kg
1 à 2 ans	1g soit 4 ml
3 à 6 ans	1,5g soit 6 ml
7 à 10 ans	2g soit 8 ml
10 à 14 ans	2,5g soit 10 ml
15 ans et plus	3g soit 12 ml

Le volume à injecter étant donc relativement important, la dose unique est le plus souvent répartie en 2 injections intramusculaire simultanées : 1 à droite et 1 à gauche.

Si au bout de 48 Heures, l'évolution clinique n'est pas favorable, une deuxième injection est pratiquée. Bien sûr ce traitement minute ne remplace pas le traitement de la déshydratation ou des autres complications.

3°) PREVENTION :

Le choix d'une stratégie de prévention dépend largement des caractéristiques du vaccin. Les enquêtes sur l'immunité conférée par les antigènes polysaccharidiques des méningocoques révèlent que le vaccin est plus efficace chez les enfants plus âgés. Chaque antigène a ses propres caractéristiques. L'efficacité de l'antigène du type A est nulle avant trois mois et douteuse avant un an ; celle du type C est nulle avant six mois et douteuse avant 2 ans.

De plus, une enquête menée à Ouagadougou (3) a montré qu'en général un an après l'injection, l'efficacité de l'antigène du type A était d'environ 87 %. Après trois ans elle était de 67 % chez les personnes âgées mais seulement de 8 % pour les enfants qui avaient moins de quatre (4) ans au moment de leur vaccination.

A cause de l'efficacité modeste et de la courte durée de l'immunité chez les jeunes enfants, ce vaccin n'a pas été retenu parmi les vaccins du Programme Elargi de Vaccination.

.../...

La stratégie recommandée par plusieurs auteurs est de vacciner au moment des épidémies aussitôt qu'un seuil d'alerte est franchi.

Selon Greenwood et Wali (4), pour les villages moyens (1000 habitants environ), il faut vacciner la population aussitôt après le premier cas confirmé de méningite dans un village.

Dans environ 85 % des cas, le premier cas de méningite est suivi par d'autres cas dans le même village.

Pour les villes un seuil d'1 cas/5000 Habitants/semaine doit déclencher toutes les mesures préventives contre l'épidémie.

La décision de vacciner des villages après la présentation d'un seul cas devrait être prise à partir de la confirmation de ce cas par une coloration au Gram ou par un test immunologique d'agglutination (par exemple slidex Méningite-Kit, de Biomérieux). L'importance de la ponction lombaire ne doit jamais être oubliée, surtout au début de la saison épidémique en Janvier et Février.

Références:

(1) Buriam V, Fofana Y, Sow O, Etude de Neisseria méningitidie isolés en République du Mali en 1970. Bull OMS 51 1974 ; 495 - 500.

(2) Saliou P, Rey JL, Stoeckel P. Une nouvelle stratégie de lutte contre les épidémies de méningites à méningocoques en Afrique Sahélienne.

Bull. de la Société de Pathologie Epotique 1978 ; 71 : 34 - 45.

(3) Réingold AL, Broome CV, High tower AW et al. Age spécific différences in duration of clinical protection after vaccination with méningococcal poly sccharïde A vaccine. Lancet 1985 ; ii : 114 - 18.

(4) Greenwood BM, Wali SS. Control of méningococcal infection in the African méningitis belt by selective vaccination. Lancet 1980 ; i : 729-32.

Préparé par le Service Statistique de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP).

Fig.1

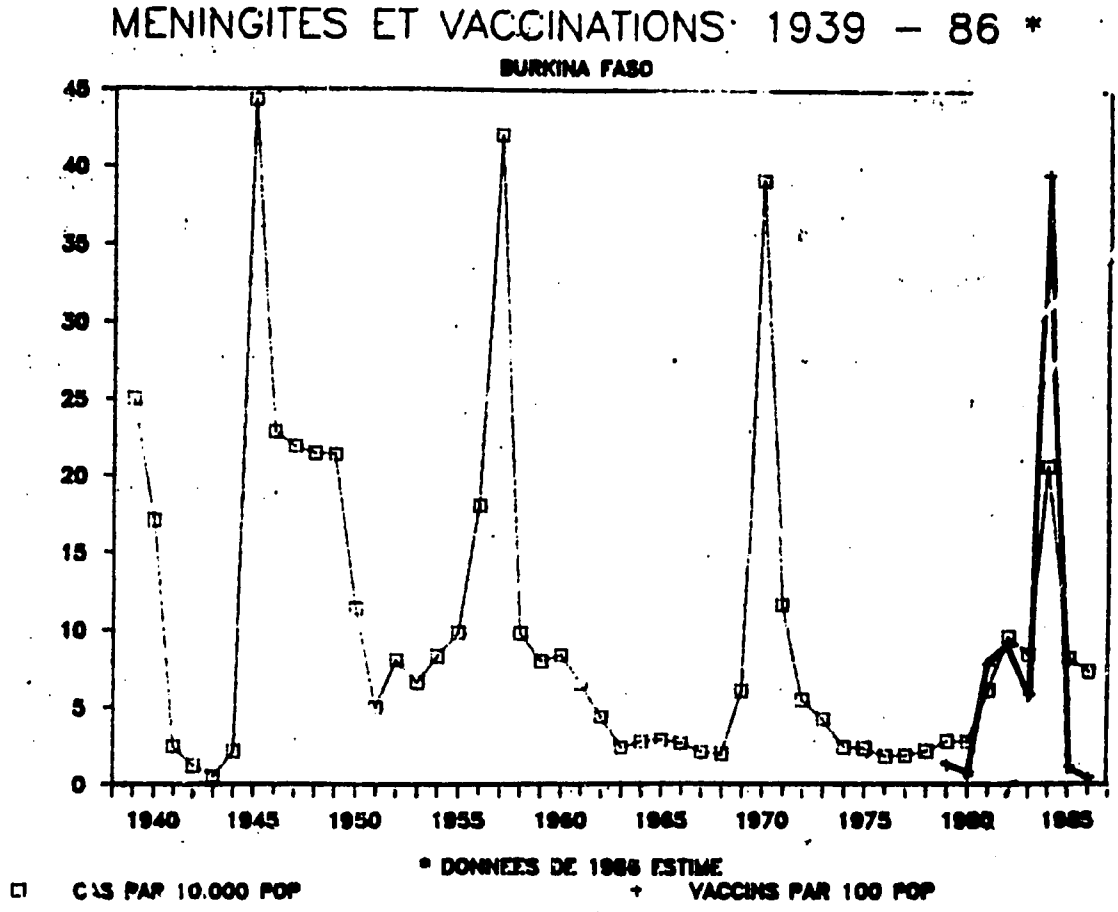
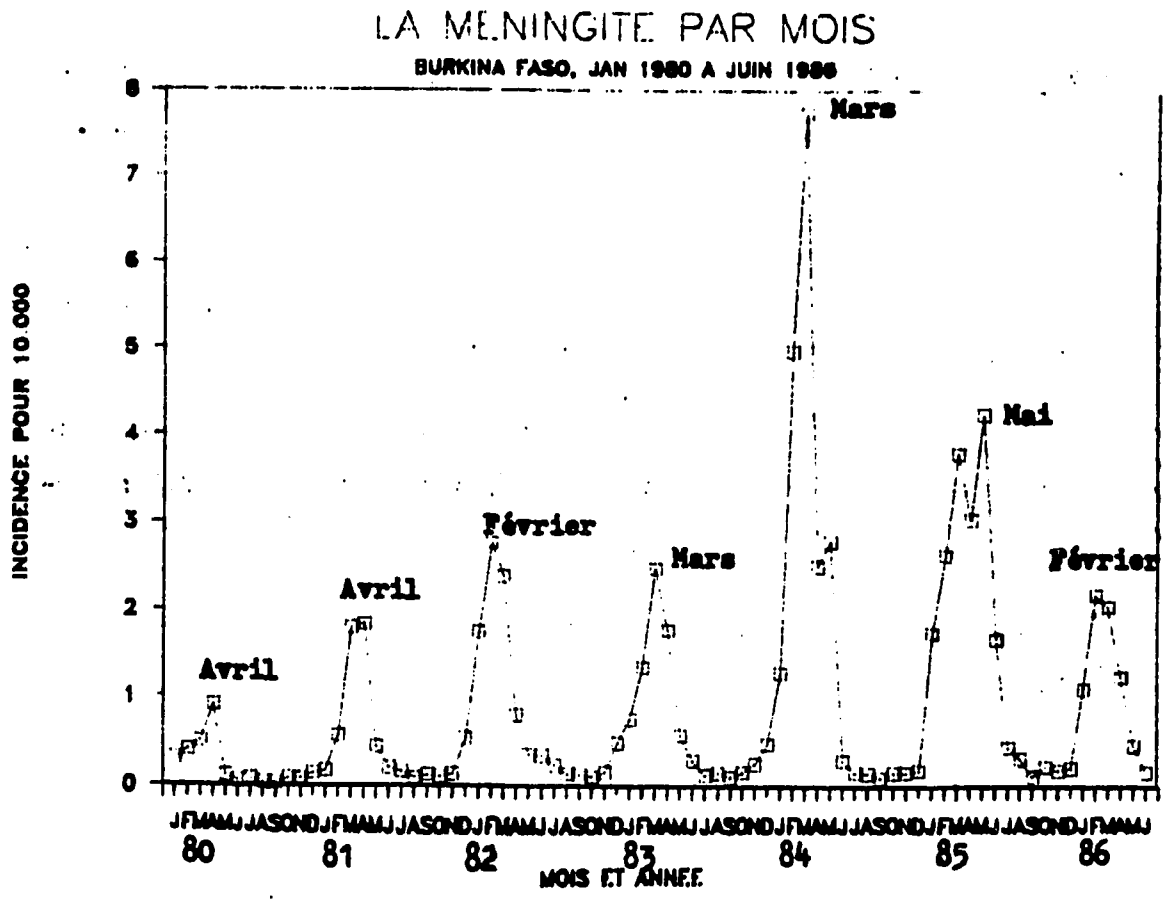

MENINGITES ET VACCINATIONS 1939 – 86 *
BURKINA FASO
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1940
1945
1950
1955
1960
1965
1970
1975
1980
1985
* DONNEES DE 1986 ESTIME
CAS PAR 10.000 POP
+ VACCINS PAR 100 POP

Fig.2


LA MENINGITE PAR MOIS
BURKINA FASO, JAN 1980 A JUIN 1986
INCIDENCE POUR 10.000
8
7
6
5
4
3
2
1
0
Avril
Avril
Février
Mars
Mars
Mai
Février
J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J
80
81
82
83
84
85
86
MOIS ET ANNEE

PREVENTION DE LA MORTALITE MATERNELLE

La mortalité maternelle est un problème préoccupant dans les pays en voie de développement en général et au Burkina Faso en particulier. Selon les chiffres des rapports du 1er trimestre 1986, le taux de mortalité maternelle au Burkina Faso est au moins 1,0 par mille naissances vivantes attendues. La méthode de calcul du taux est celui recommandé par Thuriaux et Lamotte (1).

Les pays développés par contre enregistrent les taux de l'ordre de 0,06 par mille naissances vivantes - (2).

Le tableau ci-après montre la répartition des causes. Il est probable que les décès consécutifs aux avortements (4%) sont sous-estimés. Les trois causes les plus importantes, l'hémorragie, la rupture utérine et l'infection totalisant 63% des cas où une cause a été précisée.

Les hémorragies occupent la première place dans l'étiologie de la mortalité maternelle. Il faut savoir que beaucoup de femmes ne peuvent pas supporter une hémorragie même si elle paraît minime, car elles présentent un déficit chronique en fer aggravé par la grossesse. Prévenir ce déficit paraît indispensable pendant la grossesse mais il faut aussi augmenter les possibilités de transfusion dans les maternités des Centres Hospitaliers Régionaux et des Antennes Chirurgicales pour répondre adéquatement aux indications qui se présentent. Par ailleurs une surveillance plus rigoureuse des femmes dans les premières heures suivant l'accouchement pourrait éviter bien des accidents liés aux hémorragies en attendant la mise en place des banques de sang. Il y a lieu aussi d'enseigner aux accoucheuses auxiliaires et aux matrônes les gestes d'usage permettant de lutter contre l'hémorragie post-partum, telle que la révision utérine (3).

Concernant les ruptures utérines, nous savons que la majorité de ces cas peuvent être soupçonnés plusieurs mois à l'avance grâce aux consultations prénatales. Quelles sont les femmes à risques de rupture utérine ? Ce sont celles qui présentent des anomalies du bassin souvent liées aux séquelles de polio ; les femmes de petite taille ; les utérus fragilisés par une cicatrice ou par les grossesses trop nombreuses ; les cas de présentations vicieuses, qui aboutissent le plus souvent à une rupture si elles sont négligées.

Pour prévenir les ruptures utérines il est important de dépister ces cas lors des consultations prénatales et de les adresser à un Centre Chirurgical ou au moins à un Centre Médical. S'agissant des grandes multipares, la planification familiale doit leur être fortement conseillée, car c'est un moyen efficace de prévention des ruptures utérines.

55

En général il faut faire comprendre aux femmes qu'un accouchement à domicile sans assistance sanitaire est un risque à ne pas prendre. Toute femme en travail doit être surveillée attentivement et toute anomalie devra faire diriger la parturiente au centre de référence dans des conditions adéquates de transport. Il faut aussi savoir utiliser les ocytociques à bon escient. A ce propos il faut proscrire l'utilisation des ocytociques par voie intramusculaire pendant le travail, car cette voie est incontrôlable ; il semble que cette mauvaise pratique est encore courante dans certains centres.

Quant aux décès liés aux infections il est unutile de rappeler la nécessité de travailler dans des conditions d'asepsie rigoureuse ; lorsqu'il y a un risque d'infection (révision utérus ou travail long) il faut toujours recourir à une antibiothérapie préventive.

La conception des nouvelles fiches prénatales fixera les facteurs de risque pour le dépistage des grossesses à haut risque, et les conduites à tenir (4).

Une étude sur les décès maternels est aussi programmée pour identifier les éléments clés du système sanitaire à renforcer en ce qui a trait à la protection maternelle.

REFERENCES

(1) THURIAUX MC, LAMOTTE J-M MATERNAL MORTALITY IN DEVELOPING COUNTRIES : A NOTE ON THE CHOICE OF DENOMINATOR LETTRE: INTL. J.OF. EPIDEMIOLOGY 1984 ; 13 : 246-7.

(2) HOGBERG U, WALIS. SECULAR TRENDS IN MATERNAL MORTALITY BULL. OMS 1986 ; 64 : 79-84.

(3) ROTSART DE HERTATING I, COUR TE JOIE J. Bureau d'Etudes et de Recherche pour la Promotion de la Santé, B.P. 1977 KANGU-MAYUMBE, ZAIRE.

(4) ESSEX BJ, EVERETT VJ. Emploi d'une nouvelle carte d'enregistrement pour le triage des femmes en consultation prénatale. (Traduit de l'anglais : USE OF AN ACTION - ORIENTATED RECORD CARD FOR PRENATAL SCREENING). TROPICAL DOCTOR, 1977 ; 7 : 134-8.

PREPARE PAR LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL YALGADO LE SERVICE STATISTIQUE DE LA D.E.P. ET LE SERVICE SMI DE LA DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT.

CAUSES DES DECES MATERNELS
BURKINA FASO, 1° TRIMESTRE 1986

PROVINCE	DISP FOETO-PELV	PRES. VIC.	ECLAM-PSIE	RUPT. UTER.	HEMOR RAGIE	RETENT. PLAC.	INFECT.	AVORTE-MENTS	AUTRES ET NON-PREC.	TOTAL
BAM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BAZEGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOUGOURIBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOULGOU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOULKIEMDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMOE	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
GANZOURGOU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GOURMA	1	2	0	1	0	0	1	0	0	5
HOUET	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
KADIOGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENEDOUGOU	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
KOSSI	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
KOURITENGA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
MOUHOUN	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
NAHOURI	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3
NAMENTENGA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
OUBRITENGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OUDALAN	2	1	0	1	0	0	0	1	0	5
PASSORE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PONI	0	1	0	3	0	0	0	0	1	5
SANGUIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANMATENGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SENO	0	0	0	0	1	2	0	0	4	7
SISSILI	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
SOUM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOUROU	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
TAPOA	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
YATENGA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
ZOUNDWEOGO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
H. YALGADO OUEDRAOGO	0	1	2	7	2	0	2	1	8	23
H. SANOU SOUROU	0	0	0	0	0	0	0	1	7	8
TOTAL	3	7	2	13	15	6	9	4	36	95
% (sur les 59 cas à cause connue).	5,1	11,9	3,4	22,0	25,4	10,2	15,3	6,8	-	100

SEMINAIRE SUR LA REVISION DES FICHES STATISTIQUES.

Un séminaire regroupant les Directeurs Provinciaux de la Santé du Bazèga, du Houet, du Mou-houn, du Séno, 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. Prenaient également part à ce seminaire les Infirmiers et Sages-femmes directement pourvoyeurs et utilisateurs de données sur le terrain venus aussi des 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 à 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 de Santé travaillent dans le sens des objectifs qui leur sont assignés.
- Servir d'orientation pour les études des problèmes particuliers de prestation des services de santé (recherche opérationnelle).
- Fournir des informations ponctuelles aux 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.

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 niveau plus élevé.

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

- Besoins en formation des agents chargés de synthétiser les données recueillies au niveau provincial (confection d'un guide pour le recyclage de ces agents qui débutera vers fin Novembre).

- 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 des rapports à part à un rythme plus lent à partir de Janvier 1987. Les rapports sur les PSP deviendront trimestriels et les informations sur l'hygiène et l'assainissement seront recueillies une fois l'an vers le mois de Mai.

Les séminaristes ont également fait ressortir dans les discussions les points suivants :

- Certaines données de routine doivent être complétées par des données ponctuelles recueillies soit par des enquêtes, soit par l'utilisation des fiches intermédiaires.
- Dorénavant chaque formation sanitaire aura une fiche d'identité.

On espère 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.

Préparé par le service statistique de la D.E.P.

SOMMAIRE DE LA REVUE "DEVELOPPEMENT ET SANTE"

Dans le cadre de nos efforts pour faciliter l'accès à l'information pratique, nous présentons ici et dans le prochain numéro du Bulletin un sommaire de la revue DEVELOPPEMENT ET SANTE.

Cette revue bimestrielle offre à ses lecteurs des articles concis et clairs, accompagnés de tableaux et d'illustrations très utiles.

Pour obtenir les photocopies particulières des articles qui vous intéressent, vous pouvez adresser vos requêtes au Centre de Documentation de la DEP.

Les lecteurs qui désirent s'abonner à cette revue doivent écrire à :

DEVELOPPEMENT ET SANTE,
1, RUE DE SAVOIE
75006 PARIS, FRANCE.

Prix de l'abonnement (6 numéros) : 2.250 F.CFA

Mode de règlement : Mandat - Lettre Internationale.

DEVELOPPEMENT ET SANTE

n° 55 février 1985

revue de perfectionnement infirmier en pays tropical

médecine 2 **l'hypertension artérielle de l'adulte**, par Mohamed Chérif Rahimy.

chirurgie 5 **conduite à tenir devant une laparotomie**, par François Pernin.

9 **questionnaire.**

labo/technique 10 **la radiographie du thorax**, par Katia Mage.

thérapeutique 14 **les anti-hypertenseurs**, par Marie-Claude Angélique.

santé publique 17 **comment établir un budget de centre de santé**, par Denis Metzger.

19 **réponse** au questionnaire du n° 54.

hygiène hospitalière 20 **la désinfection de la peau saine**, par Francine Tanner et Marie-José Krending.

témoignage 26 **deux types de médecine au Nigeria**, par Mohammad Saleh Lashari.

bricolage 28 **seringue-interrupteur.**

DEVELOPPEMENT ET SANTÉ

n° 56 avril 1985

revue de perfectionnement infirmier en pays tropical

médecine 2 **diphtérie et sa prévention**, par Philippe Reinert.

chirurgie 4 **période post-opératoire immédiate, le réveil en anesthésie, surveillance**, par Yveline Tourtier.

5 **réponse** au questionnaire du n° 55.

labo/technique 6 **laboratoire et anémie**, par Jean Michon.

santé publique 9 **supervision, formation continue (S.F.C.) d'un dispensaire de brousse**, par Olivier-Isaac Bismuth.

éducation sanitaire 12 **le programme l'enfant pour l'enfant**, par Lucien Michon.

hygiène hospitalière 14 **les voies d'infection, leur relation avec l'hygiène moderne (1re partie)**, par Marie-José Krending et Francine Tanner.

[illegible] **erratum.**

développement 15 **urbanisation et santé dans les villes du tiers monde**, par G. Salem.

développement 19 **sécurité des produits alimentaires, santé et développement**, par M. Abdussalam.

information [illegible] **chlamydia trachomatis**, par Philippe Reinert.

[illegible] **questionnaire.**

témoignage [illegible] **éducation à la maîtrise de la fécondité**, par Micheline Quetier.

[illegible] **bibliographie.**

La Revue a bénéficié d'une subvention du Ministère des Relations Extérieures, Coopération et Développement

DIRECTEUR : Dr P. Lagardère — RÉDACTEUR EN CHEF : Dr Ph. Reinert — SECRÉTAIRE : M.C. Cavalier — IMPRIMERIE BLANCHARD - La Plume Rubicon — Tours 6100 exemplaires — PARUTION : tous les 2 mois — TARIF D'ABONNEMENT : Abonnement Annuel : Hors I.C.A. 220 — Europe et autres continents FF 50 — PRIX DU NUMÉRO : 12 FF — COMMISSION PARITAIRE : N° 57910 — DIRECTION, RÉDACTION, ABONNEMENTS : Développement et Santé, 1, rue de Sèvres, 75006 Paris — tél. 548 75 30 — CCP Paris 398 N

DEVELOPPEMENT ET SANTÉ

n° 57 juin 1985

revue de perfectionnement infirmier en pays tropical

médecine 2 **mal convulsif chez le nourrisson et l'enfant**, par Alain de Broca.

chirurgie 5 **les métrorragies**, par Habib Laleye et Mohamed Chérif-Deen Rahimy.

labo/technique 9 **laboratoire et anémie (IIe partie)**, par Jean Michon.

11 **lettre ouverte**, par Bernard Toruz.

thérapeutique 12 **lavage gastrique**, par Jean-Bruno Lobut.

santé publique 14 **comment animer une équipe dans un centre de santé**, par Marc Brodin.

éducation sanitaire 18 **éducation pour la santé : nouvelles tâches, nouvelles approches**, par Kenneth Standard et Annette Kaplun.

développement 21 **fixation de l'azote et agriculture tropicale**, par Philippe Reinert.

22 **erratum.**

hygiène hospitalière 23 **les voies d'infection, leur relation avec l'hygiène moderne (IIe partie)**, par Marie-José Krending et Francine Tanner.

24 **questionnaire.**

bricolage 25 **un doseur sucre-sel pour réhydratation**, par Katia San Miguel et Lucien Robineau.

témoignage 26 **le problème de l'anémie chez la femme enceinte**, par Olivier Isaac Bismuth.

28 **réponse au questionnaire du n° 56.**

DIRECTEUR : Dr P. Lagardère — RÉDACTEUR EN CHEF : Dr Ph. Reinert — SECRÉTAIRE : M.C. Cavalier — IMPRIMERIE BLANCHARD - La Plume Rubicon — Tours 6000 exemplaires — PARUTION : tous les 2 mois — TARIF D'ABONNEMENT : Abonnement Annuel : Hors I.C.A. 220 — Europe et autres continents FF 50 — PRIX DU NUMÉRO : 10,50 — COMMISSION PARITAIRE : N° 57910 — DIRECTION, RÉDACTION, ABONNEMENTS : Développement et Santé, 1, rue de Sèvres, 75006 Paris — tél. 548 75 30 — CCP Paris 398 N

•11/-

58 août 1985

DEVELOPPEMENT ET santé

revue de perfectionnement infirmier en pays tropical

TRIMESTRIELLE RÉALISÉE EN COLLABORATION ENTRE FRÈRES DES HOMMES ET MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

médecine 2 **la poliomyélite antérieure aiguë (PAA)**, par Jean-Bruno Lobut.

gynéco-obstétrique 4 **méningite**, par Anne-Marie Lamar-Drecq.

thérapeutique 7 **les antistaphylococciques**, par Christophe Michon.

labo/technique 10 **radiologie : le poumon pathologique**, par Katia Mage.

14 **réponse** au questionnaire du n° 57.

santé publique 15 **choléra : épidémiologie et principes de la lutte**, par Bernard Morinière.

développement 20 **le bois à feu : les leçons.**

hygiène 22 **règles d'hygiène dans les salles**, par Francine Tanner et Marie-José Krending.

23 **questionnaire.**

témoignage 24 **le traitement du choléra en Ouganda**, par Ousseynou Gueye.

25 **bibliographie.**

témoignage 26 **lutte anti-tuberculeuse au Niger**, par Olivier Bismuth.

Ce bénéficie d'une subvention du Ministère des Relations Extérieures, Coopération et Développement.

DIRECTEUR : Dr B. Lagardère — RÉDACTEUR EN CHEF : Dr Ph. Rabeyrol — SECRÉTAIRE : M C Carrelle — ...
La Pleiade-Rodeano — Tirage : 6 000 exemplaires — PÉRIODICITÉ : Tous les 2 mois — TARIF D'ABONNEMENT : Afrique, Asie, F CFA 3000 — Europe et autres continents FF 90 — PRIX DU NUMÉRO : 15 FF — COMMISSION PARITAIRE : N° 57 910 — ...DACTION, ABONNEMENTS : Développement et Santé, 1, rue de Sèvre, 75006 Paris — Tél. 633 75 20 — CCP. Paris 398 H

n° 59 octobre 1985

DEVELOPPEMENT ET santé

revue de perfectionnement infirmier en pays tropical

REVUE TRIMESTRIELLE RÉALISÉE EN COLLABORATION ENTRE FRÈRES DES HOMMES ET MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

médecine 2 **la rage**, par François Mean.

5 **réponse** au questionnaire du n° 58.

chirurgie 6 **examen d'un adulte présentant une douleur abdominale aiguë**, par François Pernin.

11 **questionnaire.**

labo/technique 12 **le diagnostic au laboratoire des mycoses superficielles**, par Jean Dupouy-Camet.

thérapeutique 14 **les antifongiques**, par Jean Dupouy-Camet.

éducation sanitaire 17 **l'eau de boisson**, par Bernard Lagardère.

19 **erratum.**

développement 20 **métropoles et centres secondaires en Afrique : à quoi servent les villes?** par Jacques Champaud.

courrier des lecteurs 23 **seringue-interrupteur : bricolage vu en Erythrée.**

hygiène 24 **isolement des sujets atteints de maladies transmissibles**, par Marie-José Krending et Francine Tanner.

témoignage 27 **piqûres de scorpion**, par Olivier Isaac Bismuth.

Cette Revue a bénéficié d'une subvention du Ministère des Relations Extérieures, Coopération et Développement.

DIRECTEUR : Dr B. Lagardère — RÉDACTEUR EN CHEF : Dr Ph. Rabeyrol — SECRÉTAIRE : M C. Carrelle — ...
La Pleiade-Rodeano — Tirage : 6 000 exemplaires — PÉRIODICITÉ : Tous les 2 mois — TARIF D'ABONNEMENT : Afrique, Asie, Amérique latine F CFA 3000 — Europe et autres continents FF 90 — PRIX DU NUMÉRO : 15 FF — COMMISSION PARITAIRE : N° 57 910 — ...DACTION, ABONNEMENTS : Développement et Santé, 1, rue de Sèvre, 75006 Paris — Tél. 633 75 20 — CCP. Paris 398 H

Statistics Training Workshop

List of Documents

1. Training Workshop Schedule
2. New Forms - CSPS/Dispensary/Maternity
   - Medical Center
   - Provincial Directorate
3. Statistical and Epidemiologic Guide
4. Tables of National Level Health Indicators
5. Ranking of Provinces by Personnel and Infrastructure
6. Annual Infrastructure Report
7. "Fiche d'Identité" for each Health Facility
8. "Guide" and other PSP Documents
9. Model of Maternity Register
10. Model of Weekly Provincial Report Form with Calendar
11. Model of an Intermediate Form for Hospitals
12. Models of Nutritional Surveillance Forms
13. Workshop Evaluation Form
14. Workshop Evaluation Results
15. Test, and Test Results concerning the Calculation of Indicators (from Ouagadougou workshop)

S.D./B.K.E.

B U R K I N A - F A S O

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

PROGRAMME DE L'ATELIER DE FORMATION DES AGENTS CHARGES DES STATISTIQUES

OUAGADOUGOU : 24 - 28 Novembre 1986

Lundi

9 h 00	Ouverture
9 h 30	Informations générales
10 h 00	Objectifs de la Formation, - Survol du S.N.I.S.
10 h 30	Introduction aux Nouvelles Fiches
11 h 30	Pause
12 h 00	Reprise
13 h 00	Fin

Mardi

7 h 00	Introduction du Guide
8 h 30	Travaux de groupes
9 h 00	Présentation par un groupe
9 h 45	Pause
10 h 15	Reprise travaux de groupes
12 h 15	Présentation par un groupe
13 h 00	Fin

Mercredi

7 h 00	Séance Plenière : Informations générales
8 h 30	Travaux de groupes
9 h 00	Présentation par un groupe
9 h 45	Pause
10 h 15	Reprise travaux des groupes
12 h 15	Présentation par un groupe
13 h 00	Fin

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
LA PATRIE OU LA MORT,
NOUS VAINCRONS !

CSPS, DISPENSAIRE, MATERNITE

RAPPORT MENSUEL

Province: _____ Mois de _____, 19____

Rayer les mentions inutiles:

CSPS / Dispensaire / Maternité de: _____

1. Activités de Supervision

Visites de supervision (de la DPS ou du CM)
Nombre de visites reçues pendant le mois par cette F.S.: _____

2. Maternité

2.1 Accouchements:

	A Domicile	En Maternité	Total
eutociques			
dystociques			
total			
dont - 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

Curages digitaux: _____ Curetages: _____

Délivrances artificielles: _____ Episiotomies: _____

Autres (à préciser): _____

65

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 venus d'autres provinces: _____

préciser les autres provinces: _____

2.6.2 Nombre de Décès Maternels par Cause

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

Autres (à préciser): _____

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

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 an	1 an et +	Total
Nouvelles inscriptions			
Anciennes inscriptions			

3.3.2 Surveillance nutritionnelle par la pesée

NB: Si cette formation n'a pas de balance, utiliser les bandelettes et remplisser 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

NB: La classification par poids et taille est préférable 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	âge	
plus de 80% :	plus de 80% :	Décès :
70 à 80% :	60 à 80% :	Abandons :
moins de 70% :	moins de 60% :	Evacuations :
		Restants, fin mois :

3.6 Planning Familial

3.6.1 Méthodes contraceptives

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

Nbre total de femmes sous surveillance à la fin du mois: _____

3.6.3 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 *			
Cholera			
Autres:			

* Non-compris les vaccinations enregistrées 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, préciser la durée en heures: _____ ou jours: _____

4. Consultations Externes

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

Code OMS	Affection ou symptome dominant	0-4 ans	5-14 ans	Adultes		Total
				hommes	femmes	
001	Choléra					
002	Fièvres typhoïde					
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					

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 Causes d'hospitalisations (diagnostic à la sortie)
(Spécifier les causes en bas.)

Causes	Nombre des cas hospitalisés (C) dont décès (D)									
	moins d'1 an		1-4 ans		5-14 ans		Adultes			
							Hommes		Femmes	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
TOTAL										

P

5.2 Movement 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): _____

6.0 Activités de laboratoire

	Total	Anormal
KOP		
Snip		
dont né depuis 1975		
Trypanosomiases		
Urines - culot		
- protéine (alb)		
- sucre		

7. Maladies d'Intéret Spécial

Maladie	Lèpre	Trypano	Oncho	TB	Hypert. art.	Diabète	Asthme	Maladi. mental.
Malades inscrits au debut								
Entrées nouv cas								
rechutes								
transféré et autres								
Total								
Sorties libéré ou quéri								
DCD								
abandon								
transféré et 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 familial		
Vaccination		
Hygiene et assainissement		
Nutrition		
Maladies sexuellement trans.		
Autres		

9. OBSERVATIONS:

Nom du responsable: _____

Date: _____ Signature:

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 de supervision reçues pendant le mois par cette F.S.: _____

1.2 Recyclage du personnel de la santé

Niveau des agents	Code *	Nombre d'agts	Durée en jours	Thèmes traités	Code *

* réservé au Service Statistique

2. Maternité

2.1 Accouchements:

	A Domicile	En Maternité	Total
eutociques			
dystociques			
total			
dont - 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			

13

2.3 Avortements

Nombre d'avortements: _____

2.4 Interventions Obstétricales

Césariennes - nouvelles	Ventouse
- itératives	Curages digitaux
Symphysiotomie	Curetages
Délivrances artificielles	Episiotomies
Forceps	Périnées (déch.réparés)

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 venus d'autres provinces: _____

préciser les autres provinces: _____

2.6.2 Nombre de Décès Maternels par Cause

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 remplie 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: _____

 Mois de _____, 19___, F.S. _____

3.3 Consultations Enfantines

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

	moins d'1 an	1 an et +	Total
Nouvelles inscriptions			
Anciennes inscriptions			

3.3.2 Surveillance nutritionnelle par la pesée

NB: Si cette formation n'a pas de balance, utiliser les bandelettes et remplisser 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

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

Nouvelles inscriptions, total:

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

3.6 Planning Familial

3.6.1 Méthodes contraceptives

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

Nbre total de femmes sous surveillance à la fin du mois: _____

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 *			
Cholera			
Autres:			

* Non-compris les vaccinations enregistrées 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, préciser la durée en heures: _____ ou jours: _____

4. Consultations Externes

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

Code OMS	Affection ou symptome dominant	0-4 ans	5-14 ans	Adultes hommes	Adultes femmes	Total
001	Choléra					
002	Fièvres typhoïde					
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					

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				

P

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)											
	moins d'1 an		1-4ans		5-14ans		Adultes				Total	
							Hommes		Femmes			
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
Choléra												
Fièvre typhoïde paratyphoïde												
Dysentérie et amibiase												
Diarrhée, gastroentérite												
Tuberculose pulmonaire												
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)											
	moins d'1 an		1-4ans		5-14ans		Adultes				Total	
							Hommes		Femmes			
	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												
Ulcere 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 (à préciser)												

5.1.2 Autres causes d'hospitalisations ou de mortalités

Spécifier les causes en bas (ajouter 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
Total										

5.2 Mouvement des Malades

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

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

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

Nombre de groupages sanguins effectués: _____

Quantité de sang transfusé en litres: _____

61

5.5 Radiologie

Radiographie (nombre de clichés utilisés): _____

Radioscopie (nombre d'examens): _____

5.6 Activités d'Odonto-stomatologie

Nombre de consultations: _____

Nombre d'amalgames plus le nombre de ciments: _____

Nombre d'extractions: _____

6.0 Activités de laboratoire

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

6.1 Examens de base

	Total	Anormal
KOP		
dont - S. mansoni	XXXXXXXXXX	
- amibes	XXXXXXXXXX	
- ankylostomes	XXXXXXXXXX	
- autres	XXXXXXXXXX	
Snip		
dont né depuis 1975		
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	Rh+	Rh-

7. Maladies d'Intéret Spécial

Maladie	Lèpre	Trypano	Oncho	TB	Hypert. art.	Diabéte	Asthme	Maladies mentales
Malades inscrits au debut								
Entrées nouv cas								
rechutes								
transféré et autres								
Total								
Sorties libéré ou quéri								
DCD								
abandon								
transféré et 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 familial		
Vaccination		
Hygiene et assainissement		
Nutrition		
Maladies sexuellement trans.		
Autres		

9. OBSERVATIONS:

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

Date: _____ Signature:

MINISTERE DE LA SANTE

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

DIRECTION PROVINCIALE DE LA SANTE

RAPPORT TRIMESTRIEL

Province: _____ Période: de _____ à _____,19___

1. Activités de Supervision et Recyclage

1.1 Supervision

Nombre de visites de supervision reçues pendant le mois par les F.S.: _____

Nombre de rapports mensuels reçus des CSPS/D/M: _____ sur _____

Nombre de rapports mensuels reçus des CM/CHR: _____ sur _____

1.2 Recyclage du personnel de la santé

Niveau des agents	Code *	Nombre d'agts	Durée en jours	Thèmes traités	Code *

* réservé au Service Statistique

2. Maternité

2.1 Accouchements:

	A Domicile	En Maternité	Total
eutociques			
dystociques			
total			
dont - 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	Périnées (déch.réparés)

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 venus d'autres provinces: _____

précisez les autres provinces: _____

2.6.2 Nombre de Décès Maternels par Cause

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

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

LA PESEE	1er mois	2ème mois	3ème mois
total d'enfants pesés			
dont en dessous de la courbe normale (inférieure à 80% de poids pour age)			

LE PERIMETRE BRACHIAL	1er mois	2ème mois	3ème mois
total			
jaune			
rouge			

XEROPHTHALMIE / ENFANTS REFERES	1er mois	2ème mois	3ème mois
avec xérophthalmie			
nbre d'enfants référés			

3.4 Activités de SMI Mobile

Nombre de villages et secteurs couverts dans le mois: _____

3.5 Activités du CREN

Nouvelles inscriptions, total:		Guérisons :
Classification par poids et		
taille	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 :

Nouvelles inscriptions par mois: 1er _____; 2ème _____; 3eme _____

3.6 Planning Familial

3.6.1 Méthodes contraceptives

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

Nbre de femmes sous surveillance à la fin du trimestre: _____

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 *			
Cholera			
Autres:			

* Non-compris les vaccinations enregistrées 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, préciser la durée en heures: _____ ou jours: _____

4. Consultations Externes

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

Code OMS	Affection ou symptome dominant	0-4 ans	5-14 ans	Adultes		Total
				hommes	femmes	
001	Choléra					
002	Fièvres typhoïde					
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					

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)											
	moins d'1 an		1-4ans		5-14ans		Adultes				Total	
							Hommes		Femmes			
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
Choléra												
Fièvre typhoïde paratyphoïde												
Dysentérie et amibiase												
Diarrhée, gastroentérite												
Tuberculose pulmonaire												
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)											
	moins d'1 an		1-4ans		5-14ans		Adultes				Total	
							Hommes		Femmes			
	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												
Ulcere 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 (à préciser)												

5.1.2 Autres causes d'hospitalisations ou de mortalités

Spécifier les causes en bas (ajouter d'autres feuilles si nécessaire).

Causes	Nombre des cas hospitalisés (C) dont décès (D)									
	moins d'1 an		1-4 ans		5-14 ans		Adultes			
							Hommes		Femmes	
	C	D	C	D	C	D	C	D	H	D
Total										

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

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

Nombre de groupages sanguins effectués: _____

Quantité de sang transfusé en litres: _____

5.5 Radiologie

Radiographie (nombre de clichés utilisés): _____

Radioscopie (nombre d'examens): _____

5.6 Activités d'Odonto-stomatologie

Nombre de consultations: _____

Nombre d'amalgames plus le nombre de ciments: _____

Nombre d'extractions: _____

6.0 Activités de laboratoire

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

6.1 Examens de base

	Total	Anormal
KOP		
dont - S. mansoni	XXXXXXXXXX	
- amibes	XXXXXXXXXX	
- ankylostomes	XXXXXXXXXX	
- autres	XXXXXXXXXX	
Snip		
dont né depuis 1975		
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	Rh+	Rh-

7. Maladies d'Intéret Spécial

Maladie	Lèpre	Trypano	Oncho	TB	Hypert. art.	Diabète	Asthme	Maladies mentales
Malades inscrits au debut								
Entrées nouv cas								
rechutes								
transféré et autres								
Total								
Sorties libéré ou quéri								
DCD								
abandon								
transféré et 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 familial		
Vaccination		
Hygiene et assainissement		
Nutrition		
Maladies sexuellement trans.		
Autres		

9. OBSERVATIONS:

Nom du Directeur Provincial: _____

Date: _____ Signature:

BURKINA FASO

POPULATION: 7,976,019

ESTIMATION DES INDICES A PARTIR DES DONNEES POUR 1e ET 2e TRIMESTES

	TOTAL PROVIN	NBRE RAP SUR 60	TOTAL AJUSTE	INDICATEUR	VALEUR
ACCHTS ASSISTES	51,170	58	52,934	COUV. OBSTET:	26.5%
NOUV CONSULT PREN	65,656	58	67,920	COUVERT CPN:	34.1%
DECES PERINAT.	1,898	58	1,963	MORT. PERINAT:	37.1
UTILISAT. DE PF	3,545	58	3,667	UTIL/1.000 FEM:	2.02
VACCINATIONS < 1 AN					
BCG < 1 AN	45,061	58	46,614	COUV VACCINALE:	27.8%
ROUGEOLE < 1 AN	99,011	58	102,425	COUV VACCINALE:	61.2%
COMPLETEMENT VACC.					
Dernier DTCOQ-P 3e	18,465				
Dernier DTCOQ-P 2e	5,804				
TOTAL < 1 AN	24,269	58	25,106	COMPLET VACCINE:	15.0%
ASSIDUITE (TOUT AGE)					
Dernier DTCOQ-P 3e	82,543				
Dernier DTCOQ-P 2e	16,120				
TOTAL	98,663	58	102,065		
DTCOQ-P 1e	236,301				
TOTAL	236,301	58	244,449	ASSIDUITE:	41.8%
CAS DE ROUGEOLE	7,460	56	7,993	INCID/10.000:	10.0
DECES MATERNELS	185	58	191	MORT MATERNELLE:	1.0
NOUVELLES CONSULT	1,221,792	58	1,263,923	CONSULT/ HAB/ AN:	0.32
ANCIENNES CONSULT	1,865,021				
TOTAL	3,086,813	58	3,193,255	CHARGE TRAV/J/FS:	37
TB INSCRITS	2,289	58	2,368	PREV TB/100.000:	29.7
LEPREUX INSCRITS	38,261	54	42,512	PREV LEP/100.000:	533.0
SCHISTOSOMIASE	16,268	58	16,829	INCID./100.000:	211.0
DRACUNCULOSE	820	58	848	INCID./100.000:	10.6

CAUSES DES DECES MATERNELS
BURKINA FASO, 1° ET 2° TRIMESTRES, 1986

PROVINCE	DISP FOETO-PELV	PRES. VIC.	ECLA-MPSIE	RUPT. UTER.	HEMOR RAGIE	RET. PLAC.	IN-FECT°	COMP. AVORT MENTS	AUTRE ET NON-PREC.	TOTAL
BAM	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
BAZEGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOUGOURIBA	0	0	0	0	0	1	0	1	4	6
BOULGOU	0	1	0	0	2	1	2	0	-3	3
BOULKIEMDE	0	0	0	1	1	0	1	1	16	20
COMOE	0	3	0	0	3	0	0	0	1	7
GANZOURGOU	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
GOURMA	1	4	0	3	0	1	1	1	0	11
HOUET	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
KADIOGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENEDOUGOU	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
KOSSI	0	0	0	0	4	0	2	0	0	6
KURITENGA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
MOUHOUN	0	0	0	0	0	0	2	0	4	6
NAHOURI	0	0	0	0	1	1	1	0	2	5
NAMENTENGA	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
OUBRITENGA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
OUDALAN	2	1	0	1	0	0	0	1	1	6
PASSORE	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
PONI	0	1	0	4	0	0	2	0	1	8
SANGUIE	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
SANMATENGA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
SENO	0	1	0	1	2	3	3	1	5	16
SISSILI	0	0	0	1	1	3	3	0	0	8
SOUM	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
SOUROU	0	0	0	0	2	0	1	0	3	6
TAPOA	0	0	0	0	2	1	3	1	2	9
YATENGA	0	0	0	0	3	0	4	0	3	10
ZOUNDWEOGO	0	1	0	1	1	0	0	0	2	5
*** Total ***	3	12	1	13	27	14	28	8	48	154

ESTIMATION DE LA COUVERTURE VACCINALE NATIONALE POUR LES ENFANTS AGES DE MOINS D'UN AN POUR L'ANNEE 1986 POUR LE 1° ET 2° TRIMESTRE, BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE

PROVINCE	POPULATION	% ROU GEOLE	% BCG	% DTCP 1°P	% DTCP 2°P	% DTCP 3°P	% FJ	% TETA F.EN 1°P	% TETA F.EN 2°P
BAM	164263	460.4	22.9	23.7	25.7	0.0	460.4	0.0	0.0
BAZEGA	267178	1.6	0.0	5.5	43.7	3.8	0.0	2.0	2.3
BOUGOURIBA	221522	29.8	11.7	38.1	26.4	2.7	25.5	1.1	0.3
BOULGOU	403458	13.8	37.6	25.0	19.1	9.5	0.0	3.6	0.5
BOULKIEMDE	363594	19.5	21.0	25.8	17.0	18.2	6.9	12.4	5.9
COMOE	250510	93.1	5.2	1.4	1.2	0.9	0.2	17.2	0.0
GANZOURGOU	196006	47.9	22.7	46.0	0.0	22.1	11.7	5.2	3.2
GOURMA	294123	13.1	9.7	17.3	15.4	5.2	8.3	3.2	0.6
HOUET	585031	18.3	13.9	23.2	18.5	15.7	23.2	14.7	6.2
KADIOGO	465369	19.1	50.3	44.6	41.8	30.6	10.7	44.8	15.3
KENEDOUGOU	139722	24.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.1	5.5
KOSSI	330413	40.2	3.6	136.7	51.1	19.8	5.9	4.6	5.7
KURITENGA	197027	33.1	123.6	66.3	20.4	5.1	0.0	13.1	4.1
MOUHOUN	289213	40.5	43.4	72.7	75.1	48.8	36.6	16.8	5.7
NAHOURI	105273	94.4	86.0	140.6	162.5	97.0	0.0	24.8	5.9
NAMENTENGA	198798	103.0	142.2	90.1	71.5	0.0	103.0	0.0	0.0
OUBRITENGA	303229	6.9	2.7	50.8	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0
OUDALAN	105715	65.5	98.8	67.9	33.1	4.7	29.4	14.2	0.0
PASSORE	225115	50.3	29.1	99.1	102.6	56.3	0.0	13.3	0.6
PONI	234501	68.6	51.0	63.2	53.9	56.5	0.0	10.8	4.2
SANGUIE	218289	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SANMATENGA	368365	73.8	162.9	118.1	43.6	40.6	73.8	0.0	0.0
SENO	230043	116.5	124.5	124.7	68.4	34.7	93.1	6.8	1.0
SISSILI	246844	29.0	53.2	29.6	0.0	0.0	29.0	2.1	0.0
SOUM	190464	91.6	30.2	132.6	44.2	24.5	6.0	8.1	1.3
SOUROU	267770	49.7	7.7	67.5	51.7	10.4	0.0	1.4	0.4
TAPOA	159121	23.2	42.7	205.5	98.6	41.5	13.8	25.7	10.0
YATENGA	537205	173.7	9.8	101.7	57.7	35.9	190.8	6.3	3.0
ZOUNDWEOGO	155142	98.1	164.7	165.6	134.3	65.2	0.0	18.0	15.2
*** Total ***	7713303								

SOMMAIRES DES INDICATEURS D'INFRASTRUCTURES ET DE PERSONNEL PAR PROVINCE, BURKINA FASO, 1985 *

Province	Rang Hab./ Pers.S. (1)	Rang Rayon d'Act. (2)	Rang Hab./ Form.S. (3)	Rang Hab/Plac Matern. (4)	Rang Hab/Plac Hospital. (5)	Total**	Rang Global
11. Kadiogo #	1	1	9	18	2	32	1
Bobo Dsso	2	2	24	9	1	40	2
6. Comoe	5	22	2	6	6	46	3
15. Mouhoun	8	15	5	3	7	46	4
5. Boulkiemde	7	4	17	4	11	50	5
4. Boulgou	14	9	13	1	4	55	6
21. Poni	6	18	3	20	3	56	7
27. Sourou	12	14	4	2	13	57	8
10. Houet ##	3	20	6	16	15	63	9
30. Zoundweog	15	7	7	12	10	66	10
3. Bougouriba	9	17	12	5	20	72	11
12. Kenedougo	4	19	1	24	21	73	12
29. Yatenga	13	13	18	10	8	75	13
14. Kouritenq	25	3	21	7	5	86	14
18. Oubritenq	22	5	8	11	22	90	15
2. Bazega	24	6	10	8	19	91	16
1. Bam	17	10	11	14	24	93	17
16. Nahouri	10	21	16	22	17	96	18
9. Gourma	11	28	20	15	18	103	19
7. Ganzourgou	16	8	15	23	25	103	20
23. Sanmatenq	21	16	19	25	23	125	21
25. Sissili	18	24	23	13	30	126	22
22. Sanguie	26	12	14	21	29	128	23
20. Passore	20	11	22	28	31	132	24
28. Tapoa	23	30	25	19	14	134	25
24. Seno	19	27	28	31	12	136	26
13. Kossi	29	25	30	17	16	146	27
19. Oudalan	27	31	27	26	9	147	28
8. Gnagna	31	23	26	29	26	166	29
17. Namentenq	30	26	31	27	27	171	30
26. Soum	28	29	29	30	28	172	31

* Source: Rapport annuel sur les infrastructures, Dec. 1985.
** Total = 2 x (1) + (2) + (3) + (4) + (5)
# Non-compris le personnel des Directions Centrales.
Non-compris la Commune de Bobo Dioulasso et l'Hopital National.

CAPACITE D'ACCEUIL PAR PROVINCE
BURKINA FASO, 1985 *

	Places d' hospit.	Hab par place d'hospit.	Rang	Places de matern.	Naiss. attend/ place de mat.	Rang
1. Bam	50	3285	24	65	126	14
2. Bazega	141	2177	19	161	95	8
3. Bougouriba	100	2215	20	135	82	5
4. Boulgou	399	1011	4	333	61	1
5. Boulkiemde	242	1502	11	288	63	4
6. Comoe	194	1291	6	133	94	6
7. Ganzourgou	59	3322	25	51	192	23
8. Gnagna	69	3322	26	35	327	29
9. Gourma	150	1961	18	110	134	15
10. Houet #	##	1900	15	##	140	16
Bobo Dsso	737	309	1	117	97	9
11. Kadiogo	655	701	2	159	144	18
12. Kenedougou	54	2587	21	36	194	24
13. Kossi	##	1901	16	##	141	17
14. Kouritenga	188	1048	5	104	95	7
15. Mouhoun	215	1345	7	237	61	3
16. Nahouri	54	1950	17	29	182	22
17. Namentenga	58	3428	27	46	216	27
18. Oubritenga	115	2637	22	138	110	11
19. Oudalan	74	1429	9	26	203	26
20. Passore	29	7763	31	36	313	28
21. Poni	268	875	3	74	158	20
22. Sanguie	48	4548	29	68	161	21
23. Sanmatenga	131	2812	23	91	202	25
24. Seno	140	1643	12	17	677	31
25. Sissili	46	5366	30	101	122	13
26. Soum	42	4535	28	26	366	30
27. Sourou	149	1797	13	220	61	2
28. Tapoa	85	1872	14	55	145	19
29. Yatenga	383	1403	8	249	108	10
30. Zoundweogo	105	1478	10	70	111	12
TOTAL	3576	2230		1899	210	

* Source: Rapport annuel sur les infrastructures, Dec. 1985.
# Non-compris la Commune de Bobo Dioulasso et l'Hopital National.
Renseignements sur le nombre de places non-fournis; estimation moyenne.

NBRE D'HABITANTS PAR FORMATION SANITAIRE ET PAR PROVINCE
BURKINA FASO, 1985 *

Province	Hop. Nat. et Region	Centres Medicaux	CSPS et D/M	Disp. seul	Matern. seule	Total	Pop. par Form.S.	Rang
1. Bam		1	7	5		13	12,636	11
2. Bazega		1	12	11	2	26	11,807	10
3. Bougouriba		3	6	8		17	13,031	12
4. Boulgou	1	3	24	1	1	30	13,445	13
5. Boulkiemde	1	1	20	2		24	15,150	17
6. Comoe		2	19	4		25	10,020	2
7. Ganzourgou		1	6	7		14	14,000	15
8. Gnagna		1	8	2		11	20,841	26
9. Gourma	1	1	7	9		18	16,340	20
10. Houet #		1	15	15	2	33	10,819	6
Bobo Dsso	1			10	1	12	18,999	24
11. Kadiogo	1	0	3	34	2	40	11,478	9
12. Kenedougou		2	16	0		18	7,762	1
13. Kossi		3	10	0		13	25,416	30
14. Kouritenga		1	10	1		12	16,419	21
15. Mouhoun		3	24	1		28	10,329	5
16. Nahouri		1	4	2		7	15,039	16
17. Namentenga		2	4	1		7	28,400	31
18. Oubritenga		3	13	9	2	27	11,231	8
19. Oudalan		1	3	1		5	21,143	27
20. Passore		1	5	6	1	13	17,317	22
21. Poni	1	2	10	10		23	10,196	3
22. Sanguie		1	9	3	3	16	13,643	14
23. Sanmatenga		2	9	8	4	23	16,016	19
24. Seno	1	1	7	1		10	23,004	28
25. Sissili		2	12	0		14	17,632	23
26. Soum		2	3	3		8	23,808	29
27. Sourou		3	20	2	1	26	10,299	4
28. Tapoa		2	6			8	19,890	25
29. Yatenga	1	3	20	4	6	34	15,900	18
30. Zoundweogo		1	5	7	1	14	11,082	7
TOTAL	8	51	317	167	26	569	14,018	

* Source: Rapport annuel sur les infrastructures, Dec. 1985.
# Non-compris la Commune de Bobo Dioulasso et l'Hopital National.

RAYON D'ACTION DES FORMATIONS SANITAIRES
BURKINA FASO, 1985 *

	Superficie	Nbre de Form.San.**	Rayon d'Action	Rang
1. Bam (Kongoussi)	4022	13	9.9	10
2. Bazega (Kombissiri)	5325	26	8.1	6
3. Bougouriba (Diebougou)	7095	17	11.5	17
4. Boulgou (Tenkodogo)	9034	30	9.8	9
5. Boulkiemde (Koudougou)	4140	24	7.4	4
6. Comoe (Banfora)	18396	25	15.3	22
7. Ganzourgou (Zorgho)	4094	14	9.6	8
8. Gnagna (Bogande)	8602	11	15.8	23
9. Gourma (Fada-N'Gourma)	26619	18	21.7	28
10. Houet #	16092	33	12.5	20
Bobo Dsso	580	12	3.9	2
11. Kadiogo (Ouagadougou)	1184	40	3.1	1
12. Kenedougou (Orodara)	8,307	18	12.1	19
13. Kossi (Nouna)	13,177	13	18.0	25
14. Kouritenga (Koupela)	1628	12	6.6	3
15. Mou-Houn (Dedougou)	10443	28	10.9	15
16. Nahouri (Po)	3845	7	13.2	21
17. Namentenga (Boulsa)	7557	7	18.5	26
18. Oubritenga (Ziniare)	4700	27	7.4	5
19. Oudalan (Gorom-Gorom)	10047	5	25.3	31
20. Passore (Yako)	4085	13	10.0	11
21. Poni (Gaoua)	10371	23	12.0	18
22. Sanguie (Reo)	5168	16	10.1	12
23. Sanmatenga (Kaya)	9221	23	11.3	16
24. Seno (Dori)	13,473	10	20.7	27
25. Sissili (Leo)	13,736	14	17.7	24
26. Soum (Djibo)	13353	8	23.0	29
27. Sourou (Tougan)	9,487	26	10.8	14
28. Tapoa (Diapaga)	14,780	8	24.3	30
29. Yatenga (Ouahigouya)	12,292	34	10.7	13
30. Zoundweogo (Manga)	3,453	14	8.9	7
TOTAL	274,306	569	12.4	

* Source: Rapport annuel sur les infrastructures, Dec. 1985.
** Les formations sanitaires comprennent les HN, les CHR, les CM, et les CSPS, les dispensaires et les maternites seules.
# Non-compris la Commune de Bobo Dioulasso et l'Hopital National.

NBRE D'HABITANTS PAR PERSONNEL SANITAIRE PAR PROVINCE
BURKINA FASO, 1985 *

Province	Nbre de Pers.S.**	Hab. par Pers.S.	Rang
1. Bam	44	3,733	17
2. Bazega	70	4,385	24
3. Bougouriba	77	2,877	9
4. Boulgou	111	3,634	14
5. Boulkiemde	151	2,408	7
6. Comoe	119	2,105	5
7. Ganzourgou	53	3,698	16
8. Gnagna	33	6,947	31
9. Gourma	94	3,129	11
10. Houet #	244	1,463	3
Bobo D'sso	270	844	2
11. Kadiogo ##	617	744	1
12. Kenedougou	70	1,996	4
13. Kossi	62	5,329	29
14. Kouritenga	43	4,582	25
15. Mouhoun	101	2,863	8
16. Nahouri	34	3,096	10
17. Namentenga	34	5,847	30
18. Oubritenga	75	4,043	22
19. Oudalan	20	5,286	27
20. Passore	57	3,949	20
21. Poni	108	2,171	6
22. Sanguie	47	4,644	26
23. Sanmatenga	92	4,004	21
24. Seno	59	3,899	19
25. Sissili	64	3,857	18
26. Soum	36	5,291	28
27. Sourou	76	3,523	12
28. Tapoa	39	4,080	23
29. Yatenga	151	3,558	13
30. Zoundweogo	42	3,694	15
TOTAL	3093	2,579	

* Source: Rapport annuel sur les infrastructures, Dec. 1985.
# Non-compris la Commune de Bobo Dioulasso et l'Hopital National.
Non-compris le personnel des Directions Centrales.
** Le personnel en question concerne toutes les catégories depuis les Médecins jusqu'aux AIS.

BURKINA FASO

POPULATION: 7,976,019

ESTIMATION DES INDICES A PARTIR DES DONNEES POUR 1e ET 2e TRIMESTES

	TOTAL PROVIN	NBRE RAP SUR 60	TOTAL AJUSTE	INDICATEUR	VALEUR
ACCHTS ASSISTES	51,170	58	52,934	COUV. OBSTET:	26.5%
NOUV CONSULT PREN	65,656	58	67,920	COUVERT CPN:	34.1%
DECES PERINAT.	1,898	58	1,963	MORT. PERINAT:	37.1
UTILISAT. DE PF	3,545	58	3,667	UTIL/1.000 FEM:	2.02
VACCINATIONS < 1 AN					
BCG < 1 AN	45,061	58	46,614	COUV VACCINALE:	27.8%
ROUGEOLE < 1 AN	99,011	58	102,425	COUV VACCINALE:	61.2%
COMPLETEMENT VACC.					
Dernier DTCOQ-P 3e	18,465				
Dernier DTCOQ-P 2e	5,804				
TOTAL < 1 AN	24,269	58	25,106	COMPLET VACCINE:	15.0%
ASSIDUITE (TOUT AGE)					
Dernier DTCOQ-P 3e	82,543				
Dernier DTCOQ-P 2e	16,120				
TOTAL	98,663	58	102,065		
DTCOQ-P 1e	236,301				
TOTAL	236,301	58	244,449	ASSIDUITE:	41.8%
CAS DE ROUGEOLE	7,460	56	7,993	INCID/10.000:	10.0
DECES MATERNELS	185	58	191	MORT MATERNELLE:	1.0
NOUVELLES CONSULT	1,221,792	58	1,263,923	CONSULT/ HAB/ AN:	0.32
ANCIENNES CONSULT	1,865,021				
TOTAL	3,086,813	58	3,193,255	CHARGE TRAV/J/FS:	37
TB INSCRITS	2,289	58	2,368	PREV TB/100.000:	29.7
LEPREUX INSCRITS	38,261	54	42,512	PREV LEP/100.000:	533.0
SCHISTOSOMIASE	16,268	58	16,829	INCID./100.000:	211.0
DRACUNCULOSE	820	58	848	INCID./100.000:	10.6

Fiche 1

RAPPORT ANNUEL DE L'INFRASTRUCTURE

Liste de toutes les formations sanitaires (CHR,CM,CSPS, D/M) .-Nom de la Province ..... Année: .....

Noms des Départements	Localité (nom de la F.S.)	Type de F.S.	Services existants	Capacité d'hospitalisation en :				Etat des bâtiments: 1= bon 2= moyen 3= mauvais utiliser 1 chiffr	Existence de	
				hospitalisation géneral		maternité				
				capacité totale	dont avec lits	capacité totale	dont avec lits		électricité oui/non	eau

Fiche 1

RAPPORT ANNUEL DE L'INFRASTRUCTURE

Liste de toutes les formations sanitaires (CHR,CM,CSPS, D/M) .-Nom de la Province ..... Année: .....

Noms des Départements	Localité (nom de la F.S.)	Type de F.S.	Services existants	Capacité d'hospitalisation en :				Etat des bâtiments: 1= bon 2= moyen 3= mauvais utiliser 1 chiffr	Existence de	
				hospitalisation génerale		maternité				
				capacité totale	dont avec lits	capacité totale	dont avec lits		électricité oui/non	eau

Fiche 3

PERSONNEL TOTAL (SOUS LA SUPERVISION DU DPS)

Nom de la Province: ..... Année: .....

Catégories de personnel	NATIONAUX		ETRANGERS	
	hommes	femmes	hommes	femmes
1)- Médecins (spécialisation)				
généralistes				
chirurgiens				
pédiatres				
internistes				
gynéco-obstétriciens				
psychiatres				
anesthésistes				
de santé publique				
ophtalmologues				
O.R.L. -stomato				
radiologues				
anapaths				
médecine du travail				
acuponcture				
.....				
.....				
2) Pharmaciens				
Préparateurs en pharmacie				
Chimistes				
3) Infirmier(e)s - Assistants de santé				
Infirmiers d'Etat				
Infirm. brevetés spéc.				
Infirmiers brevetés				
4) Sages-femmes (+ maïeuticiens)				
Accoucheuses auxiliaires				
Matrones				
5) Autres personnels de santé				
Conseillers en S.P.				
Nutritionnistes				
Laborantins (non compris dans N°3)				
Techn. supérieurs de labo				
Techniciens d'assainissement				
Agents Itinérants de Santé				
Aides laborantins				
Garçons et filles de salle				

Fiche 4

PERSONNEL AU NIVEAU DE: DPS, CHR, CM- UNIQUEMENT

Nom de la Province: ..... Année: .....

Personnel / Niveaux	Médecins	Pharmaciens	Chirurg. dentistes	Assist. de santé	IDE	IBS	IB	S.-F. maïet.	Accouch. auxil.	matrones	AIS	Laborantins	Garçons Filles de sall.	....
DPS														
CHR: nom														
CM: nom														
CM: nom														
CM: nom														
CM: nom														
TOTAL														

Fiche 5 PERSONNEL AU NIVEAU CSPS, D, M. UNIQUEMENT

Nom de la Province: ..... Année: .....

Personnel / Formations	médecins	assistants de santé	Infirm. d'Etat	IBS	IB	Sages-femmes + maïeuticiens	accoucheuses auxiliaires	matrones	AIS	Laborantins	Garçons et filles de salle			

Fiche 6 SERVICES EXISTANTS AU NIVEAU DE: H.N., CHR et CM avec leurs lits

Nom de la Province: ..... Année: .....

Différents Niveaux	SERVICES EXISTANTS													
	Médecine	Pédiatrie	Chirurgie	Maternité	Ophtalmo	ORL-Stomato	Consultations générales	SMI-CREN	Mal. infectieuses	Anesthésie	Laboratoire	Radiologie	Cabinet dentaire	Banque de sang
Hôpital National de ..... Nombre de lits en														
CHR de: ..... Nombre de lits en														
CM de ..... Nombre de lits en														
CM de ..... Nombre de lits en														
CM de ..... Nombre de lits en														

Cochez dans la colonne correspondante si le service existe,
et mettre en dessous le nombre de lits existants dans ce service.

Fiche 7

DOMAINE DE SPECIALISATION DES ASSISTANTS DE SANTE ET DES IBS

Nom de la Province: .... Année .....

Catégories	Domaine de spécialisation	Nombre
Assistants de santé: Détaillez par spécialité les Assistants de santé mentionnés à la fiche N° 4		
Infirmiers brevetés spécial. Détaillez par spécialité les Infirmiers brevetés spécialistes mentionnés à la Fiche N° 4		

Fiche 8

PERSONNEL DE SOUTIEN

Nom de la Province: ..... Année: .....

Catégories de personnel	Personnel émargeant au			Tot
	Budget national	Budget provincial	Bénévoles et autres	
Secrétaires				
Dactylographes				
Standardistes (téléphonist)				
Comptables				
Aides comptables				
Administrateurs des hôpit.				
Aides- comptables				
Agents de bureau				
Chauffeurs				
Chauffeurs-mécaniciens				
mécaniciens				
Plantons				
Plombiers				
Gardiens				
Cuisiniers				
Blanchisseurs				
Tailleurs				
Menuisiers				
Ouvriers des T.P.				
Manoeuvres				
Electriciens				
Peintres				

Fiche 9 EQUIPEMENT EN MATERIEL ET MOYENS

Nom de la Province: .....Année.

Matériel et moyens	Quantité (nombre)
1- Matériel roulant	
Ambulances	
Véhicules techniques	
Véhicules de fonction	
Motos et mobylettes	
Bicyclettes	
Autres (préciser)	
2- Matériel technique	
Microscopes	
Appareils de radio	
Chaises dentaires	
Pad-O-Jet	
Immo-Jet	
Appareils de stérilisation	
Appareils d'anesthésie	
3- Chaîne de froid : combien fonctionnent au:	
courant / gaz / pétrole / mixte	
Frigidaires /.....\/ /....\/ /.....\/ /.....\/	
Congélateurs /.....\/ /....\/ /.....\/ /.....\/	
Caisses isothermes	
4- Moyens d'équipement	
Nombre de F.S. raccordées à - SONABEL (courant)	
- ONEA (eau)	
Nombre de F.S. fonctionnant avec groupe électrogènes	
Nombre de F.S. fonctionnant avec énergie solaire	
Nombre d'appareils de photocope /____/, de Ronéo /____/	
Nombre de calculatrices	
Autres	
_____	
_____	
_____	

MINISTERE DE LA SANTE BURKINA FASO

FICHE D'IDENTITE

Province de .....

Département .....

Nombre de Villages .....

Population totale couverte .....

Nombre de PSP/CSPS existants .....

Nom de la Formation Sanitaire .....

Catégorie (CHR/CM/CSPS/D/M) .....

Année de Construction .....

Matériaux de construction .....

Etat du bâtiment .....

Personnel existant (qualification)	Nombre	dont étrangers
1 - Professionnel		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
2 - De Soutien		
-		
-		
-		
-		
-		

Services existants	Nombre de places	Nombre de lits
-		
-		
-		
-		
-		

Equipement

1 - Matériel roulant

-
-
-
-

2 - Matériel autre

-
-
-
-

Approvisionnement en eau de la formation

Puits /___/ Forage /___/ Pompe /___/ retenue d'eau /___/

Pharmacie à "2 Km"

- Dépôts pharmacie ...
- Pharmacies Villageo:

Assainissement

Latrine à la Formation Sanitaire ?

OUI /___/ NON /___/

Etabli le .....

Guide pour la Confection et l'Utilisation des Cahiers des Agents de Santé Communautaire et pour l'Utilisation du Registre de Supervision

Au niveau des PSP, chaque Agent de Santé Communautaire (ASC) utilisera un cahier. On designe par ASC les Agents de Santé Villageois (ASV), et les Accoucheuses Villageoises (AV).

I. LA CONFECTION DES CAHIERS

Pour confectionner les cahiers, il faut cinq éléments:

1. un cahier d'écolier (de préference d'environ 48 pages)
2. une lame ou une paire des ciseaux
3. de la colle pour papier
4. les bandelettes imprimées avec les dessins
5. un crayon ou un bic et des crayons de couleur (vert, jaune et rouge)

Pour l'AV, la bandelette montre un brassard coloré pour la supervision de l'état nutritionel, et les activitées de SMI.

Pour l'ASV, la bandelette montre les dessins des cas de diarrhées et d'autre maladies.

La confection s'éffectue en cinq étapes:

1. si les bandelettes ne sont pas encore découpées en unités simples, il faut le faire. Si le dessin du brassard n'est pas encore coloré, il faut le faire.

2. ouvrir le cahier au milieu, mettre la bandelette à la hauteur de la page et marquez avec un crayon la marge du bas de la bandelette.

3. couper toutes les pages du cahier sur la ligne que vous avez préalablement tracé, mais faites attention de ne pas couper la couverture du cahier.

4. mettre de la colle sur le dos de la bandelette.

5. prendre le bord droit de la bandelette et aligner ce bord avec la limite droite du cahier, et coller la bandelette sur l'intérieur de la couverture du cahier à la hauteur du cahier.

II. L'UTILISATION DES CAHIERS DES ASC

1. Sur la première page marquer le nom de l'ASC, le nom du village, le mois et l'année de commencement du cahier.

2. Ouvrir une page, et tracer des lignes verticales en dessous des lignes qui séparent les différents dessins, et en dessous des lignes qui séparent les différentes couleurs du brassard SMI. Ensuite, au milieu de la page, tracer une ligne horizontale.

3. Sur le côté gauche, marquer le mois de démarrage d'utilisation du cahier. Cette page peut servir un mois, environ.

4. Maintenant, pendant les différentes activités réalisées par l'ASC, il elle peut cocher en dessous du dessin correspondant. Un trait vertical designe un cas jusqu'au quatrième. Puis un trait horizantal coupant les 4 traits traduira 5 cas vus.

III. L'UTILISATION DU CAHIER DE L'AV

Pour les colonnes "PERIMETRE BRACHIAL", il est suggéré de convoquer les enfants une fois par mois pour prendre le périmètre brachial. Les enfants qui viennent à la convocation mensuelle seront cochés en dessus de la ligne horizontale. Les enfants dans le trait jaune seront suivis au village une fois par semaine avec conseil nutritionel et démonstration nutritionelle. Les enfan dans le trait rouge seront envoyés au dispensaire. Les visites de suivi des enfants malnutris seront marquées en dessous de la ligne horizontale.

Pour la colonne "FEMMES ENCEINTES SUIVIES", il s'agit du nombre de femmes effectivement suivies par l'AV. Dans ce cas les femmes suivies devront recevoi la chloroquine, du fer et l'acide folique, et seront revues régulièrement par l'AV. Les visites mensuelles seront cochés en dessus de la ligne horizantale. Si la femme vient plusieurs fois dans le mois, elle sera cochée en dessous de l ligne horizontale.

Pour la colonne "ACCOUCHEMENTS ASSISTES", il s'agit du nombre d'accouchements assistés par l'AV, elle-même.

Pour la colonne "ACCOUCHEMENTS NON-ASSISTES", il s'agit du nombre d'accouchements dans le village non-assistés par l'AV. Cependant, des accouchements à la maternité ne seront pas comptés dans ce chapitre.

Pour les colonnes "EVACUATIONS" et "DECES MATERNELS", il s'agit du nombre d'évacuations ou de décès maternels dans le village. Tous ces événements doive être pris en compte , même si l'AV n'a pas soigné la femme concernée.

IV. L'UTILISATION DU CAHIER DE L'ASV

Pour les colonnes concernant les DIARRHEES et les différentes maladies, l'ASV doit cocher le nombre de nouveaux malades (nouvelles consultations) au dessus de la ligne horizontale. Les visites de soins (anciennes consultations) seront cochées en dessous de la ligne horizontale.

Le titre, AUTRES MALADIES, a été enlevé pour laisser place au Ver de Guinée Ceci parce que l'Assemblée Mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a passé un resolution visant l'élimination du Ver de Guinée d'ici 1995.

Pour la colonne "DECES DANS LE VILLAGE", l'ASV doit inclure tous les décès, même les décès maternels ou d'autres malades qu'il n'a pas soignés, s'il en existe.

V. A LA FIN DU MOIS

A la fin de chaque mois, l'ASC doit tourner une page et mettre le nom du nouveau mois du côté gauche.

N.B.: Dites aux ASC de faire bien leur cahier parce qu'il est le reflet de leur travail pour la Cellule de Santé et pour les superviseurs.

17

VI. L'UTILISATION DU REGISTRE DE SUPERVISION

Au niveau des CSPS, dispensaires et maternités, les agents superviseurs des Agents de Santé Communautaires (ASC) utiliseront un Registre de Supervision. Dans le nouveau modèle, il y a plus de place pour les observations, et plus des données sont rélévées sur les activités de l'ASV, voir modèle ci-joint.

Ce registre comprend deux parties: une partie donnant la liste des villages du rayon d'action du CSPS et l'autre partie consacrée à la supervision proprement dite.

La LISTE DE VILLAGES: Tous les villages dans le rayon d'action de la formation sanitaire sont à enumerer une fois avec les populations, les noms des ASC et les observations concernant le milieu. Ceci se fera au crayon, pour prévoir des corrections à apporter éventuellement par la suite. C'est le cas avec le récensement de 1985 où il y aura de nouveaux chiffres concernant la population qu'il faudra actualiser.

La SUPERVISION proprement dite: Cette partie est à remplir au moment des visites de supervision. Pour cela, pendant une visite de supervision, il faut d'abord, marquer la DATE et le VILLAGE, et ensuite cocher la case correspondante au TYPE D'ASC SUPERVISE, suivant qu'il s'agit d'une AV ou d'un ASV. Ensuite, suivre les étapes énumerées ci-dessous.

OBSERVATIONS: Indiquer la ou les activités observées au cours de la supervision de l'ASC (pansement, mésure du périmètre brachial, etc.). Si besoin est, noter les observations nécéssaires à la partie reservée à cette fin. Aussi, preciser au besoin le type d'insuffisance de la trousse, les causes des décès maternels, les épidémies, l'état de fonctionnement de la cellule de santé, etc.

Pour la colonne "ETAT DE LA TROUSSE", elle sera remplie en utilisant les definitions suivantes:

C = Complet Cela signifie que: Pour l'AV, il y a au moins 100 comprimés de chloroquine, 100 comprimés de fer avec l'acide folique, et 2 flacons d'Argyrol dans la trousse.

Pour l'ASV, il y a au moins 100 comprimés de chloroquine, 100 comprimés d'aspirine, 20 sachets de sels de rehydratation orale (SRO), et 3 tubes de pommade ophtalmologique dans la trousse.

I = Incomplet Cela signifie qu'il y a risque de rupture de stock.

On reconnait que les seuils suggérés doivent dépendre de la situation géographique d'un PSP par rapport à sa source d'approvisionnnement et le rythme de consommation des médicaments dans le village; dans ce cas le Directeur Provincial de la Santé peut modifier ces seuils pour l'agent superviseur.

Relever les données enregistrées par l'ASC depuis la dernière visite de supervision. Selon le rythme de supervision, cet intervalle peut varier d'un à plusieurs mois.

A la fin du mois, l'agent superviseur devra tracer une ligne horizontale en rouge et faire les totaux en rouge des colonnes où il a enregistré des données. Ces totaux seront rapportés sur le Rapport Trimestriel: Poste de Santé Primaire. Le chapitre sur les activités des PSP n'est plus compris dans les rapports mensuels.

REGISTRE DE ACCOUCHEUSE

DATE	VILLAGE	TYPE d'ASC supervisé (Cochez)		ETAT* de la Trousse		Femmes enceintes suivies par l'AV	Nbre d'Accouchements			DECES maternel
		AV	ASV	AV	ASV		assistés par l'AV	non-assistés	évacués	
Rapport:										

Observations :

Observations :

Observations :

Observations :

Observations :

VILLAGEOISE

AGENT DE SANTE VILAGEOIS

PERIMETRE BRACHIAL			DIARRHEES		Rougeole	Fièvre	Conjonctivite	Plaies	Ver de Guinée	Evacuations	NOMBRE total de décès dans le village
Vert	Jaune	Rouge	Enfants	Adultes							

Diarrhées enfants	Diarrhées. adultes	Rougeole	Fièvre	Conjonctivite	Plaies	Ver de Guinée	Evacuations	Decès dans le village
Diarrhées enfants	Diarrhées. adultes	Rougeole	Fièvre	Conjonctivite	Plaies	Ver de Guinée	Evacuations	Decès dans le village
Diarrhées enfants	Diarrhées. adultes	Rougeole	Fièvre	Conjonctivite	Plaies	Ver de Guinée	Evacuations	Decès dans le village
Diarrhées enfants	Diarrhées. adultes	Rougeole	Fièvre	Conjonctivite	Plaies	Ver de Guinée	Evacuations	Decès dans le village
Diarrhées enfants	Diarrhées. adultes	Rougeole	Fièvre	Conjonctivite	Plaies	Ver de Guinée	Evacuations	Decès dans le village

vert	J	Rouge	Femmes suivies	Accouchements assistés	Accouchements non-assistés	Evacuations	Décès Maternels
vert	J	Rouge	Femmes suivies	Accouchements assistés	Accouchements non-assistés	Evacuations	Décès Maternels
vert	J	Rouge	Femmes suivies	Accouchements assistés	Accouchements non-assistés	Evacuations	Décès Maternels
vert	J	Rouge	Femmes suivies	Accouchements assistés	Accouchements non-assistés	Evacuations	Décès Maternels
vert	J	Rouge	Femmes suivies	Accouchements assistés	Accouchements non-assistés	Evacuations	Décès Maternels

SD/ZIA.

/)/)INISTERE DE LA SANTE

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

SECRETARIAT GENERAL

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

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

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

BURKINA FASO

LA PATRIE OU LA MORT, NOUS VAINCRONS

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

POSTE DE SANTE PRIMAIRE

RAPPORT TRIMESTRIEL

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

Province : _____

Trimestre : I II III IV, 19__

(Rayer les mentions inutiles).

CSPS/CM/CHR/Dir. Pro. de : _____

(Rayer les mentions inutiles).

1. Nombre total de villages : _____
2. Nombre de villages couverts par PSP : _____
3. Population couverte : _____
4. Nombre d'A.V. : _____ A.S.V. : _____ (à la fin du trimestre)
5. Supervision

5.1. Nombre de visites de supervisions effectuées aux PSP pendant le trimestre : _____

5.2. Etat des trousses :

- A.V (nombre complet : _____ (nombre incomplet : _____
- A.S.V. (nombre complet : _____ (nombre incomplet : _____

6. Activités des A.V.

6.1. Femmes en grossesse suivie : _____

6.2. Accouchements assistés : _____

6.3. Accouchements non-assistés : _____

6.4. Evacuations : _____

6.5. Décès maternels : _____

6.6. Périmètre brachial _____

Vert : _____ Jaune: _____ rouge : _____

7. Activités des A.S.V.

7.1. Cas de diarrhées enfant : _____ adulte : _____

7.2. Rougeole : _____ 7.3 Fièvre: _____

7.4. Conjonctivite : _____ 7.5.Plaies: _____

7.6. Ver de guinée : _____ 7.7.Evacuations : _____

7.8. Décès dans le village : _____

N° d'ordre: _____ LA MERE

Nom et Prénom: _____

Age: _____

Gest: _____ Parité: _____ Avort: _____

Enf viv: _____ Morts né: _____ DCD: _____

Mois et année de naissance du dernier enfant

né-vivant: _____

Est-il vivant? oui_____ non_____

Nom du mari: _____

Prof: _____

Addresse: _____ /_/ du village /_/ d'ailleurs

OBSERVATIONS

Déroulement de l'accht:

Soins mère

Examen du placenta:

Poids:

Soins enf.

L'ENFANT N° d'ordre: _____

né-vivant ___ ou mort-né _____

le _____/_____/ 19_____ à _____h _____

Sexe: M ____ F ____ APGAR: _____ / _____

Poids à la naiss:_____g ou: A B C D

Taille: _____ cm PC:_____cm PT:_____cm

Sortie le _____/_____ / 19_____

Poids à la sortie: _____ g

Vaccinations BCG: _____ Polio orale: _____

Malformations: _____

N° d'ordre: _____ LA MERE

Nom et Prénom: _____

Age: _____

Gest: _____ Parité: _____ Avort: _____

Enf viv: _____ Morts né: _____ DCD: _____

Mois et année de naissance du dernier enfant

né-vivant: _____

Est-il vivant? oui_____ non_____

Nom du mari: _____

Prof: _____

Addresse: _____ /_/ du village /_/ d'ailleurs

OBSERVATIONS

Déroulement de l'accht:

Soins mère

Examen du placenta:

Poids:

Soins enf.

L'ENFANT N° d'ordre: _____

né-vivant ___ ou mort-né _____

le _____/_____/ 19_____ à _____h _____

Sexe: M ____ F ____ APGAR: _____ / _____

Poids à la naiss:_____g ou: A B C D

Taille: _____ cm PC:_____cm PT:_____cm

Sortie le _____/_____ / 19_____

Poids à la sortie: _____ g

Vaccinations BCG: _____ Polio orale: _____

Malformations: _____

URKINA FASO
MISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
IRECTION PROVINCIALE DE LA SANTE
UBLIQUE DE .....

TELEGRAMME LETTRE HEBDOMADAIRE DES MALADIES TRAMISSIBLES

Semaine N°.....DU.....AU.....

CODE	DEPARTEMENTS / NOSOLOGIE	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
001	CHOLERA																				
009	MALADIES DIARRHEIQUES																				
022	CHARBON																				
032	DIPHTERIE																				
033	COQUELUCHE																				
036	M.C.S.																				
037	TETANOS																				
043	POLIOMYELITE																				
050	VARIOLE																				
052	VARICELLE																				
055	ROUGEOLE																				
060	FIEVRE JAUNE																				
070	HEPATITE VIRALE																				
071	R A G E																				
084	PALUSDISME																				
086	TRYPANOSOMIASL																				
091	SYPHILIS																				
098	GONORRHEE																				
102	P I A N																				
771.3	TETANOS NEO-NATAL																				

Pour la confection de ce T.L.O : -Nombre de rapports attendus _____ le Directeur Provinciale de

-Nombre de rapports reçus _____ Santé Publique de .....

CALENDRIER DES T.L.O.H. DES MALADIES TRANSMISSIBLES POUR L'ANNEE 1987

JANVIER

emaine N° 1 du 29/12/86 au 4/1/87
2 du 5/1/87 au 11/1/87
3 du 12/1/87 au 18/1/87
4 du 19/1/87 au 25/1/87
5 du 26/1/87 au 1/2/87

FEVRIER

emaine N° 6 du 2/2/87 au 8/2/87
7 du 9/2/87 au 15/2/87
8 du 16/2/87 au 22/2/87
9 du 23/2/87 au 1/3/87

MARS

emaine N° 10 du 2/3/87 au 8/3/87
11 du 9/3/87 au 15/3/87
12 du 16/3/87 au 22/3/87
13 du 23/3/87 au 29/3/87

AVRIL

emaine 14 du 30/3/87 au 5/4/87
15 du 6/4/87 au 12/4/87
16 du 13/4/87 au 19/4/87
17 du 20/4/87 au 26/4/87
18 du 27/4/87 au 3/5/87

MAI

emaine n° 19 du 4/5/87 au 10/5/87
20 du 11/5/87 au 17/5/87
21 du 18/5/87 au 24/5/87
22 du 25/5/87 au 31/5/87

JUIN

emaine n° 23 du 1/6/87 au 7/6/87
24 du 8/6/87 au 14/6/87
25 du 15/6/87 au 21/6/87
26 du 22/6/87 au 28/6/87

JUILLET

Semaine N° 27 du 29/6/87 au 5/7/87
28 du 6/7/87 au 12/7/87
29 du 13/7/87 au 19/7/87
30 du 20/7/87 au 26/7/87
31 du 27/7/87 au 2/8/87

AOUT

Semaine N° 32 du 3/8/87 au 9/8/87
33 du 10/8/87 au 16/8/87
34 du 17/8/87 au 23/8/87
35 du 24/8/87 au 30/8/87

SEPTEMBRE

Semaine N° 36 du 31/8/87 au 6/9/87
37 du 7/9/87 au 13/9/87
38 du 14/9/87 au 20/9/87
39 du 21/9/87 au 27/9/87

OCTOBRE

Semaine N° 40 du 28/9/87 au 4/10/87
41 du 5/10/87 au 11/10/87
42 du 12/10/87 au 18/10/87
43 du 19/10/87 au 25/10/87
44 du 26/10/87 au 1/11/87

NOVEMBRE

Semaine n° 45 du 2/11/87 au 8/11/87
46 du 9/11/87 au 15/11/87
47 du 16/11/87 au 22/11/87
48 du 23/11/87 au 29/11/87

DECEMBRE

Semaine n° 49 du 30/11/87 au 6/12/87
50 du 7/12/87 au 13/12/87
51 du 14/12/87 au 20/12/87
52 du 21/12/87 au 27/12/87
53 du 28/12/87 AU 3/1/88

126

MODELE : FICHE INTERMEDIARE POUR LES SERVICES HOSPITALIERS

Pour chaque malade sorti enregistrer le diagnostic de sortie et cocher la tranche d'âge et le mode de sortie.

SERVICE : _____ MOIS: _____ 19 _____

Diagnostic de Sortie	Age			Adultes		Guéri	Evacué	Evadé	Décédé
	0 -11 m	01-4 Ans	5-14 Ans	H	F				

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

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 Xérophthalm
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'enfants référés pour malnutrition :

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 : (Voir verso)

128

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 4 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 pourcentages 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.

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

-:-:-:-:-:-

PROVENCE DE : _____

FORMATION SANITAIRE DE : _____

MOIS : _____ ANNEE : _____

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				

Nombre d'enfants avec xérophtalmie : _____

Nombre d'enfants référés pour malnutrition : _____

NOMBRE D'ACTIVITES NUTRITIONNELLES	1°sem.	2°sem.	3°sem.	4°sem.	5°sem.	TOTAL/MO
- 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. 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.

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.

EVALUATION DU SEMINAIRE ATELIER

-÷-÷-÷-÷-÷-÷-÷-÷-÷-÷-

1 - Estimez-vous que cet atelier était réellement nécessaire pour vous compte tenu de vos fonctions ?

Donner une note allant de 1 à 5 (1 = pas nécessaire, 5 = indispensable)

2 - Avez-vous compris les objectifs de l'Atelier ?

1 = pas compris 5 = très bien compris

3 - Quels sont les chapitres de l'Atelier qui vous ont le plus intéressés (voir les titres proposés dans le calendrier de l'Atelier)

CHAPITRES	Unité du Sujet					Clarté de l'Exposé				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

1 = inutile 1 = rien compris

5 = indispensable 5 = très bien compris

4 - Quels sont à votre avis les points qui auraient dû être abordés et qui ne l'ont pas été ?

5 - Estimez-vous que cet Atelier était bien organisé ?
(1 = mal organisé) (5 = très bien organisé)

6 - Quelles sont les critiques et suggestions que vous avez à faire pour nous aider à améliorer les futurs Ateliers ?

Evaluation de l'Atelier (du 24 au 28/11/86)

1.) Estimez-vous que cet atelier était réellement nécessaire pour vous compte tenu de vos fonctions

Echelle	1	2	3	4	5	Sans réponse
Réponse	0	0	2	11	46	2

2.) Avez-vous compris les objectifs de l'Atelier ?

Echelle	1	2	3	4	5	S.R
Réponse	1	1	3	23	31	2

3) Quels sont les chapitres de l'Atelier qui vous ont le plus intéressés

Chapitres (ou Sujets)	Utilité du sujet					Clarté de l'exposé				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Les informations générales			1	1	1		–	1	2	–
Introduct. au Guide statist.			2	12	40		1	8	20	25
Introduct. aux Nlles Fiches			4	17	25		1	5	13	27
Cahier P.S.P.		1	6	14	24		–	2	12	31
Fiches intermédiaires			4	13	18		1	5	7	22
Rapport d'infrastructures			10	12	23		1	3	17	24
Importance des stat. à SNIS			–	10	25		–	2	12	21
Registre de maternité			4	10	14		–	5	8	15
Trypano et Oncho			–	3	2		–	–	1	5

4) Quels sont à votre avis les points qui auraient dû être abordés et qui ne l'ont pas été ?

1) Les TLO
2) Le Planning Familial
3) Communication idéologique
4) Problèmes rencontrés sur le terrain
5) Interprétation des données dans la surveillance épidémiologique

5) Estimez-vous que cet atelier était bien organisé ?

Echelle	1	2	3	4	5	SR
Réponses	0	0	7	27	26	1

6) Quelles sont les critiques et suggestions que vous avez à faire pour nous aider à améliorer les futurs ateliers ?

- Suivi de l'atelier sur le terrain (acquis)
- Choisir le moment favorable de l'Atelier
- Préciser à l'avance le lieu de l'Atelier (local)
- La durée de l'atelier est estimée courte par 8 participant
- Continuer la tenue annuelle de l'atelier
- Manque d'accueil des participants à l'arrivée
- Augmenter les perdiems
- Prévoir les logements
- Bien structurer l'emploi du temps
- Classer les dossiers par chapitre avant de les distribuer
- Transport des participants au lieu de l'atelier
- Prévoir deux pauses.
- Donner plus de temps à l'explication des indicateurs

(17) 24-28 Novembre, 1986 / 1

TEST DE COMPREHENSION

% correcte (n=53)

Utilisez le Guide statistique.

93,4 1. En moyenne, combien d'accouchements attendus par 1.000 habitants et par an au Burkina Faso ?

89,6 2. Combien d'accouchements seraient attendus pour un an dans la Province de Kenedougou, si la population est de 139.722 hab. ?

74,5 Supposons qu'à la fin de l'année 2735 accouchements ont été assistés; quelle a été la couverture obstétricale pour l'année ?

84,0 3. En moyenne, il y a combien d'enfants âgés de moins d'un an par 1000 habitants au Burkina Faso ?

86,8 4. Dans la Province de la Comoé (population 250.510 hab.), combien d'enfants âgés de moins d'un an doivent être vaccinés contre la rougeole pendant une année ?

5. Si à la fin de l'année, la Comoé a vacciné le nombre d'enfants suivants:

Vaccin	moins d'un an	1 an et +	Total
BCG	=8.000	6.000	14.000
1 DTCOQ-P	9.000	10.000	19.000
2 DTCOQ-P	6.500	8.000	14.000
3 DTCOQ-P	4.000	7.000	11.000
Rougeole	7.000	11.000	18.000
Fièvre J.	7.000	11.000	18.000

80,2 5.1. Quelle est la couverture vaccinale de moins d'un an pour la rougeole ?

82,1 5.2. pour le BCG ?

50,9 5.3. complètement vaccinés ?

46,2 5.4. quelle est l'assiduité ?

6. Supposons que la Province X avec deux départements qui sont candidats pour une seule autorisation de bâtir un CSPS:

	Département A	Département B
Population	50.000	30.000
Superficie en Km^2	1.000	1.000
Nbre de Form. sanit. exist.	1 CM 2 CSPS	1 CSPS
Personnel de santé	16	4

83,0 Calculez les ratios: 1) Nbre d'habitants / personnel de santé
76,4 2) Nbre d'habitants / formation sanitaire
62,3 3) Rayon d'action.

N.B. Rayon = $\sqrt{\frac{\text{superficie}}{n \times \Pi}}$

79,2 Dans quel département allez-vous mettre ce nouveau CSPS ?

137

25,5 7. Dans la ville de Wakala, il y a un CM avec une maternité. 700 accouchements sont attendus parmi les habitants de la ville; on veut planifier le nombre de lits à la maternité pour accueillir en plus des 700 accouchements, 600 grossesses à haut risque venant des autres départements.

Si le séjour moyen d'une femme à la maternité est de 5 jours; combien de lits faut-il prévoir ?.

Directors' Conference

a. Program

b. Materials

OMNL

B U R K I N A F A S O

-:-:-:-:-:-

/)/)INISTERE DE LA SANTE

-:-:-:-:-:-

SECRETARIAT GENERAL

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

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

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

CONFERENCE DES DC/DPS

BOBO-DIOULASSO (16-19 DECEMBRE 1986)

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

LISTE DES DOCUMENTS

1) Circulaire
2) Thèmes de la Conférence
3) Programme
4) Recommandations Issues du Séminaire des DC/DPS/Pharmaciens Provinciaux du 20 Mai au 1er JUIN 1986.
5) Projet de Renforcement de la DESA
6) Le PEV au BURKINA FASO
   Bilan et Perspectives
7) Note d'information sur la Nouvelle Politique Pharmaceutique au Burkina.
8) Cellule de Suivi des PSP.
9) Fiche analytique des diplômés et Elèves de l'ENSP au 01/10/1986. (Année Scolaire 1986-1987).
10) Protocole enquête CAP/ Resumé des résultats de l'Enquête.
11) PLAN QUINQUENNAL DU DEVELOPPEMENT POPULAIRE/ Province.
12) Guide D'Informations Statistiques et Epidémiologiques.
13) Nouveaux Supports de collectes des Données (DPS,CM/CHR,CSPS).

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

PROPOSITION DE PROGRAMME POUR LA CONFERENCE DES DIRECTEURS CENTRAUX ET PROVINCIAUX DE LA SANTE
(16 - 19 DECEMBRE 1986, BOBO-Dioulasso)

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

Mardi 16 Décembre 1986

8 h - 8 h 30	= Ouverture de la Conférence par la Camarade Ministre de la Santé.
8 h 30 - 9 h	= Adoption des thèmes et du calendrier.
9 h - 10 h	= Evaluation de la mise en oeuvre des recommandations issues de la Conférence du 20 Mai au 1er JUIN 1986.
10 h - 10 h 30	= Pause.
10 h 30 - 11 h 30	= Evaluation de la mise en oeuvre des recommandations (suite).
11 h 30 - 12 h 30	= Concours de salubrité.
12 h 30 - 15 h	= Suspension de séance.
15 h - 18 h	= Politique Pharmaceutique.

Mercredi 17 Décembre 1986

7 h 30 - 9 h 30	= Suivi des PSP
9 h 30 - 10 h	= Pause
10 h - 12 h 30	= Les Vaccinations
12 h 30 - 15 h	= Suspension de Séance.
15 h - 17 h 30	= Discussion sur le SIDA (Pr. TIENDREBEOGO)
20 h	= Conférence politique : les SSP sous la RDP

Jeudi 18 Décembre 1986.

7 h 30 - 10 h = Plan Quinquennal de Développement Populaire
- . PQDP par province
- . Bilan 9 mois .
- . Plans annuels provinciaux 1987
- . Circulaires relatives au PQDP.

.../...

10 h - 10 h 30 = Pause

10 h 30 12 h 30 = Système national d'information sanitaire

- Comte rendu de la réunion sur la revision des supports de collecte de données.
- Présentation des supports revisés
- Proposition d'un rapport annuel provincial et d'indices Sanitaires.
- Problèmes annexes.

15 h - 17 h 30 = Recherches opérationnelles.

- Coût de la Santé.
- Mortalité maternelle.
- Enquête CAP
- Autres enquêtes envisagées.
- Création d'un comité de recherche pour le secteur Santé.

<u>Vendredi 19 Décembre 1986</u>.

7 h 30 - 10 h = Divers

10 h - 10 h 30 = Pause

11 h = Clôture

15 h = Départ.

/)/)INISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

RECOMMANDATIONS ISSUES DU SEMINAIRE DES DIRECTEURS CENTRAUX/DIRECTEURS PROVINCIAUX DE LA SANTE/PHARMACIENS PROVINCIAUX DU 20 MAI AU 1° JUIN 1986.

1. **STATISTIQUES** :

- Pouvoir utiliser le réseau RAT pour les TLO
- Retablir téléphone entre les DPS et le Centre
- Vérifier que l'information demandée aux DPS n'est pas bloquée au n° central avant de faire des communiqués traumatisants.
- Fournir la logistique et le matériel de bureau pour la collecte des données (voitures, mobylettes, calculatrices, armoires, chemises de classement).

. Fiches Statistiques trop compliquées et ne tenant pas compte des besoins de la périphérie : à revoir.

2. **Fiches de suivi des projets**

- Tous les DPS doivent envoyer leurs fiches pour la fin du mois de Juin 1986.

3. **P.D.S.S.**

- Accessibilité de la chloroquine (dispositions à prendre)
- Dispositions à prendre pour rendre satisfaisantes les prestations du FEER en matière de construction.

4. **Approche pour une politique pharmaceutique**

- Elaboration d'une liste de médicaments essentiels par une commission.

.../...

- Ventilation des listes retenues à tous les niveaux.
- Elaboration d'un guide thérapeutique par une commission nationale

Utilisation des médicaments sous leurs noms génériques :

- mise en place d'un Labo. de contrôle
- formation des prescripteurs.

Distribution des médicaments

- Commandes tardives dues au fait que certaines Direction Provinciales de la Santé envoient leurs listes trop en retard ou qu'elles sont inexploitables : situation à corriger.

5. Opération P.S.P.

- L'après PSP repose sur la dotation de tous les CSPS en moyens de supervision (mobylettes, essences entretien mobylettes)
- Favoriser l'acquisition de mobylettes personnelles par paiement à tempérament.
- Recycler les ASC (pas de période fixée)
- Sensibilisation des populations pour la prise en charge des ASC .
- Donner une formation complémentaire aux secouristes hygiénistes formés par certaines DPS pour en faire des agents chargés d'assainissement.

6. P.E.V.

- Utilisation du vaccin Polio injectable par les équipes mobiles (disponibilité ?)
- Fonctionnement des équipes du PEV : matériel à fournir
- Formation en Juillet 1986 en PEV (formateurs provinciaux, responsables des CM/CSPS, réparateur du matérie
- Prise du contrôle de l'exécution des projets financés par des ressources extérieures par les DPS.

7. Grandes endémies

- Intégration de la lutte anti-tuberculeuse dans les Formations Sanitaires.

.../...

- Application de la polychimiothérapie dans la lutte contre la lèpre

- Elaboration de textes reglementant la circulation de la rifampicine et des antituberculeux en général

8. **Formation/Recyclage**

- Début en Octobre/Novembre 86
- Réactualisation projet CNDS

9. **EPS/Assainissement**

- Création d'une Cellule Nationale de promotion de l'Hygiène

- Réaction de la DESA contre la publicité massive de tabac et boissons alcoolisées.

- Activités des Assistants d'assainissement à mettre sous le contrôle des DPS.

- Poursuivre la formation des assistants d'assainissement.

Divers.

- Elaboration par une commission d'une liste de médicaments d'extrême urgence

- Que la coordination de P.F passe aux mains du Ministère de la Santé.

- Propositions des DPS sur le document OMS "Accélerer l'instauration de la SPT/2000 par des activités au niveau local".

Recommandations.

- Achats de médicaments de première urgence
- Subvention de l'Etat aux évacuations sanitaires.

B U R K I N A - F A S O

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL DE LA SANTE

DIRECTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ET L'ASSAINISSEMENT

PROJET DE REINFORCEMENT DE LA DESA

I - INTRODUCTION

Le Discours d'Orientation Politique (D O P) du 2 Octobre 1983 a défini les priorités du Conseil National de la Revolution (C N R) en matière de Santé. Il y est dit en substance que l'accent sera porté, dans le domaine de la santé, sur la prévention par l'immunisation massive, par l'éducation du peuple pour sa santé, par la promotion de bonnes habitudes hygiéniques, et sur la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Le Discours d'Orientation Politique définit par ailleurs, les Soins de Santé Primaires comme fondement de la politique sanitaire du Burkina Faso.

Au regard de cette position du D O P l'on se rend compte que le Conseil National de la Revolution (C N R) veut porter le gros de ses efforts sur la prévention (Vaccination, Education pour la Santé, Promotion de l'Hygiène) et la protection des groupes vulnérables (la mère et l'enfant).

Dans le domaine de l'immunisation, la preuve de la volonté et de l'engagement du C N R est désormais faite avec la réussite de la Vaccination "Commando" et la mise en place progressive des structures du PEV à travers tout le pays. Il en est de même du domaine de la Santé Maternelle et Infantile qui a fait l'objet de mesures concrêtes, dont la création d'une Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, et la tenue de plusieurs séminaires nationaux tendant à la coordination des actions et à une meilleure définition des programmes d'actions en matière de S M I.

Qu'en est-il de l'éducation pour la santé et de l'assainissement ?

144

2 - LES ACTIVITES DE LA DESA

La Direction de l'Education pour la Santé et de l'Assainissement (DESA) est le service du Ministère de la Santé chargé :

- de l'information du public et l'éducation pour la santé,
- de la promotion de l'hygiène de l'environnement.

2.1 Information du public et éducation pour la santé (I.E.S)

Première composante des soins de Santé Primaires (SSP), l'éducation pour la santé à pour finalité de conscientiser l'individu et la collectivité, de les amener à se sentir responsables de leur état de santé, de mobiliser leur participation à la résolution des problèmes touchant leur santé.

Pour arriver à cet objectif les responsables de santé chargés de l'éducation pour la santé doivent observer un certain nombre de principes dans leurs actions :

a) - Identifier directement (par les statistiques sanitaires)et/ou indirectement (par des enquêtes participatives ou des enquêtes C A P auprès des populations) les problèmes de santé vécus par les populations, et connaître leurs besoins engendrés par ces problèmes.

b) - Provoquer des actions susceptibles de resoudre les problèmes identifiés. Ces actions peuvent être menées :

- soit au niveau du Ministère de la Santé par un ou plusieurs services techniques.
- soit au niveau interministériel par un ou plusieurs départements Ministériels.
- soit au niveau des populations concernées.
- soit enfin à plusieurs niveaux à la fois.

c) - Elaborer un (oudes) message (s) en rapport avec le (ou les) problème (s) identifié (s) en direction des populations.

d) - Identifier et mobiliser les canaux sûrs et efficaces de transmission du (ou des) message (s)

.../...

L'IES ne concerne pas un domaine particulier de la santé. Elle s'intéresse aux domaines de la prévention (promotion des vaccination, promotion de l'hygiène de l'environnement etc...), du curatif (méthodes de traitement de certaines affections sourantes à base de produits accessibles à tous et simples à préparer), du promotionnel (lutte contre les mauvaises pratiques - tabagisme, alcoolisme, etc... promotion d'une alimentation équilibrée et de modes de vie saine), et des soins réadaptatifs...

A ce titre elle s'adresse aussi bien à des populations saines, à celles exposées à des risques (cibles), qu'à des malades, et à des agents de santé.

2.1.1. Activités en matière d'IES depuis le 4 Août 1983

Les activités de la DESA en matière d'éducation pour la santé depuis le 4 Août 1983 sont nombreuses. Elles ont consisté en :

- Des émissions radio-diffusées sur des problèmes de santé ;
- L'élaboration de documents de conférences ou de causeries sur des thèmes de santé ;
- La confection de slogans pour la radio et les journaux
- L'élaboration de calendriers annuels ;
- La participation à l'édition de livrets de sensibilisation ou de formation ;
- L'organisation de Semaine Nationale de la Santé ;
- La participation à la sensibilisation et à la mobilisation dans le cadre de la Vaccination "Commando" (1984), de l'Opération "Un Village = Un Poste de Santé Primaire" 1985-1986)
- Encadrement en stage pratique des élèves de l'ENSP ;
- Participation aux seminaires de formation des enseignants en SSP
- Séances d'information et d'éducation sanitaire organisées dans les secteurs et à l'intention de groupes cibles (jeunes, prostituées, barmen) avec les actions de la DESA dans le domaine de l'IES ont été limitées par deux groupes principaux de facteurs :

.../...

- L'insuffisance des moyens financiers et matériels.

- L'insuffisance, et dans une certaine mesure, le manque de personnel qualifié pouvant bien mener les activités dévolues à l'IES.

Ces activités ayant trait à la transformation des mentalités par l'éducation et l'information, leur efficacité suppose que la DESA dispose de spécialistes en communication sociale, d'anthropologue, de spécialiste en enquêtes sociales, et d'un réseau d'enquêteurs à travers le pays, de spécialistes en audio-visuel (cinéma-son-photo, dessinateur - compositeur, journaliste, etc...).

Si ces difficultés étaient levées le service d'IES aurait pu mieux circonscrire les problèmes prioritaires en santé publique, élaborer des programmes adéquats réalisables, et entreprendre des actions concrètes avec des effets plus sensibles.

2.1.2 Activités à venir en matière d'IES

Restructurée et renforcée la DESA à travers son service IES, pourra mener des activités dans les domaines suivants :

- a). La recherche : - la DESA participera à la recherche opérationnelle en matière d'IES ; elle effectuera des enquêtes participatives au niveau des populations cibles des différents messages.

- b) La planification : - la DESA planifiera les activités des services ; elle identifiera les institutions intervenant dans le domaine de l'IES, elle coordonnera les activités de tous les intervenants en matière d'IES.

- c) La production : - la DESA créera des supports pédagogiques pour l'IES ; elle produira du matériel pédagogique à la demande des provinces ; elle élaborera des messages en relation avec les problèmes de santé publique que vivent les populations. Elle éditera des documents éducatifs (livrets, manuels, journaux, etc...) ; elle produira des affiches, réalisera des photos et des films.

- d) la formation

- La DESA, en collaboration avec la Direction de la Formation Professionnelle (DFP) et d'autres institutions, mettra au point des programmes de formation des agents de santé, et notamment :

.../...

- en matière d'utilisation et d'entretien du matériel audio-visuel.
- en matière d'utilisation des aides audio-visuelles
- en matière de fabrication de matériels éducatifs
- en éducation pour la santé
- en techniques de communication sociale.

Les deux derniers points concerneront essentiellement les responsables provinciaux et nationaux (médecins, infirmiers, sage-femmes, etc..) en IES.

- e) L'évaluation
- La DESA évaluera les programmes éducatifs
- Elle évaluera les campagnes de sensibilisation

2.2. Assainissement

2.2.1 ACTIVITES DANS LE DOMAINE DE L'ASSAINISSEMENT DEPUIS LE 4 AOUT 1983

Avant de parler des activités du Service d'Assainissement du Ministère de la Santé, il est bon de donner quelques brèves indications sur la répartition des responsabilités sectorielles dans le domaine de la salubrité du milieu.

L'Office National de l'Eau et de l'Assainissement (ONEA)du Ministère de l'Eau est chargée de l'assainissement urbain.

La Direction de l'Education pour la Santé et Assainissement (DESA), Ministère de la Santé, a compétence en matière d'assainissement rural.

Les Services de Voiries là où ils existaient, étaient responsables de l'enlèvement des ordures. Ils sont actuellement remplacés par les SENE (Services d'Entretien de Nettoyage et d'Embellissement) des villes et agglomérations qui s'occuperont entre autres de collecte et d'évacuation des déchets.

La conception des plans, d'élaborarion de schémas Directeurs d'assainissement, leur mise en oeuvre et la surveillance des travaux d'exécution, relèvent des Directions Générales des Travaux Publics, de l'Urbanisme, de la Topographie et du Cadastre.

.../...

Compte tenu de cette dispersion et des contraintes d'ordre humain, financier et matériel, les interventions du Service d'Assainissement du Ministère de la Santé ont été, en raison de ses ressources modestes, limitées aux domaines suivants :

- étude de dossiers techniques ;
- inspections sanitaires ;
- construction de latrines, considérée comme la solution socialement, culturellement et financièrement accessible aux collectivités Burkinabè, pour résoudre le problème fondamental de l'évacuation des excreta et comme mesure complémentaire de l'approvisionnement en eau, dans le cadre de la politique des Soins de Santé Primaires ;

- encadrement technique des populations, notamment des CDR pour la mise en place d'ouvrages sanitaires ;
- contrôle de la qualité de l'eau avec la collaboration des techniciens du Ministère de l'Eau ;
- désinfection et désinsectisation, dératisation sur demande, pas en tant qu'activité de routine comme dans un Service Municipal d'Hygiène ;
- participation aux côtés des autres Services de Santé à la lutte contre les épidémies ;
- initiation du personnel de la Santé et d'autres Services à la technologie utilisée en hygiène du milieu, et ce en attendant de former les cadres de l'assainissement dans des institutions de formation bien appropriées, pour résoudre le problème de la pénurie persistante de techniciens en génie sanitaire.

La DESA collabore étroitement avec les Services ayant l'eau et l'assainissement dans leurs attributions, notamment ceux responsables d'approvisionnement en eau, d'aménagements hydro-agricoles etc... Elle entend poursuivre et renforcer cette collaboration en vue de la promotion et du développement des activités destinées à améliorer la salubrité du milieu. Un exemple typique de cette coopération est le projet Burkina - USAID d'hydraulique villageoise. On peut citer également la participation dans le cadre de Commissions interministérielles à la préparation de dossiers techniques préalablement aux réunions de bailleurs de fonds.

.../..

2.2.2. ACTIONS EN VUE DU RENFORCEMENT

La principale mission du service d'assainissement est d'améliorer la salubrité du milieu par des actions de promotion et de protection de la santé individuelle et collective, d'évaluation des risques liés à l'environnement assortie de mesures pour minimiser ou éliminer ces derniers, d'information et de formation aussi bien au niveau communautaire, (masses populaires), qu'au niveau gestionnaire le plus élevé (techniciens et cadres chargés de la gestion de l'environnement).

A. Activités de promotion de l'hygiène du milieu

Les activités du Ministère de la Santé en matière de promotion de l'hygiène individuelle et publique doivent consister à veiller à la protection de la santé de l'individu et des communauté par :

a) - L'élaboration de normes d'hygiène qui seront diffusées par le service d'IES.

b) - La vérification du respect de ces normes

c) - La proposition de mesures à prendre pour faire respecter ces normes.

d) - L'intervention rapide pour des besoins d'assainissement dans des situations exceptionnelles susceptibles de provoquer des épidémies.

a. L'é

a. L'élaboration des normes d'hygiène

Les agents habilités à det effet (ingénieurs sanitaires et techniciens supérieurs en génie sanitaire) doivent mettre à la disposition du Ministère de la Santé et de toutes les institutions concernées, des documents relatifs aux normes d'hygiène dans les domaines suivants :

a.a) Les entreprises (industrielles, commerciales). Connaissant les risques présentés par tel type d'entreprise pour l'environnement, il doit être défini des conditions de son installation, ainsi que les installations de sécurité et d'hygiène favorables aux travailleurs qui y produisent, et à l'environnement (personnes, bêtes, plantes).

[illegible]) [illegible].

.../...

a.b) Les bâtiments administratifs. En fonction de l'importance des activités à mener dans un bâtiment des normes d'aménagements doivent être prévues (aérations toilettes, ventillations, sortie de secours, installations contre les incendies, etc...)

a.c) Les établissements scolaires et universitaires. (superficies de salles en fonction du nombre d'apprenants ou des activités à y mener, les toilettes, les salles de loisirs, les refectoires, etc...)

a.d) Les lieux publics (marchés, cinéma, etc...). Les installations sanitaires à prévoir (toilettes, sources d'eau etc...).

a.e) Les débits d'aliments (bars, restaurants, cabarets, buvettes etc...), les installations annexes qu'ils doivent avoir.

a.f) L'eau de boisson : les normes nationales (si possible) de potabilité chimique et bactériologique de l'eau.

a.g) Les sources d'approvisionnement en eau potable (puits, forages, barrages, etc...). Là, il est question de prévoir les aménagements ou les dispositions à prendre en vue de protéger l'eau de la pollution par des déchets humains, animaux ou végétaux.

a.h) Les entreprises alimentaires (brasseries, abattoirs, conserveries, pâtisseries, boulangeries).

Toutes ces normes devront figurer dans un document qui sera adopté et avoir force de loi.

b. Le contrôle des normes

Les normes établies fixent les conditions au-delà desquelles la santé des personnes est susceptible d'être menacée. Il est donc nécessaire que des services veillent à leur respect, par des inspections périodiques ou inoppinées au cours desquelles des prélèvements (aliments, eau, air, etc...) peuvent être faits. Toute inspection doit faire l'objet d'un procès verbal confirmant le respect des normes ; d'où la nécessité d'élaborer des fiches d'inspection.

.../...

c. La repression

Dans le cas d'absence des normes, le procès verbal doit être accompagné d'un acte (document) ordonnant la fermeture ou la suspension des activités dans l'entreprise ou l'établissement (si la vie des occupants ou de l'environnement est en danger) ; ou ordonnant la prise de dispositions devant garantir les normes. En pareil cas les services ayant pris l'acte peuvent réquérir les forces de l'ordre pour faire respecter l'ordonnance.

L'entreprise fermée (ou dont les activités ont été suspendues) ne doit en aucun cas reprendre ses activités sans une autorisation expresse des services de l'inspection qui se seraient assurés de l'existance des normes prescrites.

La protection de la santé de tout ou d'une partie d'un peuple est capitale. Aussi le service du Ministère de la Santé responsable de l'établissement et de la surveillance des normes hygiéniques devrait avoir l'autorité juridique nécessaire pour pouvoir réprimer les fautifs en cas de necessité.

d. Activités d'assainissement

Lors de catastrophes (inondation, vaste incendie, guerre, etc...) ou d'épidémies, il peut s'avérer nécessaire qu'une action de désinfection, d'assainissement tout court, soit impérative (foyers de choléra, beaucoup de cadavres, etc...). Pour de telles situations des dispositions doivent exister au niveau central (équipement, personnels, etc...) qui permettraient des actions d'urgence sur le terrain par une équipe spécialisée, ou l'élaboration de stratégie à suivre par des équipes provinciales dotées des moyens nécessaires. C'est dans ce cas qu'une équipe du Ministère participerait directement à des actions d'assainissement.

Par ailleurs, le service de promotion de l'hygiène doit être un consultant des services provinciaux en matière de latrinisation et d'aménagement des points d'eau. Des plans de latrines ou d'aménagement des points d'eau seront élaborés et tenus disponibles au niveau de ce service qui, dans le cadre d'un programme de latrinisation dans une région, fera appel au service responsable de l'IES pour la sensibilisation et la mobilisation des populations bénéficiaires.

.../...

B. Formation du personnel (voir tableau n°1.)

a) Formation des techniciens et des agents

La formation d'un personnel technique d'assainissement à tous les niveaux (ingénieurs sanitaires, techniciens supérieurs et assistants d'assainissement, agents d'assainissement voire même ouvriers et artisans ruraux formés aux techniques d'assainissement) est un préalable à tout progrès dans ce domaine. Cette question est d'une importance capitale et doit être traitée avec la priorité et l'urgence qu'elle mérite. Aucune structure n'est en mesure de remplir les fonctions qui lui sont assignées si elle ne dispose d'agents adéquatement vue sous l'angle de la décentralisation, si l'on veut rapprocher des prestations de services au plus grand nombre de bénéficiaires, vivant aux échelons intermédiaire et périphérique.

D'ici 1990, fin du premier Plan Quinquenal de Développement Populaire, il faudra former :

- ingénieurs sanitaires
- techniciens supérieurs d'assainissement
- assistants d'assainissement
- agents d'assainissement
- techniciens supérieurs de laboratoire
- techniciens de laboratoire
- aides-laboratins.

Quant aux chimistes et bactériologistes, il existe sur place un certain nombre de pharmaciens spécialisés dans les techniques d'analyses et susceptibles de prendre en charge un Laboratoire des Eaux, qu'il faudra construire et équiper d'ici 1990, fin de la Décennie de l'Eau Potable et de l'Assainissement.

.../...

TABLEAU N° 1 : "DECENTRALISATION DE LA DESA"

	CATEGORIE DE PERSONNEL	BESOINS	DISPONIBLE	A FOURNIR			
				1987	1988	1989	1990
1	Ingénieurs sanitaires	5	1	2	1	1	0
2	Techniciens supérieurs d'assainissement	12	5 (dont 2 en formation à Lomé)	2	2	2	1
3	Assistant d'assainissement	42	7	10	10	8	7
4	Agents d'assainissement ou AIS)	320	188	33	33	33	33
5	Techniciens supérieurs de laboratoire	12	0	3	3	2	2
6	Laboratins	28	0	8	8	8	4
7	Garçons de salles	4	0	à recruter			
8	Médecins hygiénistes	2	1 en formation	1	0	0	0

+ les besoins réels en AIS sont de 500. Ces besoins seront complétés au prochain Plan Quinquenal.

Il est bon de faire remarquer qu'il existe sur place une possibilité de formation en génie sanitaire à l'Ecole Inter Etats des Ingénieurs de l'Equipement Rural (EIER).

On peut également former au Burkina les agents d'assainissement. L'expérience du Projet Burkina- USAID d'Hydraulique Villageoise, nous a amenés à penser à une reconversion des agents itinérants de santé (AIS) en agent d'assainissement à condition qu'on donne aux premiers une formation complémentaire en hygiène du milieu et en éducation pour la santé.

Les techniciens de laboratoire ou laboratins pourront être formés à l'ENSP.

Quant aux techniciens supérieurs d'assainissement ou de laboratoire , ils pourront être formés à Lomé, alors que pour les assistants d'assainissement, il faudra explorer les facilités qui existeraient éventuellement en Côte d'Ivoire, au Mali, au Niger ou au Sénégal.

Il est souhaitable que les différentes formations commencent dès la rentrée scolaire 1987 - 1988.

b) Formation des CDR

La formation ne devra pas se limiter aux seuls techniciens de la DESA, responsables avant tout de l'organisation et de la conduite des opérations d'assainissement. Elle devra s'étendre aux autres personnels de santé ainsi qu'aux CDR dont le soutien est indispensable dans toute action qui requiert la mobilisation et la participation populaire.

c) Formation des membres des Comités d'Hygiène

L'initiative prise par certains secteurs de la ville de Ouagadougou de créer des Comités d'Hygiène sera encouragée, soutenue et étendue par la DESA aux secteurs d'autres villes et villages. Ces Comités auront besoin d'animateurs avertis qui auront besoin d'un minimum de formation pour pouvoir remplir leur rôle d'animation. Dans ce contexe, les CDR paraissent encore tout à fait indiqués pour assurer ces tâches.

C. Coordination des activités

Il est vrai que les Services de Santé sont toujours concernés par les problèmes d'assainissement à cause de leurs implications sanitaires. Mais il faut cependant reconnaître que ce titre relèvent aussi de la compétence d'autres Ministères et requièrent le soutien des organisations de masses :

- Ministère de l'Eau (ONEA, ONPF, ONBAH)
- Ministère de l'Environnement et du Tourisme (SENE, Eaux et Forêts, Pêche)
- Ministère de l'Equipement (Travaux Publics, Urbanisme)
- Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage (Protection des Végétaux - Abattoirs)
- Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité (Services d'Hygiène)
- Ministère de la Planification et du Développement Populaire
- Ministère des Ressources Financières
- Ministère de l'Essor Familial et de la Solidarité Nationale
- Secrétariat Général National des CDR.

.../...

En effet le champ de l'assainissement est très vaste et embrasse des domaines aussi divers que l'eau potable, les eaux usées, les excreta, l'habitat et l'urbanisme, l'hygiène alimentaire, la lutte antivectorielle, l'hygiène industrielle, l'hygiène des établissements publics et privés et lieux de récréation, (bars, restaurants, hôtels, formations sanitaires, écoles, salles de spectacles, piscines etc...), les catastrophes naturelles ou provoquées, les épidémies, la pollution etc... Au fur et à mesure du développement de la science et de la technologie, il y a des domaines nouveaux qui viennent s'ajouter.

Afin de tirer le meilleur parti possible des ressources modiques de la plupart de ces Ministères, il est nécessaire que soit créé un mécanisme de coordination pour définir une politique en matière d'assainissement et coordonner les activités dans ce domaine. Ce mécanisme que l'on pourra appeler "Cellule de coordination ou de promotion de l'assainissement" aura essentiellement pour mandat de :

- élaborer une politique nationale d'assainissement et de la faire approuver par le Gouvernement ;
- promouvoir des réalisations dans le domaine de l'assainissement ;
- planifier, programmer, coordonner, mettre en oeuvre, surveiller et évaluer la mise en oeuvre des programmes et projets d'assainissement ;
- rechercher le financement pour l'exécution de tels programmes et projets, par la préparation de dossiers à soumettre aux bailleurs de fonds.

Cette cellule aura pour tâches principales, à la fois un rôle de conception, de promotion, de planification, de coordination, de suivi et de recherche de sources de financement pour les activités d'assainissement.

2.2.3. D) <u>Activités en cours</u>

Ces activités seront poursuivies, intensifiées et étendues progressivement à l'ensemble du pays, notamment :

a) Elaboration de normes de qualité pour l'eau, de salubrité pour les aliments, les établissements scolaires, hospitaliers et sanitaires, industriels, commerciaux, récréatifs etc, et le contrôle de leur application.

DECENTRALISATION DE LA DESA D'ICI 1990

N°	Services	Période	Personnel à former	Equipements/nécessaires
1	Dix (10) antennes régionales de la DESA : à : - Ouagadougou - Bobo-Dioulasso - Koudougou - Ouahigouya - Dédougou - Dori - Kaya - Gaoua - Tenkodogo - Fada	1987-1989	A. Pour l'EPS + 10 infirmiers spécialistes en EPS (communication sociale et pédagogie du GRAAP) - 40 Infirmiers spécialisés en santé communautaire dont 10 pour les antennes et un par province - 10 projectionnistes B. Pour l'assainissement : - 10 Techniciens supérieurs en génie sanitaire - 40 Assistants d'assainissement pour chaque province . 122 Agents d'assainissement pour les CSPS. - 10 Techniciens supérieurs de Labo - 20 Laboratins dont 10 biologistes et 10 chimistes	A. Equipement Audio-visuel - Véhicule équipé pour les projections de films 16 mm, Vidéo et diapo - un appareil photo - nécessaire pour Labo photo - équipement pour projection B. Equipements pédagogiques - Séries GRAAP C. Equipements d'assainissement - nécessaire pour Labo d'analyse - nécessaire pour prélèvement D. Logistique - un véhicule utilitaire type bâché - 30 Moto-Cross - 90 Mobylettes type yamaha
2	20 services Provinciaux d'assainissement	1989-1990	- 30 Assistants d'assainissement - 90 Agents d'assainissement pour les CSPS.	A. Matériel de prélèvement B. 30 Moto-Cross C. 90 Mobylettes

b) Surveillance de la qualité de l'eau

c) Inspections sanitaires

d) Latrinisation en tant que mesure complémentaire mais essentielle d'accompagnement de l'important programme d'alimentation en eau potable des masses populaires.

e) Services consultatifs pour tout grand projet de développement ayant des implications sanitaires (grands barrages, retenues d'eau, constructions civilles etc.).

f) Participation à la formation et au recyclage du personnel sanitaire.

g) Information, éducation, sensibilisation du public sur toutes les questions touchant à l'assainissement.

La poursuite de ces activités n'est possible que si on donne au personnel de la DESA actuellement en place les moyens nécessaires. Leur intensification et leur extension à tout le pays dépendra essentiellement de l'accélération de la mise en oeuvre des différents programmes de formation, des ressources financières, matérielles et de logistique, que le Gouvernement voudra bien mettre à sa disposition.

3. LES RESSOURCES

Les ressources, présentement disponibles ne permettent pas à la DESA de mener correctement des activités en vue des objectifs sus-cités.

3.1. Les ressources humaines

3.1.1. Au niveau du service IES

a) Ressources disponibles

Le service IES dispose :

- d'un conseiller de santé (assistant de santé spécialisé en éducation pour la santé et titulaire d'une maîtrise en santé communautaire)

- de deux assistants de santé (dont l'un va à la retraite le 1er Janvier 1987).

- de quatre infirmiers d'Etat dont deux ayant reçu une formation en santé communautaire et des notions en éduca-

158

- 1 gardien
- 1 planton
- chauffeur - mécanicien
- photographe (prise de vues et laboratoire)
- 1 imprimeur
- 1 documentaliste archiviste
- 1 cinéaste
- technicien de maintenance

b - <u>A former</u>

- Cadres : - 1 anthropologue (sociologue) médical
  - 1 médecin spécialisé en éducation pour la santé
  - 1 spécialiste en pédagogie et en éducation
  - deux journalistes initiés aux problèmes de santé
  - 4 infirmiers d'Etat spécialisés en éducation pour la santé
  - 1 spécialiste en pédagogie du GRAAP
- 2 dessinateurs
- 1 artiste dessinateur - peintre
- 1 monteur réalisateur (Vidéo, 16 mm).

Ces besoins concernent le niveau central, c'est à dire la direction. S'agissant des provinces il est nécessaire de former un infirmier spécialisé en éducation pour la santé pour chaque province. Dans un 1er temps l'on devra envisager la formation, dès la rentrée 1987 - 1988 de neuf (9) infirmiers qui, de retour seront dans les huit localités ayant ou susceptibles d'avoir une station radio (Koudougou, Gaoua, Ouahigouya, Bobo, Dédougou, Kaya, Dori, Fada et Tenkodogo).

Par la suite il sera envisagé d'en former cinq par an afin que chaque province aie son responsable en éducation pour la santé. Chaque province devra avoir son projectionniste.

La formation des infirmiers spécialistes pourra se faire sur place avec l'aide des partenaires du Ministère de la Santé qui mettront à la disposition de la DESA le personnel suivant :

- 1 sociologue médical
- 1 spécialiste en communication sociale
- 1 spécialiste en pédagogie de GRAAP
- 1 artiste dessinateur peintre.

.../...

3.1.2. Assainissement

A. Personnel disponible

- 1 ingénieur sanitaire
- 1 technicien supérieur en assainissement
- 1 infirmier d'Etat
- 1 ingénieur sanitaire OMS
- 8 assistants d'assainissement dans les provinces

B.A Recruter (pour la DESA)

- 1 technicien supérieur de laboratoire
- 2 laboratins (bactériologie, chimie)
- 1 garçon de salle
- 1 manoeuvre

C.A Former - pour le niveau central :

- 2 médecins hygiénistes
- 2 ingénieurs sanitaires
- 2 techniciens supérieurs en génie sanitaire
- 2 techniciens supérieurs en laboratoire ; 2 laboratins

- Pour les provinces

- 3 ingénieurs sanitaires
- 1 assistant d'assainissement/province avec priorité dans les grandes villes (Bobo, Ouagadougou, Koudougou ou Banfora, Ouahigouya).
- 10 techniciens supérieurs en génie sanitaire

3.2. Les ressources matérielles

3.2.1. Niveau central :

a) Logistique : le parc automobile de la DESA laisse beaucoup à désirer. Sur 4 véhicules, seul un minibus peut encore rendre, pour le moment, des services appréciables. Aussi il est souhaitable que la DESA soit dotée de :

- Pour l'IES - 1 mini-car de 10-15 places adapté à la ville et aux pistes rurales
  - véhicule utilitaire (Toyota ou peugeot 504 Bâchée)
  - 1 véhicule de liaison (205 ou R 5)
  - 1 mobylette (Honda dame)

.../...

- pour le service de l'assainissement en plus du mini bus existant :
  - 1 véhicule tout-terrain (Toyota Land-cruiser)
  - 2 Moto-cross
  - 1 mobylette (Honda)

Il faut en outre un outillage comprenant essentiellement des outils de maçons, de menuisiers ; de ferrailleurs, qui seront affectés au niveau des provinces et tenus à la disposition des artisans locaux et des CDR dans le cadre des travaux d'aménagement.

b - Matériel de bureau :

- Malgré le matériel existant, et au regard du personnel à prévoir les besoins de la DESA sont les suivants :

- bureaux tables 11
- petites tables pour salle de réunion 30
- chaises rembourrées pour salle de réunion 30
- chaises rembourrées 8
- fauteuils de bureau 3
- chaise de dactylo 1
- chaise pour secrétaire de direction..... 1
- machine à écrire grand chariot (plusieurs caractères) ... 2
- photocopieuse format standard 1
- imprimeur ofset 1
- photocopieuse agrandisseuse 1
- photocopieuse 1
- matériel de sérigraphie)
- matériel à dessin) annexe 1
- matériel à peinture)
- équipement son-ciné photo (annexe 2)
- armoire pour classement 4
- c - pour le service d'assainissement, équipement labo labo (annexe 4)

3 - 2.2. pour les provinces

a- équipement audio-visuel pour chaque antenne régionale (annexe 5)

b - équipement labo pour 1 antenne du service d'assainissement (voir annexe 4)

.../...

3. INFRASTRUCTURES

Les locaux abritant présentement les services de la DESA sont exigus et ne permettent pas la réalisation de toutes les activités quandbien même le matériel serait acquis. Il faut notamment :

- pour l'IES, agrandir les locaux actuels de l'audio-visuel en y ajoutant - 1 local adapté devant abriter l'imprimerie Ofset ;

Ce même local pourrait abriter les salles de dessin et de sérigraphie,

- 1 bâtiment pour l'audio-visuel annexé à la salle de conférence et à la bibliothèque.

- En regroupant l'IES et l'audio-visuel, les locaux actuels de la DESA, aménagés pourraient abriter tous les services ayant trait à la promotion de l'hygiène.

- bureaux
- laboratoire
- magasin.

4. DECENTRALISATION DE LA DESA

Les programmes conçus par le niveau central ne peuvent avoir un impact sur la santé des Burkinabè que dans la mesure où il existe des relais fonctionnels au niveau régional et provincial. C'est pourquoi, en envisageant le renforcement de la DESA, il est indispensable d'inclure les dispositions nécessaires à sa décentralisation, du moins, à la mise en place de structures décentralisées susceptibles de conduire les programmes d'actions conçus au niveau central.

Le processus de décentralisation comporte, au cours du plan quinquennal 2 phases :

- une 1ère phase allant de 1987 à 1989 et
- une seconde phase allant de 1989 à 1990.

La plus importante est indéniablement la 1ère phase qui vise à la création de 10 antennes régionales dont les attributions seront décrites très prochainement. Le choix de sites des antennes régionales prend compte des facilités de collaboration intersector elles dues à l'existence, dans ces localités de structures propres à l'éducation pour la santé et aux activités en matière d'assainissement : ONEA, Station Radio, etc...

Best Available Document

La décentralisation suppose cependant la mise en place de ressources humaines (formation) et matérielles (équipement) reflété au tableau 3.

TABLEAU N° 2 : BESOINS EN PERSONNEL POUR LES

N°	Personnel	Besoins	Disponibles	à recruter	à former	Lieu de formation	Durée de la formation	Observations
1	Infirmier spécialiste en éducation pour la santé	14	0	0	14	à trouver	à définir	bourses de formation
	Infirmier formé en santé communautaire	40	10	0	30	Lomé	3 mois	à trouver
2	Médecin spécialiste en éducation pour la santé	1	0	0	1	à trouver	2 ans	"
3	Sociologue médical	1	0	1 coopérant en attendant	1	?	?	"
4	Spécialiste en communication sociale	1	0	1 coopérant attendant	1	?	?	"
5	Journaliste	2	0	2 (nationaux)	2	?	?	"
6	Photographe	1	0	1 (national)	-	-	-	"
7	Cinéaste	3	1	2	2 éventuellement		?	"
8	Imprimeur	1	0	1	-	-	-	"
9	Technicien de maintenance	1	0	0	1	?	?	"
10	Documentaliste archiviste	1	0	1	-	-	-	"
11	Dessinateur	4	1	1 coopérant en attendant				

.../.

12	Spécialiste du GRAAP	11	0	0	11	?	?	"	
13	Responsable en IES/province	30	0	0	30	Burkina Faso B.F	?	"	
14	Projectionniste/province	30	0	0	30		?	"	N.B : les différentes formations devront débuter en 1987.

BL/DTB

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA PROMOTION
DES VACCINATIONS

Ouagadougou, le 4 Novembre 1986

LE PEV AU BURKINA FASO

BILAN ET PERSPECTIVES

INTRODUCTION

La Direction de la Promotion des Vaccinations est devenu selon le nouvel Organigramme, une entité dynamique.

Direction de la Promotion des Vaccinations :

La DPV, en égard aux données épidémiologiques des maladies endémo-épidémiques, utilise l'une des méthodes preventives qu'est la vaccination.

La DPV est chargée de :

- L'organisation et de l'extension des campagnes de vaccination (y compris le PEV) dans toutes les Provinces du Burkina Faso.
- La supervision et l'évaluation des activités de vaccination.
- La formation et le recyclage du personnel, en accord avec la Direction de la Formation Professionnelle.

La volonté du Burkina Faso d'atteindre l'objectif social santé pour tous d'ici en l'an 2000 par la stratégie des Soins de Santé Primaires s'affirme par le programme integré de prevention générale qui est clairement exprimé dans la Programmation Sanitaire Nationale.

I/ OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de la DPV est de diminuer la morbidité et la mortalité dues à la Rougeole, la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, la Poliomyelite, la Tuberculose, la Fièvre-Jaune par l'immunisation de la population cible contre ces maladies.

II/ OBJECTIFS SPECIFIQUES

a) Assurer une couverture vaccinale permanente à 85% au moins contre les maladies cibles, chez les enfants de 0 - 2 ans durant notre PSN 1980 - 1990.

160

b) Intégrer effectivement le PEV aux activités des S.S.P dans tout le pays.

I/ LA SITUATION DES MALADIES CIBLES DU PEV AU BURKINA FASO

LA ROUGEOLE

Cette maladie infectieuse, contagieuse, endémo épidemique a connu une certaine évolution de 1970 - 1980. Elle a ravagé les enfants à telle enseigne qu'un proverbe mossi dit "ton enfant ne t'appartient pas tant qu'il n'a pas fait la rougeole".

Depuis l'Opération Vaccination Commando, cette maladie rédoutée de nos mères connait une nette diminution dans le pays.

Certaines Provinces comme la Kossi, le Mouhoun ne connaissent que quelques cas sporadiques. Le problème se présente avec acuité dans le plateau mossi, malgré les intenses activités de vaccinations qui y sont entreprises. Nous devons deployer plus efforts et de moyens pour combattre ce fleau.

LA TUBERCULOSE

Depuis 1980, on connait une recrudescence de cette affection chez les adultes au Burkina Faso. Il y a lieu de renforcer le programme de lutte contre cette endémie par l'EPS, le depistage précoce, l'hygiène, la lutte contre l'alcoolisme, la bonne alimentation.

On note chez les enfants une faible couverture vacoinale au B.C.G (38 %).

La DPV dans une de ces Notes Techniques aux DPS, recommande l'organisation des campagnes au B.C.G.

LA COQUELUCHE

La coqueluche, maladie également contagieuse et infectieuse favorise les deséquilibres nutritionnels de l'enfant.

Avant l'instauration du PEV au Burkina Faso, les formations sanitaires déclaraient 6 à 8000 cas par an.

L'utilisation du vaccin DTCOQ et DTCP à permis une baisse notoire de la morbidité et la mortalité dues à cette affection.

L'Opération "Portes Ouvertes", nous permettra d'eléver le taux de couverture vaccinale pour cette maladie.

.../...

167

DIPHTERIE

La diphterie ne constitue pas pour le moment, un problème de Santé Publique dans notre pays. Neanmoins une surveillance continue et un contrôle par des mesures préventives vaccinales s'avèrent nécessaires.

POLIOMYELITE

Maladie très grave, invalidante, elle sévit à l'état endémique dans notre pays. Les données statistiques en notre possession ne nous permettent pas de se faire une idée sur l'ampleur de la maladie.

La couverture vaccinale reste très faible. L'Opération "Portes Ouvertes" entreprise par le CNR va contribuer à reduire la prévalence due à cette maladie.

LE TETANOS

Les chiffres declarés ne sont que des minima et l'incidence du tétanos est plus elevée dans le pays que ne le laissent entendre les statistiques. Le tétanos néo-natal constitue un véritable problème de Santé Publique.

C'est dans cette optique que le PEV vaccine toutes les femmes enceintes mais aussi envisage, vacciner toutes les femmes en âge de procréer. Le tétanos après l'excision et le circoncision provoquent beaucoup de décès. La vaccination antitétanique constitue une des priorités du PEV.

LA FIEVRE-JAUNE

Aucun cas de Fièvre-Jaune n'a été declaré dans notre pays depuis l'épidemie d'Octobre 1983.

Un programme de vaccination intéressant toute la population a été entreprise. On note une couverture vaccinale d'environ 70 % chez les enfants de 9 mois à 14 ans. Une surveillance épidemiologique de cette affection s'impose.

IV/ SITUATION ACTUELLE DU PEV AU BURKINA FASO

La Stratégie

Au Burkina Faso nous utilisons la stratégie avancée qui comprend équipes mobiles et centres fixes.

La stratégie en milieu urbain et semi urbain utilise l'infrastructure sanitaire existante : Dispensaire, SMI, Maternité. La population s'y rend soit pour des soins, soit pour des causeries éducatives. Ces structures intègrent progressivement le PEV dans leurs activités habituelles. On compte environ 30 équipes mobiles dans le pays, soit une équipe mobile par Province.

.../...

166

Composition de l'équipe mobile (minimun)

- 1 IDE Chef d'équipe
- 1 IB
- 1 AIS
- Manoeuvre
- Chauffeur

Chaque équipe dispose :

- 1 véhicule
- du matériel d'injection
- matériel chaine de froid

L'équipe fait en moyenne 5 jours de tournée dans la semaine. L'équipe rentre pour renouveler les briquettes et se ravitailler en vaccins et autres matériels.

Centres fixes de vaccination autonomes: Ces centres fixes disposent d'un réfrigerateur, de vaccin, du matériel de conservation (caisses isothermes, briquettes, glacières, vaccin carrier) du matériel d'injection (seringues et aiguilles).

Les centres fixes vaccinent dans un rayon de 5 Km. Au centre fixe, l'Infirmier possède une mobylette camico ou yamaha pour aller vaccin à plus de 15 Km de son centre (aire CSPS). Selon un programme préalablement établi.

En 1983 nous avons ouvert : 8 centres fixes à Bobo-Dioulasso, 10 centres fixes à Ouaga.

Dans chaque Province existent des centres fixes de vaccination. Nous venons d'équiper 132 CSPS en matériel de vaccination. Ces centres fixes sont repartis dans tout le pays et intégreront le PEV aux autres activités des S.S.P.

La Formation/Récyclage du Personnel

Une des difficultés que rencontre notre PEV est l'insuffisance du personnel formé chargé d'executer le PEV.

Depuis 1983 nous avons entrepris une serie de formation dans les Provinces. Ces formations constituent la formation des formateurs.

Nous avons formé au total : 613 Agents de Santé (voir tableau)

.../...

FORMATION DU PERSONNEL P.E.V

1984		1985		1986	
D.P.S	Nombre Agents formés	D.P.S	Nombre Agents formés	D.P.S	Nombre Agents formés
1°/ BOUGOURIBA	18	1°/ SANMENTENGA	27	1°/ GOURMA	15
2°/ KADIOGO	64	2°/ ZOUNDWEOGO	21	2°/ GNAN-GNAN	20
3°/ SENO	34	3°/ TAPOA	16	3°/ KADIOGO	32
4°/ PASSORE	23	4°/ BOULKIEMDE	31	4°/ SOUROU	20
5°/ SOUM	23	5°/ SANGUIE	9	5°/ BAZEGA	20
6°/ YATENGA	22	6°/ NAHOURI	19	6°/ BOULGOU	14
7°/ SISSILI	22	7°/ SENO	11	7°/ GANZOURGOU	10
8°/ BAM	20			8°/ KOURITENGA	15
				9°/ OUBRITENGA	17
				10°/ KOSSI	21
				11°/ MOUHOUN	22
				12°/ OUDALAN	20
				13°/ YATENGA	27
TOTAL	226		134		253

V/ LE BILAN DU PEV DEPUIS 1980

Le PEV a demarré en Juin 1980 dans la ville de Bobo, et dans la ville de Ouaga le 14 Janvier 1981, progressivement il s'est etendu sur to le térritoire national.

Il faut noter que les Provinces du Sanmtenga, Bam, Namentenga, Yatenga et de la Sissili reçoivent un appui financier de la part des organisations non gouvernementales.

L'évaluation du PEV au Sanmentenga donne des résultats très satisfaisants.

Résultats du PEV : 1980 - 1986 voir données statistiques.

L'Opération Vaccination Commando réalisée grâce à la volonté politique du CNR et à la mobilisation du peuple Burkinabè, a permis de réaliser une couverture vaccinale appréciable pour la Rougeole, la Fièvre-Jaune, la Méningite.

Le PEV et les Partenaires

Grâce à la coopération bilatérale, des partenaires se proposent d'apporter leur concours au Burkina pour la réalisation effective du PEV.

C'est ainsi que des Organismes Internationaux et des Organismes non Gouvernementaux ont financé le PEV integré.

La chambre froide

Nous avons une chambre froide à Ouaga et une autre à Bobo. Les vaccins y sont stockés et livrés au fur et à mesure de la demande exprimée par les DPS.

En 1986 nous avons créé :

- 5 dépôts régionaux : Dédougou, Fada, Dori, Ouahigouya, Bobo.
- 15 dépôts Provinciaux
- 20 centres médicaux (dépôts).

Tous ces centres sont presentement fonctionnels.

Les difficultés

Les activités de la DPV rencontrent certaines difficultés. Elles proviennent surtout de la chambre froide qui nécessite une surveillance continue.

Le manque de contrat d'entretien fait que la moindre panne entraine de multiples demarches pour la réparation.

.../...

L'insuffisance en personnel constitue un serieux handicap pour la DPV.

Cet état de fait empêche la bonne supervision qui doit constituer le fer de lance pour une bonne exécution du programme.

L'insuffisance de ressource (chaine de froid) est entrain de trouver une solution avec l'engagement politique du CNR.

PERSPECTIVES

L'objectif de notre Programme Elargi de Vaccination est d'assurer l'immunisation de tout enfant Burkinabè dans la première année de vie contre les principales endémo-épidemies.

Pour atteindre cet objectif il nous faut :

1- Decentraliser au maximum les activités PEV par l'ouverture de nombreux centres fixes de vaccination. Toute formation sanitaire devra à la longue devenir un centre fixe de vaccination.

2- Cette decentralisation ne sera suivie d'effet que si le personnel de santé qui y travaille est parfaitement formé en PEV et intégre la vaccination aux autres activités qui lui sont devolues.

3- Outre l'acquisition de la technique vaccinale il nous revient de former notre personnel en maintenance des appareils de chaine de froid. La bonne conservation des vaccins constitue la clé de reussite pour toute activité vaccinale. Un accent particulier sera mis sur la réparation du matériel de chaine de froid.

Nous envisageons dans les années à venir d'inclure dans le programme de formation de nos écoles (ENSP et ESSA) le cours sur le PEV.

Afin d'atteindre nos objectifs nous avons essayé de conserver nos acquis de la Vaccination Commando tout en consolidant nos bases par la vaccination au quotidien.

Si l'Opération "Portes Ouvertes" sur les vaccinations nous permet d'atteindre les 50 % de couverture vaccinale escomptée, nous pourrons sans crainte dire que nous serons au rendez-vous de 1990.

Nous nous sommes engagés pour une couverture vaccinale d'au moins 85 % en 1990. Nous y parviendrons.

Pour une immunisation de tous les enfants du Faso, En Avant !

La Patrie ou la Mort, Nous Vaincrons !

Le Directeur de la Promotion des Vaccinations

Dr. BIBANE Lallé /-

177

BURKINA FASO Ouagadougou, le 30 Octobre 1986

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE L'APPROVISIONNEMENT SANITAIRE
ET DE LA PHARMACOPEE TRADITIONNELLE

NOTE D'INFORMATION SUR LA NOUVELLE POLITIQUE PHARMACEUTIQUE AU BURKINA.

L'insuffisance de la couverture de notre pays en médicaments essentiels a toujours constitué un sérieux handicap pour la mise en oeuvre de la politique de Soins de Santé Primaires, stratégie que notre pays a adoptée pour atteindre l'objectif social "santé pour tous d'ici l'an 2000".

Pourtant notre Nomenclature compte 1810 spécialités pharmaceutiques qui sont censées être sur le marché.

Pour tenter de résoudre le problème de l'accessibilité du médicament, les directeurs centraux, provinciaux, et pharmaciens provinciaux, réunis en séminaire du 20 Mai au 1er Juin 1986, ont recommandé l'élaboration d'une liste de médicaments essentiels par une commission.

Aussi, dans le souci de satisfaire ce besoin fondamental de la population le Ministère de la Santé a défini une nouvelle politique pharmaceutique mettant l'accent sur les médicaments essentiels.

Les objectifs visés par cette nouvelle politique sont :

- rendre le médicament de première nécessité plus accessible géographiquement et financièrement à la majorité de la population
- parvenir à une rationalisation de la prescription médicale, par la prescription et l'utilisation des produits génériques ou des CDI chaque fois qu'ils existent.
- Instituer une production nationale en intégrants la pharmacopée traditionnelle.

I/ RENDRE LE MEDICAMENT DE PREMIERE NECESSITE PLUS ACCESSIBLE GEOGRAPHIQUEMENT ET FINANCIEREMENT A LA MAJORITE DE LA POPULATION

Pour atteindre cet objectif, le Ministère de la Santé à entrepris plusieurs actions.

.../...

173

1°) Création de la SONAPHARM

Elle va permettre une réorganisation progressive de notre système d'a provisionnement et de distribution de produits pharmaceutiques, en mettant fin à narchie des commandes et des prix.

Ainsi, toutes les officines pharmaceutiques s'approvisionnent auprès d la SONAPHARM, les dépôts et pharmacies villageoises auprès des officines, et le auprès des dépôts et pharmacies villageoises.

Le Ministère de la Santé, ainsi que les services de santé de l'Armée achètent tous les médicaments à la SONAPHARM.

Le Ministère de la Santé ne commande à la SONAPHARM que les médicament d'urgence quelque soit la source de financement (BN, FAC, etc...).

Ces médicaments sont ensuite répartis entre les deux hôpitaux nationau et les 30 DPS en fonction des cotas affectés à chacun et de l'expression de ses besoins.

La SONAPHARM procède par des achats groupés et des appels d'offres po minimiser les prix. (voir en annexe circuit d'approvisionnement et de distributi du médicament).

2°) Construction d'officines et de dépôts pharmaceutiques

Dans le cadre du PPD, le Ministère de la santé a initié et mené un de construction d'officines et/ou de dépôts populaires dans toutes les provinces

Cette action va se poursuivre pendant le plan quinquennal 1986-1990, cours duquel il est prévu la construction d'autres structures de vente de médica

Par ailleurs, le Ministère de la Santé a décidé de céder les 10 offic publiques aux provinces. Il s'agit des officines publiques du Kadiogo 2, du Hou du Sahmatenga 1, du Poni 1, du Gourma 1, du Yatenga 1, du Boulgou 1, du Boulki et du Mou-houn 1.

Des textes devront être élaborés pour concretiser cette décision.

3°) Opération :"1 village, 1 PSP".

Cette opération a permis la mise en place dans les villages du Faso trousses de médicaments essentiels.

Dans le cadre du programme d'action "médicaments essentiels", Burkin Italie/OMS/UNICEF, il est prévu pour les deux prochaines années l'achat par la SONAPHARM de médicaments essentiels pour soutenir l'approvisionnement des trou PSP. Ces médicaments seront vendus aux dépôts pharmaceutiques auprès desquels PSP devront s'approvisionner.

Ces deux dernières actions ont permis de rapprocher davantage le méd ment du consommateur.

.../...

174

4°) Sélection de médicaments essentiels

L'élaboration d'une liste de médicaments essentiels a fait l'objet d'une des recommandations issues du séminaire des directeurs centraux et provinciaux de la santé, et des pharmaciens provinciaux du 20 Mai au 1er Juin 1986.

Il faut rappeler que depuis 1982, il a été institué l'enregistrement des spécialités pharmaceutiques circulant au Burkina, et la perception d'un droit d'enregistrement. Et depuis lors, une commission nationale examine tous les six mois les demandes d'enregistrement des laboratoires pharmaceutiques.

Cela a permis de limiter un peu l'importation des produits pharmaceutiques car toute importation de produits pharmaceutiques doit recevoir le visa du Ministère de la Santé permettant l'enlèvement au niveau de la Douane. Ce visa n'est accordé qu'aux produits figurant dans la Nomenclature, donc enregistrés.

De même des listes de médicaments essentiels avaient été établies par type de formation sanitaire à l'époque. Mais ces listes n'ont pas été respectées parce que les premiers utilisateurs (personnel de santé) n'ont pas été associés à leur élaboration, et la sensibilisation et l'information ont fait défaut :

Pour la mise en oeuvre de cette recommandation le Ministère de la santé compte mettre en place :

- Une commission nationale (interministérielle) par Kiti regroupant les Ministères du Commerce et de l'Approvisionnement du Peuple, de la Promotion économique, des Ressources Financières et de l'Enseignement Supérieur.
  Des correspondances ont été envoyées aux Ministères concernés.
- Une commission technique regroupant des médicins spécialistes en pédiatrie, gynéco-obstétrie, chirurgie, maladies infectieuses, ophtalmologie et santé publiques, un pharmacologue et des pharmaciens.

Cette commission élaborera le projet de liste nationale de médicaments essentiels qui sera soumis à l'observation de la Commission nationale, puis à l'approbation du Ministre de la Santé.

Cette liste sera revisée chaque année ou tous les deux ans, parce que la sélection des médicaments essentiels est un procès sus continu qui tient compte de l'évolution de la situation épidémiologique et du progrès des connaissances dans le domaine pharmacologique et pharmaceutique.

Le fonctionnement d'un petit laboratoire de contrôle de qualité nous permettra d'identifier les placebos et produits sous-dosées que des laboratoires pharmaceutiques mal intentionnés voudront déverser sur notre marché.

La SONAPHARM n'importera que ces produits ; et les prescripteurs ne prescriront que ces produits.

175

Le problème du médicament étant assez complexe et déliqat, il est saire d'intéresser tous les Ministères qui interviennent dans le processus de son acquisition.

Il convient également d'attirer l'attention des Autorités politiques s les conséquences éventuelles de l'application de la politique de médicaments es tiels, dans la mesure où ce sont les intérêts de frimes pharmaceutiques qui sont en jeu.

II/PARVENIR A LA RATIONALISATION DE LA PRESCRIPTION MEDICALE

Le Ministère de la Santé a prévu l'élaboration d'un guide thérapeutiq à partir de la liste nationale de médicaments essentiels. Ce guide sera mis à l disposition des prescripteurs qui vont jouer un rôle fondamental dans le mise en oeuvre de cette politique.

Par conséquent, il est prévu l'information et la formation des prescri teurs sur l'utilisation de ces médicaments. L'information et l'éducation de la lation seront poursuivies et intensifiées.

III/INSTITUER UNE PRODUCTION NATIONALE EN INTEGRANT LA PHARMACOPEE TR TIONNELLE

Depuis le 4 Août 1983, le Ministère de la Santé a opté pour une franc collaboration avec les tradipraticiens. Cette volonté politique s'est concrétis par la création d'un service de la pharmacopée traditionnelle.

Plusieurs actions ont été entreprises pour promouvoir notre médecine pharmacopée traditionnelles :

- création de cellules pharmacopée dans toutes les provinces intégren thérapeutes traditionnels
- utilisation dans plusieurs formations sanitaires de préparations à de plantes médicinales
- prise de contact avec l'IRSN pour réaliser des investigations scie fiques permettant d'améliorer la forme galénique et l'efficacité de préparations.
- institution de réunions périodiques de la commission nationale de l pharmacopée et médecine traditionnelles
- correspondance adressées à plusieurs Ministères pour demander leur ticipation à l'élaboration de textes législatifs qui vont régir to les activités relatives à la pharmacopée et médecine traditionnell

Des projets d'installations d'unités de production de médicaments es tiels sont en cours d'exécution et/ou à la recherche de financement, et/ou en ciations.

Le Ministère de la Santé a toujours préféré les petites unités de p tion de médicaments aux grandes unités à charges récurrentes difficilement su tables actuellement par notre budget national.

.../...

176

Conclusion

L'inextence d'une politique pharmaceutique clairement difinie avant l'avènement de la Révolution Démocratique et Populaire au Burkina était la cause de l'anarchie des commandes, de la rareté et de la chèreté du médicament.

Une telle situation entravait la mise en oeuvre effective des soins de santé primaires, dont l'une des huits composantes est de mettre les médicaments essentiels à la disposition des populations.

Notre nohvelles politique pharmaceutique faisant partie intégrante de la politique sanitaire nationale, permettrait certainement, si elle est soutenue et appliquée correctement, de gagner notre pari à savoir "santé pour tous d'ici l'an 2000". Car les soins de santé n'apparaissent concrètement pour le patient qu'avec la disponibilité effective du médicament.

LA PATRIE OU LA MORT NOUS VAINCRONS !

La Directrice de l'Approvisionnement Sanitaire et de la Pharmacopée Traditionnelle,

YAMEOGO/SANOU Marie Claude /-

ZB
BURKINA FASO

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE SUIVI DES
POSTES DE SANTE PRIMAIRES
(PSP)

Ouagadougou, le 30 Octobre 1986

CELLULE DE SUIVI DES POSTES DE SANTE PRIMAIRES (PSP)

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

I- INTRODUCTION :

Depuis sa souscription à la déclaration solennelle d'Alma-Ata en URSS en Septembre 1978, et à sa signature de la charte de développement sanitaire le 22 Février 1980, le Burkina Faso, dans le cadre de l'objectif social, santé pour tous d'ici à l'an 2000, manifeste une volonté politique toujours clairement perçue au fil des regimes mais surtout plus fortement affirmée dans le discours d'orientation politique (DOP) du 2 Octobre 1983, par le Président du CNR et du Faso, Chef du Gouvernement, le Capitaine Thomas SANKARA.

Ainsi le Conseil National de la Révolution et son Gouvernement, soucieux de la santé de la population Burkinabè ont pris la décision (décision n°85/CNR du Conseil des Coordonnateurs Généraux du Faso et la directive conjointe n°850010 du Secrétariat Général National des Comités de Défense de la Révolution (SGN-CDR) et du Ministère de la Santé en date du 14 Septembre 1985 d'installer en un laps de temps (cinq mois), 7 500 postes de santé primaires (PSP), soit un par village pour les 7 500 villages du pays avec la formation et l'équipement en trousses et matériel d'assainissement de 7 500 agents de santé de village et 7 500 accoucheuses de village.

Depuis le 26 Janvier 1986, date de la cérémonie officielle (de remise de trousses aux agents de santé communautaire (ASC)-) l'opération, un village, un poste de santé primaire (PSP), est devenue une réalité dans les trente (30) provinces du Pays.

.../...

2 - CELLULE DE SUIVI DES POSTES DE SANTE PRIMAIRES (PSP)

- Aussitôt la mise en place des postes de santé primaires (PSP), le Ministère de la Santé s'est préoccupé de la survie et du bon fonctionnement des 7 500 postes de santé primaires. Il a décidé de créer un organe chargé de suivre les postes de santé primaires e a pris un raabo (Arrêté ministériel) n°0023/MS/SG/SL du 18 Avril 19 créant la cellule de suivi des postes de santé primaires.

- C'est une structure légère qui est sous la tutelle du Ministre de la Santé.

3 - COMPOSITION DE LA CELLULE

- Elle est composée de huit (8) membres choisis pour leur compéten technique.

4 - ROLE DE LE CELLULE DE SUIVI DES POSTES DE SANTE PRIMAIRES (PSP)

- Suivi du bon fonctionnement des postes de santé primaires (PSP)

5 - OBJECTIFS :

5-1 Evaluer l'état d'avancment de la mise en place des postes de santé primaires (PSP)

5-2 Suivre l'évolution des postes de santé primaires (PSP)

5-3 Détecter les problèmes qui se posent

5-4 Proposer des solutions.

6 - DUREE DU MANDAT DE LA CELLULE DE SUIVI DES POSTES DE SANTE PRIMAIR

- Sa durée n'est pas déterminée.

7 - METHODES DE TRAVAIL DE LA CELLULE DE SUIVI DES POSTES DE SANTE PRIMAIRES (PSP)

7.1. Réunions hebdomadaires avec comptes rendus des activités au Camarade Ministre de la Santé.

7.2. Méthode de la planification participative par objectif (P.P.O.

7.3. Sorties sur le terrain

7.4. Questionnaires à trois niveaux

7.5. Entretien avec le personnel et les agents de santé communautai (ASC) lors des sorties sur le terrain.

.../... 179

8 - <u>ACTIVITES REALISEES PAR LA CELLULE DE SUIVI DES POSTES DE SANTE PRIMAIRES</u> (PSP)

8-1 Les deux premiers mois de son existence, la cellule de suivi des postes de santé primaires (PSP), par la méthode P.P.O. a établi un plan de travail pour 1986.

8-2 A procedé : au dépouillement des rapports PSP adressés par les Directeurs provinciaux de santé (voir annexe - situation PSP).

8-3 A l'établissement d'un calendrier de sorties sur le terrain.

8-4 A l'élaboration des fiches de collecte de données sur les PSP mis en place dans les trente (30) Provinces du pays.

8-5 A l'élaboration des questionnaires destinés à l'évaluation de la mise en place des postes de santé primaires (PSP). Ces questionnaires concernent trois niveaux :

- questionnaire nº 1 = niveau DPS
- questionnaire nº 2 = niveau CM/CSPS
- questionnaire nº 3 = niveau PSP.

8-5-1 Le questionnaire/reponses nº1 concerne les données à collecter au niveau de la direction provinciale de la santé (DPS).

8-5-2 Le questionnaire/reponses nº2 s'adresse aux responsables du Centre Médical (CM) et du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) chargés de la formation, recyclage et supervision des agents de Santé Communautaire (ASC).

8-5-3 Le questionnaire/reponses nº3 est destiné à collecter les données au niveau du Poste de Santé Primaire (PSP).

8-6 Lors des sorties sur le terrain, les membres de la cellule de suivi des postes de santé primaires (PSP) s'entretiennent avec le personnel et les agents de santé communautaire (ASC) sur leurs activités et les difficultés rencontrées.

.../...

180

ZB
BURKINA FASO

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE SUIVI DES
POSTES DE SANTE PRIMAIRES
(PSP)

Ouagadougou, le 30 Oct

CELLULE DE SUIVI DES POSTES
DE SANTE PRIMAIRES (PSP)

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

I- INTRODUCTION :

Depuis sa souscription à la déclaration solennelle d'Alma-Ata en URSS en Septembre 1978, et à sa signature de la charte de développement sanitaire le 22 Février 1980, le Burkina Faso, dans le cadre de l'objectif social, santé pour tous d'ici à l'an 2000, manifeste une volonté politique toujours clairement perçue au fil de regimes mais surtout plus fortement affirmée dans le discours d'orientation politique (DOP) du 2 Octobre 1983, par le Président du CNR et du Faso, Chef du Gouvernement, le Capitaine Thomas SANKARA

Ainsi le Conseil National de la Révolution et son Gouvernement, soucieux de la santé de la population Burkinabè ont pris la décision (décision n°85/CNR du Conseil des Coordonnateurs Généraux du Faso et la directive conjointe n°850010 du Secrétariat Général National des Comités de Défense de la Révolution (SGN-CDR) et du Ministère de la Santé en date du 14 Septembre 1985 d'installer en un laps de temps (cinq mois), 7 500 postes de santé primaires (PSP), soit un par village pour les 7 500 villages du pays avec la formation et l'équipement en trousses et matériel d'assainissement de 7 500 agents de santé de village et 7 500 accoucheuses de village.

Depuis le 26 Janvier 1986, date de la cérémonie officielle (de remise de trousses aux agents de santé communautaire (ASC)..) l'opération, un village, un poste de santé primaire (PSP), est devenue une réalité dans les trente (30) provinces du Pays.

181

.../...

FICHE STATISTIQUE DES DIPLOMES ET ELEVES DE L'ENSP AU 01/10/1986

(ANNEE SCOLAIRE 1986-1987)

	Diplômés 86 Sortants		2ème Année		Redoublements		Exclus		Autres	3ème Année		Redoublements		Exclus		Autres
	F	G	F	G	F	G	F	G		F	G	F	G	F	G	
gents spécialistes Laboratoire	1	5	2	8												
" " Radio		1	1	4												
" " Chirurgie		8	2	8												
" " Anesthésie	1	2	3	2												
" " O.R.L.	1	1	1	3												
" " Chimie		1														
" " Prothèse dentaire				2												
" " Pharmacie			1	4												
Infirmiers d'Etats	31	47														
- Concours direct			22	42		1				33	30	1				
- " prof.										4	26					
- Militaire				2							1					
- Autres			1	1												
Sages -Femmes d'Etat	20															
- Concours direct			12	8						20		3				1 DCD
- " prof.										4	4					
Infirmiers Brevetés	29	166														
- Concours direct			35	157		1										
- " prof.				8					11 Démission							
Accoucheuses Auxiliaires	38															
Agents Itinérants de Santé	16	120														

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

OUAGADOUGOU, LE 29 SEP. 1986

RESUME DES DONNEES DE L'ENQUETE CAP EN MATIERE DE PF A OUAGADOUGOU

Echantillon : 1007 femmes de 15 à 49 ans
603 hommes de 18 à 60 ans

I) Connaissance en matière de planification familiale

.53,3 % des femmes questionnées n'ont jamais entendu parler de la planification familiale

.31,9 % des femmes connaissent au moins une méthode de contraception dont la pl connue est la pilule

.56,1 % des femmes connaissent l'abstinence de même que 64,8 % des hommes

.63,7 % des hommes connaissance le préservatif masculin

.55,7 % des hommes connaissent la pilule

Source d'information

.32,3 % des femmes et 10,1 % des hommes ont été informés par des agents de la so et de l'Essor Familial

.56,4 % des hommes et 25,3 % des femmes par des amis

-meilleure source d'information

Selon les personnes interrogées, la meilleure source d'information en matière de est le personnel de la Santé et de l'Essor Familial cité par les 84,9 % des femmes et 75,1 % des hommes.

Besoins d'information

.88,6 % des femmes et 79,9 % des hommes désirent être informés en matière d'espac des naissances

.80 % des femmes et 74,6 % des hommes désirent être informés sur la limitation de naissances .

II) Pratique en matière de PF

.42,5 % des femmes ont déjà pratiqué la méthode traditionnelle d'abstinence

.25,9 % des femmes et 25,3 % des hommes la pratiquent actuellement

.5,7 % des femmes ont déjà utilisé la pilule et 2,4 % l'utilisent actuellemen

.15,2 % des hommes ont utilisé le condom et 3,8 % l'utilisent actuellement

.13,6 % de catholiques utilisent une méthode moderne de contraception contre de musulmans.

183

III) Attitudes et intentions en matière de PF

a) Raisons données pour la non utilisation de la contraception moderne

•38,5 % des femmes et 51 % des hommes qui connaissent la contraception moderne ne l'ont jamais utilisé parce qu'ils estiment qu'ils n'ont pas suffisamment d'informations en la matière et 21,4 % des femmes parce qu'elles sont trop vieilles ou qu'elles n'ont pas de rapport sexuels.

•14,3 % des femmes et 19,2 % des hommes parce qu'ils désirent des enfants.

•7,6 % des femmes ne savent pas où se procurer les contraceptifs.

b) intentions à propos de l'utilisation future de la PF

•80,8 % des femmes et 64,2 % des hommes qui n'ont jamais utilisé une méthode moderne de contraception ont l'intention de l'utiliser dans le futur.

c)-Raisons données par ceux qui ont l'intention d'utiliser la PF

•49 % des femmes et 37,5 % des hommes pour la santé de la mère et de l'enfant

•22,8 % des hommes et 11,7 % des femmes pour limiter le nombre d'enfants dont 2 de chrétiens et 20,7 % des musulmans.

•12,1 % des hommes et 8,2 % des femmes pour des raisons économiques

d) Raisons donnée par ceux qui n'ont pas l'intention d'utiliser la PF

•38,5 % des femmes et 30,7 % des hommes se considèrent trop vieux

•17 % des femmes et 30,6 % des hommes pensent que la PF est mauvais pour la sa

• 8,1 % des femmes : le mari est contre parce qu'il veut beaucoup d'enfants ou parce qu'il croit que la femme sera infidèle.

•12,1 % des hommes pensent que la PF est contre la volonté de Dieu

•3,2 % des hommes veulent beaucoup d'enfants

• 99,5 % des femmes et 95,6 % des hommes pensent que la PF est une bonne chose pour le Burkina Faso.

PLAN QUINQUENNAL DE DEVELOPPEMENT POPULAIRE (1986 - 1990)

1. POLITIQUE DE SANTE

La politique sanitaire du Conseil National de la Révolution a pour objectif la couverture sanitaire totale de la population. Elle est résolument axée sur la prévention et la promotion de la santé du peuple avec sa pleine participation, selon la formule : "La Santé par le peuple et pour le peuple".

Cette politique sanitaire est clairement définie dans le Discours d'Orientation Politique du 2 Octobre 1983 où le Président du Faso déclarait :

"Les besoins de notre peuple sont immenses. La satisfaction de ces besoins nécessite des transformations à entreprendre dans tous les domaines. Ainsi, dans le domaine sanitaire et de l'assistance sociale, les objectifs à atteindre se résument en ceci :

i) Une santé à la portée de tous ;

ii) La mise en oeuvre d'une assistance et d'une protection Maternelle et Infantile ;

iii) Une politique d'immunisation contre les maladies transmissibles par la multiplication des campagnes de vaccination ;

iv) Une sensibilisation des masses pour l'acquisition de bonnes habitudes hygiéniques.

Tous ces objectifs ne peuvent être atteints sans l'engagement conscient des masses populaires elles-mêmes dans le combat sous l'orientation révolutionnaire des services de santé".

.../...

3. OBJECTIFS DU SECTEUR SANTE ET STRATEGIE

3.1. Objectifs généraux

1°) Améliorer la couverture sanitaire du pays de façon à permettre au moins à 85 % de la population de bénéficier de soins adéquats de santé d'ici à 1990.

2°) Renforcer la capacité de planification de toutes les structures du Ministère de la Santé ;

3°) Former et/ou recycler tout le personnel médical et para-médical, dans l'optique des soins de santé primaires.

La stratégie à mettre en oeuvre est celle des soins de santé primaires dont les principes sont :

1°) Recherche d'une plus grande équité dans la répartition des ressources ;

.../...

2°) Prise en compte de nombreux éléments : eau, nutrition ; enseignement etc..... ;

3°) Participation des collectivités.

3.2. Objectifs spécifiques.

3.2.1. Objectifs spécifiques relatifs à l'amélioration de la couverture sanitaire

a) Volet construction

- Construire et équiper seize (16) nouvelles directions provinciales de la santé.
- Construire et équiper quatre (4) centreshospitaliers régionaux (Koudougou, Banfora, Dédougou, Léo),
- Construire et équiper cinq (5) antennes chirurgicales (Bogandé, Diapaga, Zabré, Boulsa, Tougan).
- Construire et équiper 155 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), 101 maternités et 25 dispensaires complémentaires.
- Construire et équiper un service de traumatologie
- Construire et équiper un Laboratoire national de santé publique en collaboration avec d'autres Ministères (Eau, Commerce, Enseignement Supérieur et Recherche scientifique).
- Construire les bureaux de la Direction des Etudes et de la Planification.
- Etendre les bureaux de la Direction des Services de Santé des Travailleurs.
- Construire huit (8) dispensaires pour la consultation des travailleurs dans les zones de Ouagadougou(3) Bobo-Dioulasso (2), Koudougou (1), Ouahigouya (1), Banfora (1).
- Construire 1.500 latrines de démonstration
- Construire 12 magasinsde stockage de médicaments et matériels médicaux dans les provinces et agrandir le magasin central à Ouagadougou.
- Promouvoir la mise en place d'au moins un dépôt populaire de médicaments dans chaque village où existe une formation sanitaire.

.../...

b) Volet renforcement de l'infrastructure

- Renforcer les 14 autres Directions provinciales de la santé
- Renforcer 5 Centres Hospitaliers Régionaux (Dori, Fada N'G Gaoua, Ouahigouya, Tenkodogo).
- transformer le C.M. de Kaya en C.H.R.
- Renforcer 27 Centres Médicaux
- Renforcer les 2 Hôpitaux de Ouaga et Bobo.
- Aménager 6 banques de sang dans les Centres Hospitaliers Régionaux existants.
- Aménager 20 laboratoires d'analyses médicales au niveau des Directions Provinciales de la Santé ne bénéficiant pas d'un C.H.R.

c) Volet prestations des services

- Augmenter la couverture des consultations prénatales de 20 à 80 % des gestantes de 1986 à 1990.
- Augmenter les accouchements assistés de 20 à 80 %
- Augmenter de 10 à 50 % le pourcentage d'enfants de 0 à 2 ans vus en consultation postnatale.
- Etendre l'information et l'éducation en matière de planification familiale à 80 % des femmes en âges de procréer.
- Réduire le taux de malnutrition protéino-calorique à moins de 50 % en 1990.
- Réduire la prévalence de l'avitaminose A et du goître endémique à moins de 10 %.
- Réaliser une couverture vaccinale d'au moins 85 % de la population cible contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la fièvre jaune, la méningite cérébro-spinale.
- Mettre en place deux (2) équipes de surveillance de la trypanosomiase dans les provinces du Boulkiemdé et de la Comoé.
- Réduire l'incidence du paludisme, de la lèpre, de la tuberculose, de la dracunculose, de la bilharziose, de l'onchocercose par des mesures spécifiques (le taux spécifique de réduction de chacune de ces maladies sera fixé dans les projets y relatifs).

Réduire la prévalence globale de la cécité à moins de 1 % du total de la population d'ici l'an 2000.

- Développer l'utilisation de la pharmacopée traditionnelle en collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

3.2.2. Objectifs spécifiques relatifs au renforcement de la capacité de la planification de toutes les structures du Ministère de la Santé

- Vulgariser le concept et l'application de la planification sanitaire dans toutes les structures du Ministère de la santé ;
- Sensibiliser les responsables centraux et provinciaux en vue de l'élaboration régulière de plans annuels de santé.
- Achever la mise en place du nouveau système national d'information sanitaire d'ici la fin de l'année 1986.

3.2.3. Objectifs spécifiques relatifs à la formation et au recyclage du personnel médical et para-médical

- Ouvrir une école d'Assistants d'Assainissement ;
- Ouvrir un Centre National de Développement Sanitaire ;
- Reviser les programmes d'enseignement pour les adapter aux activités des soins de santé primaires ;
- Recycler tout le personnel médical et para-médical dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique des soins de santé primaires.
- Intensifier la formation de personnel spécialisé.

.../...

4. PROGRAMMES ET PROJETS DU PLAN QUINQUENNAL

Les divers objectifs spécifiques précédents ont été combinés et réunis en un certain nombre de projets et programmes dont certains ont été initiés directement à partir du Bureau Central du Ministère de la Santé et d'autres à partir des Directions Provinciales.

Le tableau n°6 donne la liste des divers projets ou programmes prévus dans le Plan Quinquennal du secteur santé avec leur coût respectif ainsi que la situation du financement en Novembre 1986.

5. LES MOYENS A METTRE EN OEUVRE

5.1. Moyens humains

- La participation des populations mobilisées au sein des Comités de Défense de la Révolution (C.D.R.) sera organisée pour qu'elles prennent en charge leur propre état de santé.

- Le personnel de santé existant sera recyclé dans l'optique des Soins de Santé Primaires, pour améliorer son rendement.

Les écoles de formation adapteront leurs programmes d'enseignement aux activités des Soins de Santé Primaires.

- La formation technique et politico-idéologique permettra d'avoir des agents de santé non seulement techniquement compétents mais politiquement conscients.

5.2. Moyens matériels et techniques

- Une politique de maintenance du matériel technique et de son utilisation rationnelle sera mise en oeuvre pour prolonger sa durée de vie.

- Une technologie sanitaire appropriée sera développée pour diminuer les importations onéreuses de matériel technique.

.../...

Tableau N°6.

Récapitulatif des Projets et Programmes du Plan Quinquennal et situation du Financement (en millions de F CFA)

Projet ou Programme	Coût Total	Financement acquis	Source	Financem à recherch
1 - Renforcement de la Capacité de Planification du Ministère de la Santé	2.349,5	2.349,5	U.S.A.I.D.	-
2 - Transformation du C.M. de Kaya en C.H.R.	156,6	156,6	PNUD-FENU	-
3 - Renforcement de 5 C.H.R.	1.999,65	598,35	ITALIE	1.401,3
4 - Construction/Equipement de 4 C.H.R.	4.671,10	1.524,555	Chine-GTZ-B Mondiale	3.146,54
5 - Construction/Equipement de 5 Antennes Chirugicales	594,675	475,74	Banque Mondiale-GTZ	118,93
6 - Renforcement de 27 C.M.	950,94	252,016	FENU-ITALIE-GTZ	698,92
7 - Renforcement de 221 C.S.P.S.	1.458,6	1.188,0	Banque Mondiale-GTZ	270,6
8 - Construction/Equipement de 155 CSPS, 101 Maternités 25 Dispens.	2.750,13	232,05	Italie-GTZ-SVA-Pain par les Hommes	2.518,08
9 - Renforcement de l'Hôpital National Bobo	542,5	193,95	FAC-Budget Nal.	348,55
10 - Renforcement de 14 D.P.S.	272,16	-	-	272,16

Tableau N°6 (Suite)

11 - Construction/Equipement de 16 D.P.S.	541,44	541,44	Banque Mondiale	-
12 - Construction de 27 Magasins Provinciaux	151,2			151,2
13 - Construction/Equipements d'un Labo de S.P.(Etudes et 1er Tranche)	527,0			527,0
14 - Aménagement de 20 Laboratoires Provinciaux	240,0			240,0
15 - Lutte contre les Grandes Endémies	1.598,0	1.198,0	Italie/UNICEF Banque Mondiale-OPC, O.M.S.	400,0
16 - Santé Materno-infantile, Planification Familiale et Nutrition	957,0	501,25	Banque Mondiale-Columbia FNUAP	455,27
17 - Formation/Recyclage du Personnel Medical et para-médical	297,8	292,145	B.Mondiale,VèFED	5,655
18 - Rationalisation de la Prescription Médicale	29,0	29,0	Banque Mondiale	-
19 - Enquêtes et investigations du milieu	5,0	5,0	O.M.S.	-
20 - Infrastructures Centrales de support (1)	532,74			532,74
21 - Pharmacies Populaires et Pharmacopée Traditionnelle	349,12	17,3	O.M.S, Budget National	331,82
22 - Infrastructures et Equipements Provinciaux de Support (2)	195,34			195,34
23 - Education pour la Santé et Assainissement	155,0	23,0	O.M.S, GTZ/STA	132,0

24.- Construction et Equipement d'un Centre de Traumatologie (Optionnel)	1.320,0	-	-	1.320,0
T O T A L	22.645,095	9.577,876	-	13.067,219

Remarque : Chacun de ces projets comporte une fiche technique descriptive qu'on peut trouver aux bureaux de la D.E.P., Service de Planification.

(1) Le Programme d'infrastructures centrales de support comprend les cinq projets suivants :

- Extension des Bureaux de la D.S.S.T.
- Agrandissement du Magasin Central de Ouagadougou
- Construction d'un Laboratoire de Médecine du Travail
- Construction/Equipement de 3 Dispensaires de la Santé des Tavailleurs
- Aménagement de 6 Banques de Sang

(2) Ce programme réunit ensemble plusieurs petits projets présentés par les D.P.S., concernant des structures ou équipements de support en vue de faciliter la bonne marche des services de santé.

.../...

5.3. Moyens Financiers

Le coût total du Plan Quinquennal de Développement Populaire du secteur santé est estimé à 22.645,095 F CFA sans investissement humain. De ce total :

Le coût des programmes provinciaux s'élève à 852,40 millions F CFA. Le financement acquis est de 9.577,876 millions F CFA.

Les charges recurrentes sont évaluées à 4.500 millions F CFA pour les 5 années.

Le montant du financement à rechercher s'élève à 13.067.219 millions de F CFA.

5.4. Mesures Institutionnelles

5.4.1. Collaboration intersectorielle

La Santé est l'un des secteurs de développement qui demande le plus de collaboration intersectorielle, notamment avec les Ministères suivants :

- Ministère de l'Information et de la Culture

Les médias (radio, télévision, cinéma, presse écrite) étant un outil indispensable à l'éducation pour la santé, le Ministère de l'Information et celui de la Culture doivent jouer un rôle majeur dans la diffusion des messages de la Direction de l'Education pour la Santé et Assainissement (DESA). En attendant la création d'un centre de production de matériel pédagogique audio-visuel, le concours de ce ministère sera sollicité en la matière.

.../...

- Ministère de l'Essor Familial et de la Solidarité Nationale.

Une harmonisation, voire une planification conjointe des activités en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale est indispensable. Ce Ministère, de par ses activités au sein des collectivités, doit jouer un grand rôle dans le domaine de l'information du public.

- Ministère de l'Agriculture et de l'Elévage

Les problèmes de malnutrition ne peuvent être résolus d'abord que par une auto-suffisance alimentaire, la santé n'intervenant que dans l'aspect qualitatif de l'alimentation. Les services vétérinaires doivent enrayer les zoonoses qui se transmettent à l'homme.

- Ministère de l'Eau

L'un des éléments les plus importants de la réussite de tout programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique étant l'eau potable, le Ministère de l'Eau doit veiller à mettre à la disposition des populations de l'eau potable. Il devra associer le Ministère de la Santé à ses programmes d'aménagement hydro-agricole.

- Ministère de l'Equipement

Beaucoup de régions restent encore enclavées et les évacuations sanitaires constituent un cauchemar.

En attendant que toutes les provinces aient des centres de référence, le désenclavement des régions est primordial.

Des rapports sont obligatoires avec ce Ministère pour l'établissement des divers types de plans de formations sanitaires. Dans ce sens, une section spécialisée dans la conception des plans des divers établissements sanitaires est souhaitable.

.../...

195

La collaboration devra être renforcée entre le Ministère de la Santé et le Service de Santé des Forces Armées, notamment dans les échanges d'informations sanitaires ; ceci permettra au Ministère de la Santé de tenir compte dans sa planification, des ressources sanitaires existantes au niveau de l'Armée.

5.5. Mesures administratives

Pour rendre la décentralisation du Ministère de la Santé effective, les Directions Provinciales de la Santé seront renforcées sur le plan de la gestion et seront engagées davantage dans le processus de la planification. La gestion financière sera également décentralisée en ce qui concerne les dépenses de fonctionnement dans les provinces (augmentation du montant de la caisse de menues dépenses, et sa création là où il n'en existe pas). Il est prévu aussi, au cours de la période quinquennale des études sur le recouvrement des coûts ainsi que sur l'utilisation éventuelle des valeurs collectées en vue de l'amélioration des services locaux de santé.

6. EFFETS ATTENDUS DE LA REALISATION DU PLAN QUINQUENNAL

6.1. Effets positifs directs

Une bonne couverture sanitaire (pour 85 % de la population au moins), avec pour corollaire :

- Une bonne accessibilité de la population aux différents services sanitaires ;
- Une meilleure protection maternelle et infantile.
- Une amélioration de l'état nutritionnel
- Une bonne couverture vaccinale
- Une meilleure information du public en matière de santé ;
- Une diminution des risques d'accidents de travail et une protection assurée des travailleurs
- Une diminution notable des taux de mortalité générale, maternelle et infantile ;
- Une augmentation de l'espérance de vie.

5.2. Effets positifs indirects

- Augmentation de la force de travail de la population, d'où accroissement de la production et développement socio-économique du pays.

196

GUIDE D'INFORMATIONS STATISTIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES A L'USAGE DES DIRECTEURS PROVINCIAUX, ET DES AUTRES AGENTS DE SANTE

I. INTRODUCTION

Ce guide a pour but de vous suggérer quelques méthodes statistiques et épidémiologiques. Il vous aidera à exploiter les données de routine receuillies pour l'autoévaluation des services au niveau des CSPS, CM, CHR. Il facilitera également la confection des rapports annuels des provinces.

Au niveau des provinces ces rapports annuels doivent servir:

- comme un outil de planification et d'évaluation permanente des progrès accomplis;
- à identifier les priorités;
- à maintenir une continuité dans le changement des responsables.

Ainsi les faiblesses et lacunes ponctuelles pourront être décélées à temps.

Le rapport annuel provincial supporté par le nouveau système d'information sera la base même du plan annuel de la D.P.S. et chaque Directeur Provincial est libre du choix des éléments et indicateurs à y insérer. L'idéal serait que le plan annuel accompagné du rapport annuel parviennent à la D.E.P. au plus tard le 30 Juin de chaque année.

Vous retrouverez dans ce document mention de trois niveaux d'informations: <u>les données brutes</u>, <u>les indicateurs</u> et <u>les informations explicatives</u>.

<u>Les données brutes</u> sont des données chiffrées simples, tels que le nombre de cas de rougeole, le nombre d'accouchements ou le nombre d'enfants vaccinés.

<u>Les indicateurs</u> sont des indices calculés qui prennent en compte les données brutes et la population, tels que l'incidence de la rougeole, la couverture obstétricale ou la couverture vaccinale.

<u>Les informations explicatives</u> comme le nom l'indique mettent en relation les facteurs socio-sanitaires et le domaine épidémiologique.

Ainsi les rapports annuels provinciaux doivent contenir plus d'indicateurs et d'informations explicatives que de données brutes.

Vous trouverez dans les parties qui suivent une illustration sur différents calculs d'indices. Ces indices

aideront à évaluer l'état sanitaire d'une province ou d'une zone médicale. Une telle évaluation peut se faire de deux façons:

1. soit par comparaison transversale;

2. soit par analyse longitudinale.

Mais il semble difficile aux Provinces nouvellement créées de s'autoévaluer par la deuxième méthode.

En résumé, l'examen des besoins en informations et des problèmes pratiques liés au choix et à l'utilisation des indices amène à conclure qu'il est indispensable d'opérer une selection.

La liste des indices ci-après n'est ni exhaustive ni obligatoire. Elle se propose d'aider les provinces à choisir les indices qu'elles uttiliseront pour évaluer leur progrès.

II. Indicateurs

Nous allons aborder ces indices à deux niveaux: au niveau provincial ou départemental, et au niveau d'une formation sanitaire. Généralement, les calculs porteront sur une période d'un an. Pour des périodes variables, il faut diviser le nombre d'evenements ou de personnes <u>attendues</u> (accouchements, enfants à vacciner, etc.) par la fraction de temps correspondant à la période considerée. Exemple sur la couverture obstétricale: diviser le nombre d'accouchements attendus dans l'année par 2 pour 1 semestre, par 4 pour 1 trimestre, et par 12 pour 1 mois.

Pour calculer les indices, il est nécessaire de connaître les chiffres de population et sa distribution par tranches d'âge, voir annexe.

1. Niveau provincial ou départemental.

Quelques indices calculés à ce niveau sont donnés en annexe. Compte tenu des problèmes spécifiques et de la situation géographique de chaque province, les besoins de faire des analyses plus raffinées peuvent être ressentis individuellement.

Alors il est du ressort du Directeur Provincial et de ses collaborateurs de faire un choix judicieux d'indices qu'ils jugent plus importants dans leur province pour un suivi plus approfondi.

2. Niveau d'une formation sanitaire.

Les calculs des indices sont les mêmes qu'au niveau provincial; seuls les numérateurs et les dénominateurs sont susceptibles de modifications selon la répartition de la population.

Autour d'une formation sanitaire par exemple, cette population peut-être répartie en trois zones:

- zone centrale qui comprend le village de la formation et d'autres villages dont l'accès à la formation est facile et permanent. Cette zone dépasse rarement un rayon de 4 à 5 kilomètres;

- zone périphérique qui comprend les villages qui sont plus éloignés mais qui sont reconnus comme sous la responsabilité de la formation sanitaire en question;

- zone étrangere qui comprend tout le reste des villages d'où viennent les autres malades.

Les populations des zones centrales et périphériques peuvent être estimées à partir des données du récensement. Nous recommandons à chaque direction provinciale d'essayer d'obtenir ces données (les populations des villages concernés) pour aider les majors des formations sanitaires.

A. Soins de Santé Primaires

Dans le domaine des SSP, la couverture en PSP peut-être évaluée en pourcentage de villages ou de secteurs couverts par les PSP fonctionels.

Exemple:

$$\% \text{ Couverture} = \frac{\text{Nbre de PSP fonctionels} \times 100}{\text{Nbre de villages + secteurs}}$$

Pour une analyse plus raffinée de fonctionnement des PSP, on peut calculer le nombre de nouvelles consultations par habitant par an ou par trimestre par les Agents de Santé Villageois (ASV). Le calcul de cet indice se basera sur des fiches révisées de 1987 de même que la couverture obstétricale par les Accoucheuses Villageois (AV).

Exemple:

$$\text{Nouvelles consultations par 100 habitants} = \frac{\text{Nbre tot. de nouveaux malades} \times 100}{\text{Population du village}}$$

Exemple:

$$\text{\% Couverture obstétricale d'un village} = \frac{\text{Nbre de naiss. assistées par l'AV} \times 100}{\text{Nbre de naiss. assistées + non-assistées}}$$

B. Santé de la Mère et de l'Enfant

1. Couverture obstétricale - La couverture obstétricale (C.O.) pour une zone géographique est le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié: un agent de santé ou une AV.

$$\% \text{ C.O.} = \frac{(\text{accouch. assistés en maternité + par l'AV}) \times 100}{\text{nbre d'accouchements attendus}}$$

Il faut estimer le nombre d'accouchements attendus pour calculer cet indice. Le nombre d'accouchements attendus est d'environ 50 pour 1.000 habitants par an au Burkina Faso.

$$\text{Nbre d'accouch. attendus pour } \underline{\text{un an}} = \frac{\text{nbre d'habitants} \times 50}{1.000}$$

2. La couverture en consultation prénatale peut-être estimée presque de la même façon que la couverture obstétricale.

$$\text{Couverture de la C.P.N. (\%)} = \frac{\text{Nouvelles Consultantes} \times 100}{\text{Nbre d'accouch. attendus}}$$

3. La mortalité périnatale précoce est le nombre de mort-nés plus le nombre de décès dans les premières 48 heures pour 1.000 accouchements.

$$\text{Mortalité périnatale précoce} = \frac{\text{Nbre de morts-né + décès dans les 48 h.} \times 1000}{\text{Nbre d'accouchements}}$$

4. En ce qui concerne le planning familial, on peut suggérer comme indicateur le nombre total de femmes sous contrôle pour 1.000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Cette tranche d'âge est égale à 22,8 % de la population totale.

N.B.: Le calcul de cet indice est possible à partir des fiches revisées.

$$\text{Taux d'utilisation des méthodes de planning familial pour 1.000 femmes âgées 15 - 49} = \frac{\text{Nbre de femmes sous contrôle} \times 1.000}{\text{Pop. total} \times 0,228}$$

200

5. Couverture vaccinale - La couverture vaccinale peut être calculée de deux façons:

- calcul théorique

- enquête sur le terrain (enquête type OMS avec 30 grappes de 7 enfants)

La description qui est donnée ci-après sur la méthode théorique est basée sur les chiffres de routine. C'est une méthode moins fiable si on la compare à une enquête sur le terrain mais elle est moins onereuse. Toutefois, son utilisation exige que les données de vaccination soient recueillies en tenant compte des tranches d'âges: moins d'un an et un an et plus.

N.B.: Dans les nouvelles fiches, seulement deux tranches d'âges sont retenues au lieu de trois.

La seconde méthode n'est pas souvent faisable au niveau d'une D.P.S. par manque de moyens.

Exemple de calcul:

$$\text{Couverture vaccinale d'un vaccin X (\%)} = \frac{\text{Nbre d'enfants vaccinés} < 1 \text{ an} \times 100}{\text{Nbre d'enfants à vacciner} < 1 \text{ an}}$$

Pour calculer cet indice, il est nécessaire d'estimer le nombre total d'enfants à vacciner dans un an: il est d'environ 42 pour 1.000 habitants.

Malgré le fait que toutes les provinces n'aient pas envoyé leurs resultats par tranche d'âge, nous avons essayé d'estimer la couverture vaccinale par province (voir en annexe tableau x).

6. Le volume de vaccinations est un autre indicateur à suivre. On peut faire un graphique du nombre de vaccinations d'un vaccin x administré par mois ou par an dans une province ou une zone géographique donnée.

7. L'assiduité de la vaccination en ce qui concerne les multiples doses de DTCoq - Polio est un autre indicateur. Cet indicateur serait défini comme le pourcentage de 3ᵉ vaccinations sur le nombre total.

$$\text{Assiduité DTCoq - Polio en \%} = \frac{\text{Nbre de dernières}^{\S} \text{ doses administrées} \times 100}{\text{Nbre total de doses administrées}}$$

§ Pour les vaccins à trois doses, ce serait le nombre de 3ᵉ doses; pour ceux à deux doses ce serait le nombre de 2ᵉ doses.

200

8. Le pourcentage des enfants complètement vaccinés est un indicateur important. Pour l'estimer, il faut calculer la couverture de la dernière dose de DTCoq - Polio et la comparer avec la couverture vaccinale des autres vaccins du PEV: BCG, anti-rougeoleux et anti-amaril. La couverture vaccinale est donc la valeur la plus basse parmi ces pourcentages. Habituellement, c'est la couverture du dernier DTCoq - Polio.

$$\text{Couverture vaccinale du dernier dose DTCoq - Polio} = \frac{\text{Nbre d'enfants vaccinés} < 1 \text{ an} \times 100}{\text{Nbre d'enfants à vacciner} < 1 \text{ an}}$$

9. Rougeole - L'incidence de la rougeole est une très bonne indication du succès d'un programme de vaccination. Habituellement, l'incidence de la rougeole est calculée pour 1.000 ou pour 10.000 habitants. Le nombre de cas utilisé dans le calcul est relevé des données des TLO hebdomadaires. Il est interessant de suivre l'incidence par semaine ou par mois ou sur plusieurs années sur un graphique.

Pour un graphique où l'on veut montrer la tendance de l'incidence sur un certain nombre d'années, ou si l'on veut comparer une province à une autre, il est important de calculer l'incidence. Mais pour suivre l'incidence par mois ou par semaine en periode d'épidémie sur trois ou quatre ans, une courbe sur le nombre de cas simplement est suffisant.

10. Mortalité maternelle - Le taux de mortalité maternelle est mesuré pour 1.000 naissances vivantes. Dans le cas des pays en voie de développement, le nombre de naissances estimées devrait être utilisé comme dénominateur - non pas les naissances enregistrées (ref Thuriaux / Lamotte).

Les causes des décès par provinces sont en annexe. Les taux ne sont pas calculés parce que nous ne savons pas la provenance des femmes décédées dans les Hôpitaux Nationaux ni dans les CHR.

11. Mortalité infantile - Le taux de mortalité infantile a été pendant longtemps un indicateur qui n'était pas accèsible aux agents de santé au niveau périphérique. Mais récemment nous avons vu le développement des nouvelles méthodes démographiques qui permettaient d'exploiter le taux de mortalité infantile au niveau local. Cette méthode consiste en l'analyse des réponses aux deux questions suivantes qui seraient adressées aux femmes à la maternité lors de leurs accouchements.

1. Quand a eu lieu votre dernière naissance vivante (mois et année)?

2. Est-ce-que l'enfant est toujours vivant?

La proportion des enfants toujours vivants est une bonne estimation de la probabilité de survie des enfants entre 0 et 24

mois. La proportion des enfants décédés entre 0 et 24 mois serait bien sûr un peu plus élèvé que la mortalité infantile, mais elle serait un bon indicateur à suivre de façon longitudinale.

L'inconvénient majeur est le biais introduit par la mauvaise couverture obstétricale en milieu rural. Pour éviter ce biais, puisque la couverture obstétricale est presque toujours bonne dans la ville ou le village où se trouve une maternité, l'analyse devrait être restreinte aux naissances des enfants des femmes en provenance du lieu même de la formation sanitaire.

C. Soins Curatifs / Hospitaliers

Pour calculer les deux premiers indicateurs qui suivent, il faut noter les concepts suivants:

- Pour le calcul des taux d'utilisation: se servir du nombre de nouvelles consultations. Une visite d'un individu est compté une seule fois même s'il s'est présenté avec deux maladies. (Dans le tableau nosologique par contre, on peut compter un individu deux fois s'il a deux maladies. Par exemple il peut se présenter avec un cas de pneumonie et un cas de plaie.)

- Pour le calcul de la charge de travail, utiliser le nombre de nouvelles consultations (ou inscriptions) plus les anciennes consultations. La pratique d'ajouter des anciennes consultations fictives pour les malades qui habitent loin de la formation sanitaire n'est plus permise.

1. Un indice souvent utilisé pour évaluer l'utilisation des soins curatifs est le nombre de nouvelles consultations par habitant par an (C.H.A.). Il est calculé comme suit.

$$\text{C.H.A.} = \frac{\text{nombre de nouvelles consultations dans un an}}{\text{nbre d'habitants}}$$

Ce ratic indique aussi le taux d'utilisation de la consultation curative par la population - à distinguer de la charge de travail du personnel.

2. La charge de travail du personnel d'un service égale le nombre de consultations (nouvelles plus anciennes) dans le mois divisé par le nombre de jours ouvrables dans le mois (25).

Exemple:

$$\text{Charge de travail d'un dispensaire par jour} = \frac{\text{Total mensuel de nouv. + anc. consult.}}{25}$$

202

3. Le CM ou le CHR - à quel pourcentage est-il fonctionel ou non? (Voir définitions en annexe B) Quels sont les services qui manquent? Quels sont les services qui fonctionnent très bien, et quels sont les services qui ont souvent des problèmes de fonctionnement? Comment resoudre ces problèmes?

4. Les capacités d'accueil des maternités des CM sont elles suffisantes pour accueillir les femmes à haut risque de la zone? (Nous considèrons qu'une formation sanitaire est à sa limite quand le taux d'occupation avoisine les 80 %.)

Pour calculer les besoins en lits de maternité, la procédure suivante est suggérée (l'exemple est appliqué à une ville qui n'a pas d'autres maternités sauf celle du CM):

Ville "A" Population = 17,000 habitants

Nbre de lits de maternité (pour les femmes à utiliser après l'accouchement) = 25 lits

Nbre de jours moyen de séjour des femmes après l'accouchement = 5 jours.

$$\text{Taux d'utilisation par les femmes de la ville A} = \frac{\text{nbre d'achts attendus x séjour moyen}}{\text{capacité en lit x jours d'hospitalisation}}$$

(capacité en lit x jours = nbre de lits x 365)

$$= \frac{(17.000 \times 50 / 1.000) \times (5\ j)}{25 \text{ lits} \times 365\ j} = 0,466 = 47\ \%$$

Capacité disponible pour les femmes venues d'ailleurs
= 80 % - l'utilisation de la ville
= 80 - 47 = 33 %

Nbre d'accouchements qui peuvent être accueillis en provenance d'ailleurs =

$$\frac{\text{capacité restante en lits x jours d'hospitalisation}}{\text{séjour moyen}}$$

$$= \frac{33\ \% \times \text{capacité d'hosp.}}{5\ j}$$

$$= \frac{.33 \times 25 \text{ lits} \times 365\ j}{5\ j} = 602 \text{ accouchements}$$

La prochaine étape dans l'analyse est de voir si la capacité répond aux besoins de la zone médicale où se trouve le CM.

Supposons que la population de la zone "A" (moins la population de la ville) est de 150.000; cela veut dire le nombre de naissances attendues dans une année serait de 7.500. La pourcentage de femmes à haut risque est estimée à 15 %, ou 1.125 accouchements. Donc théoriquement il n'y a pas assez de places pour essayer de mettre en vigueur une politique qui viserait à attirer toutes les femmes à haut risque vers la maternité du CM pour accoucher.

En face de ces calculs théoriques, il ne faut toujours pas perdre de vu des considérations du terrain.

Exemples:

- le dépistage des grossesses à haut risque pourrait être très incomplet, selon le degré de la participation des femmes aux consultations prénatales.

- la formation des accoucheuses villageoises dans le dépistage des grossesses à haut risque est un élément capital de la prévention de la mortalité maternelle. Si les AV ne font pas le dépistage, ou si les femmes dépistées ne sont pas référées à une formation sanitaire, la majorité de ces femmes ne seraient pas touchées par cette politique.

- pour les femmes de la ville du CM qui n'ont pas eu un problème, on peut diminuer leur séjour jusqu'à 2 ou 3 jours pour laisser plus de place aux femmes référées d'ailleurs et les femmes avec complications.

- à Ouagadougou ou à Bobo Dioulasso, il faudrait des critères différents pour decider quelles femmes devraient accoucher dans les Hôpitaux Nationaux. Les femmes à haut risque qui habitent dans les deux grandes villes n'auront pas toutes besoin d'être envoyées à l'hôpital, du fait qu'elles sont surveillées par des sages femmes et qu'en cas de complication, elles sont vite évacuées.

5. Il existe plusieurs autres indices, tel que le nombre d'habitants par personnel de santé, le nombre d'habitants par lit d'hospitalisation, le nombre de naissances attendues par lit de maternité, le nombre d'habitants moyen par formation sanitaire, et le rayon d'action moyen des formations sanitaires.

A partir de ces indices d'infrastructures et de personnel, il serait interessant de classer les provinces en groupes: à savoir les dépourvues, les intermédiaires et les favorisées. Cette comparaison transversale peut aider les provinces depourvues à ameliorer leurs situations. Cependant, les indices de personnel et d'infrastructure utlisés pour une telle classification ne tiennent pas compte de tous les facteurs, tel que les projets d'aide extérieure.

204

E. Maladies d'Intérêt Spécial / Maladies Chroniques / Epidémies

Les maladies suivantes et d'autres peuvent poser des problèmes de gravité différente selon la région. La trypanosomiase et la dracunculose sont deux maladies qui semblent être réparties de façon très inégale dans le pays.

Les autres maladies peuvent aussi subir des variations dans leur taux d'incidence d'une province à une autre.

Pour les maladies chroniques, tel que la lèpre, la tuberculose, l'hypertension artérielle, les maladies mentales et les schistosomiases, c'est la prevalence et l'incidence qui sont les indices à calculer.

Le calcul de la prévalence d'une maladie à un moment donné, se fait par la division du nombre de cas inscrits par le nombre d'habitants. Par exemple pour calculer la prévalence de la lèpre par 10.000 habitants à la fin de l'année, il faut diviser le nombre de lepreux inscrits à la fin du quatrième trimestre par le nombre d'habitants, et ensuite multiplier par 10.000.

Pour les maladies plus aigues, comme la méningite ou la dracunculose, l'incidence est plus appropriée que la prevalence. L'incidence d'une maladie égale le nombre de nouveaux cas pendant une période divisé par le nombre d'habitants de la région concernée.

F. Hygiene et Assainnissement

L'incidence, la prévalence par village et le pourcentage des villages affectés sont les indicateurs appropriés pour les deux maladies ci-après.

1. La dracunculose pour laquelle l'Assemblée Mondiale de la Santé a récemment adopté une resolution visant à l'éliminer d'ici l'année 1995. Le Burkina Faso était l'un des sept pays qui ont proposé la résolution à l'Assemblée.

En anticipant des programmes de lutte contre cette maladie, il est important de commencer à prendre connaissance de sa répartition géographique sur le territoire national. Les chiffres du premier semestre de l'année 1986 montrent sa répartition par province. Il serait souhaitable que chaque direction provinciale établisse une liste des noms des villages affectés de sa province, et plus particulièrement les provinces les plus touchées.

2. Schistosomiase: Avec la disponibilité du nouveau médicament praziquantel (ou Biltricide) le contrôle de la schistosomiase intestinal (S. mansoni) est devenu plus pratique. Néamoins le coût de ce médicament ne permet pas à l'Etat d'entreprendre des vastes campagnes. Dans les projets d'irrigation, il est souhaitable de suivre l'incidence de la maladie pour une évaluation éventuelle de la faisabilité d'un

programme de lutte basée sur des examens faits par le personnel médical d'une part, et une participation de la communauté dans l'achat du médicament d'autre part.

En ce qui concerne le contrôle de la schistosomiase urinaire (S. haematobium), le metrifonate (Bilarcil) peut-être le médicament préféré à cause de son coût très bas.

Dans tous les cas le niridazole (Ambilhar) semble être un médicament dépassé à cause de ses effets secondaires.

III. Graphiques / Cartes

Pour évaluer l'état de santé d'une province, il y a deux principales types d'analyse à faire: transversale et longitudinale. Une analyse longitudinale consiste en l'établissement à partir des données disponibles, un graphique qui montre l'évolution d'une maladie ou d'un indicateur sur plusieurs mois ou plusieurs années.

Une analyse transversale, elle, consiste en la confection d'une carte ou d'un tableau qui permet la comparaison d'un indicateur pour plusieurs régions géographiques au même moment ou pour la même année.

A. Les analyses longitudinales: Habituellement, elles sont les plus intéressantes. Mais au Burkina Faso, ces analyses sont pour le moment très dificile en raison des changements récents des limites provinciales. Ceci étant, les nouvelles directions n'ont pas d'archives, et les vieilles directions n'ont plus les même populations.

Au niveau national il est possible de faire des analyses longitudinales des maladies ou indicateurs pour montrer les tendances à long terme (voir les numéros 1 et 3 du Bulletion d'Epidémiologie et d'Informations Sanitaires).

Dores et déjà, chaque direction provinciale a l'opportunité de selectioner sa propre liste d'indicateurs prioritaires à suivre dans les années à venir. Ces indicateurs se valoriseront de mieux en mieux avec le temps.

B. Les analyses transversales - En faisant les analyses transversales, il faut noter que les comparaisons se font entre des unités semblables. Par exemple comparer le Soum au Kadiogo ne serait pas aussi interessant que si on le comparait au Seno.

ANNEXE I

Schéma d'un rapport annuel d'une Province

A. Généralités

B. Soins de Santé Primaire

C. Santé de la Mère et de l'Enfant

D. Soins Curatifs / Hospitaliers

E. Maladies d'Intérêt Spéciales

F. Hygiene et Assainnissement

G. Activites de Formation / Recyclage

H. Cartes et Graphiques (aux besoins)

I. Recommandations / Planification

STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET POPULATION EN 1985

	Pop 1985	Taux d'accroi.	Super-ficie	Nbre de Dept.	Nbre de Villages
1. Bam (Kongoussi)	164,263	1.20%	4,017	6	262
2. Bazega (Kombissiri)	306,976	3.83%	5,313	10	281
3. Bougouriba (Diebougou)	221,522	2.25%	7,087	11	288
4. Boulgou (Tenkodogo)	403,358	3.06%	9,033	13	367
5. Boulkiemde (Koudougou)	363,594	1.58%	4,138	13	151
6. Comoe (Banfora)	250,510	3.63%	18,393	16	201
7. Ganzourgou (Zorgho)	196,006	4.63%	4,087	7	191
8. Gnagna (Bogande)	229,249	6.14%	8,600	7	276
9. Gourma (Fada-N'Gourma)	294,123	4.34%	26,613	12	357
10. Houet (Bobo Dioulasso)	585,031	6.60%	16,672	14	232
11. Kadiogo (Ouagadougou)	459,138	7.25%	1,169	-	10
12. Kenedougou (Orodara)	139,722	3.53%	8,307	10	148
13. Kossi (Nouna)	330,413	4.97%	13,177	14	354
14. Mouhoun (Koupela)	197,027	6.38%	1,627	9	240
15. Nou-Hou[illegible] (Dedougou)	239,213	3.76%	10,442	13	286
16. [illegible] (Po)	105,273	3.66%	3,843	5	148
17. [illegible]ntenga (Boulsa)	198,798	1.68%	7,555	6	92
18. [illegible]ntenga (Ziniare)	303,229	3.43%	4,693	12	275
19. [illegible] (Barem-Gorom)	105,715	3.51%	10,046	5	104
20. [illegible] (Yako)	225,115	2.97%	4,078	9	189
[illegible] (Gaoua)	234,501	2.66%	10,361	13	754
22. [illegible]nguie (Reo)	218,289	2.33%	5,165	9	107
23. Sanmatenga (Kaya)	368,365	2.64%	9,213	11	304
24. Seno (Dori)	230,043	4.65%	13,473	7	189
25. Sissili (Leo)	246,844	7.44%	13,736	13	284
26. Soum (Djibo)	190,464	3.64%	13,350	8	157
27. Sourou (Tougan)	267,770	1.43%	9,487	13	266
28. Tapoa (Diapaga)	159,121	5.63%	14,780	8	100
29. Yatenga (Ouahigouya)	537,205	0.13%	12,292	19	577
30. Zoundweogo (Manga)	155,142	5.42%	3,453	7	145
TOTAL	7,976,019	3.53%	274,200	300	7,285

L'INSD considere que le taux d'accroisement de 3,53 est trop eleve, suite a une sous estimation de la population en 1975. Avec la suppression de l'impot de capitation et la mobilisation des autorites politico-administratives, ce second recensement a mieux reussi. Certaines methodes indirectes d'estimation du taux d'accroissement donne 2,60%. Il est recommande d'utiliser ce taux pour effectuer des projections au dela de 1985.

B U R K I N A - F A S O

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

DISTRIBUTION DE LA POPULATION PAR SEXE ET PAR AGE BURKINA FASO *

Age	Pourcentage
0 mois	0,38
1 "	0,37
2 "	0,36
3 "	0,36
4 "	0,35
5 "	0,35
6 "	0,35
7 "	0,34
8 "	0,34
9 "	0,34
10 "	0,34
11 "	0,33
Moins d'1 an	4,21
1 an	3,96
2 ans	3,73
3 ans	3,53
4 ans	3,35
Moins de 5 ans	18,78
5 - 9 ans	14,73
10 - 14 ans	12,20
15 - 19 ans	9,23
20 - 24 ans	7,76
25 - 29 ans	7,06
30 - 34 ans	6,16
35 - 39 ans	5,09
40 - 44 ans	4,29
45 - 49 ans	3,64
50 - 54 ans	3,06
55 - 59 ans	2,43
60 - 64 ans	1,88
65 - 69 ans	1,34
70 et +	2,35
	100,00 %
Femmes en âge de procréer :	
15 - 49 ans	22,8 %
Femmes enceintes **	2,5 %

* SOURCE : INSD - résultats du récensement de 1975.

** Estimé par la DEP.

Donor Conference

KT/OA

/)/)INISTERE DE LA SANTE

-=-=-=-

SECRETARIAT GENERAL

-=-=-=-

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

-=-=-=-=-=-

B U R K I N A F A S O

Ba Patrie ou la Mort,

nous vaincrons !

-=-=-=-

CONFERENCE DES PARTENAIRES DE LA SANTE

OUAGADOUGOU 5-6 JANVIER 1987

-=-=-=-=-=-

PROGRAMME

-=-=-

LUNDI 5 JANVIER 1987

- 8 H 00 = Ouverture
- 8 H 30 = Présentation des Participants
  Adoption de l'ordre du jour
- 9 H 00 = Présentation du Ministère de la Santé
  (Politique Sanitaire Nationale)
- 9 H 45 = Pause
- 10 H 15 = Présentation de certains Programmes Sanitaires :
  - Les Vaccinations au Burkina Faso
  - Le Lutte contres les Grandes Endémies
  - SMI/PF et Nutrition
  - Suivi des PSP.
- 11 H 15 = Discussions sur les présentations
- 13 H 00 = Suspension
- 15 H 30 = Présentation du Plan Quinquennal 1986-1990 du Ministère de la Santé.
- 16 H 00 = Discussions/Questions sur le Plan Quinquennal
- 17 H 30 = Suspension

MARDI 6 JANVIER 1987

- 8 H 00 = Présentation des programmes/Projets d'après exploitation des fiches reçues des partenaires de la Santé.

.../...

211

- 8 H 30 = Commentaires et Discussions
- 9 H 45 = Pause
- 10 H 15 = Interventions de :
  - GTZ/SVA
  - BSONG

  Discussions et recherche de solutions aux différentes contraintes rencontrées dans l'exécution des projets.
- 12 H 30 = Suspension
- 15 H 30 = Résumé des travaux

  Examen des recommandations
- 16 H 30 = Clôture.

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

212

NUMBER OF DONORS AND THE PROJECTS THEY FINANCE.

The analysis presented in this 1986 survey of donors in the health sector is based on responses obtained from twenty agencies of whom 4 are bilaterals, 7 are multilaterals, and 9 are ONG's. These agencies currently finance 46 different projects and their financial contributions amount to a total of FCFA 26.2 billion. The Government of Burkina (GOB) and other sources of co-finance contribute approximately FCFA 2.5 billion to these projects. Donor contribution averages at about FCFA 570 million per project. Total donor contribution per year is almost FCFA 10 billion.

	Bila-terals	Multi-laterals	ONG's	TOTAL
Number of donors	4	7	9	20
Number of projects	15	16	15	46
Donor contribution	7,683,530	15,063,062	3,502,320	26,248,912
GOB contribution	428,044	795,550	3,294	1,226,888
Co-financing	250,000	967,798	1,136	1,218,934
TOTAL COST	8,361,574	16,826,410	3,506,750	28,694,734
% of total	29%	59%	12%	100%
DONOR CONTRIBUTION				
Average per projec	512,235	941,441	233,488	570,629
Per year	2,272,636	4,378,642	3,300,097	9,951,375

LENGTH OF PROJECT LIFE.

24%

quarter ~~One third~~ of the projects (~~34%~~) are renewable from 1 to 3 years. These projects are generally small and account for only 14% of the total cost of donor assisted projects.

Another 30% of the projects have fixed lives ranging from a couple of months to 2 years. These group of porjects, most of which are financed by ONG's, account for only 6% of total cost of donor assisted projects.

Projects with 3 to 5 years duration account for 37% of the number of projects and 41 % of the total cost of projects

A small group of projects (4% of total) have durations of 6 or more years. This group of projects accounts for 40% of the total cost of projects.

Thus, 81% of the total project cost is attributable to only 41% of the projects.

Life of project	% of total number of projects	% of total cost of projects
Renewable 1 to 3 years	24	13
Fixed term upto 2 years	30	6
Fixed term 3 to 5 years	37	41
Fixed term 6 or more years	9	40
Total	100	100

PARTICIPATION OF GOB AND OTHER CO-FINANCERS

According to the information obtained from the donors, GOB participates financially in only 8 out of the 46 projects. Its contribution amounts to FCFA 1.2 billion and constitutes about 7% of the total cost of the projects in which it participates.

Other co-financers participate in 5 projects and contribute about FCFA 1.2 billion. This amount constitutes about 17% of the cost of projects in which they are involved.

GEOGRAPHIC SCOPE OF ACTIVITY.

A slight majority of projects (54%) operate at the provincial level. These projects tend to be small and directly related to service provisison. Their total cost constitutes only 35% of the total donor contribution. Out of the nine ONG's seven are operating at the provincial level. The average cost of these group of projects is approximately FCFA 400 million.

Eight out of the twenty donors accounting for 21 out of the 46 projects operate at the national level. These projects concentrate on institution building and reenforcement of national level directorates. As a group they account for 65% of the total donor contribution.

PROJECT SIZE

The range in project size is very wide -- FCFA 6.3 million to nearly 9 billion. More than half of the projects (52%) are below FCFA 100 million. This class of projects contribute only 3% of the total cost of donor assisted projects.

At the other end of the range 3 projects (7%) account for 55% of the total cost of donor assisted projects.

MOST COMMON SUB-SECTORS IN WHICH DONORS PARTICIPATE.

Donors participate in financing a wide range of sub-sectors. Some, in particular those operating at the national level are involved in over-all institution building whose impact would be felt by the entire sector. Eighteen of the 46 projects finance 2 or more sub-sector activities.

Most commonly financed sub-sectors.	Number of participating donors.
Primary health care	18
Immunization	10
All sector activities	7
Nutrition related	7
Management & Administration	5

MOST COMMONLY PROVIDED INPUTS.

Most commonly financed inputs	Number of participating donors.
Technical assistance	22
Construction	14
Equipment	18
Training	13
Medications	9

LOCALISATION DES INTERVENTIONS

Une faible majorité des projets (54 %) se situe au niveau provincial; ces projets sont généralement de petite taille et portent sur l'approvisionnement des services de santé. Leur coût représente seulement 35 % du total des contributions des partenaires. Des 9 ONG considérés, il y en a 7 qui interviennent au niveau provincial. Le coût moyen de ce groupe de projets est d'environ F CFA 400 millions.

Du total des 20 Agences qui ont fourni des informations, 8 interviennent dans 21 des 46 projets qui s'exécutent au niveau national.

Ces interventions concernent des constructions/renforcements au niveau des Directions provinciales du pays. Leur coût représente 65 % du coût total des interventions des partenaires.

TAILLE DES PROJETS

La variation dans la taille des projets est très étendue : de 6,3 à 9 millions de F CFA. Plus de la moitié de l'ensemble des projets (52 %) se chiffre à moins de 100 millions de F CFA. Cette classe de projets ne constitue que 3 % du coût total de l'assistance des partenaires.

D'un autre côté, 3 projets (ou 7 % de l'ensemble) totalisent à eux seuls 55 % du total de l'assistance.

SOUS-SECTEURS D'INTERVENTION

Les interventions portent sur une large gamme de sous-secteurs. Certaines, en particulier celles qui se situent à un niveau national portent sur le renforcement des institutions dont l'impact touche tous les secteurs. Dix-Huit des 46 projets concernent 2 sous-secteurs d'activités ou plus.

.../...

Principaux sous-secteurs	Nombre de Projets
Soins de Santé Primaires (Immunisation Nutrition)	35
Organisation et Administration	5
Tous secteurs	7

PRINCIPAUX TYPES D'ASSISTANCE FOURNIE

Type d'Assistance	Nombre de Projets
Assistance technique	22
Construction	14
Equipement	18
Formation	13
Soins	9

NOMBRE DE PARTENAIRES ET NOMBRE DE PROJETS FINANCES

L'Analyse présentée est le résultat de l'exploitation des fiches reçues de Vingt (20) agences dont :

- Quatre (4) sont bilatérales
- Sept (7) sont multilatérales et
- Neuf (9) sont des ONG.

L'ensemble de ces agences finance 46 projets pour une contribution financière totale de F CFA 26,2 milliards. La contre partie Burkinabè et autres sources de co-financement se chiffrent à F CFA 2,5 milliards. soit à peu près 10%.

La moyenne des contributions des partenaires est d'environ F CFA 570 millions par projet tandis que la contribution moyenne annuelle est d'environ F CFA 10 milliards pour tous les projets.

Type de collaboration	Bilatéraux	Multilatéraux	ONG	TOTAL
Nombre de partenaires	4	7	9	20
Nombre de projets	15	16	15	46
Montant descontributions	7.583.530	15.063.062	3.502.320	26.248.912
Contre-partie nationale	428.044	795.550	3.294	1.226.888
Co-Financement	250.000	967,798	1.136	1.218,934
Coût total	8.361.574	16.826.410	3.506.750	28.694.734
% du coût total	29 %	59 %	12 %	100 %
Contribution des partenaires				
Coût moyen par projet	512.235	941,441	233.488	570.629
Coût moyen annuel	2.272.636	4.378.642	3.300.097	9.951.375

DURKE DES PROJETS

- Un quart des projets (24%) sont renouvelables selon une périodicité allant de 1 à 3 ans. Ces projets sont généralement de petite taille et leur coût représente seulement 10 % du coût total des projets.

- 30 % des projets ont une durée limitée allant de 2 mois à 2 ans. Ce groupe de projets dont la plus part est financée par des ONG représente seulement 6 % du coût total des projets.
- Les projets d'une durée de 3 à 5 ans representent 37 % de l'ensemble des projets et 41 % de leur coût total

Un petit nombre de projets (9 % de l'ensemble) ont une durée de 6 ans ou plus. Leur coût représente 40 % du coût total.

Ainsi, 81 % du coût total des projets finance seulement 41 % de l'ensemble des projets.

Durée des projets	% du Nombre Total de projets	% du coût total des projets
Renouvelables sur 1 à 8 ans	24	13
Durée fixe de 2 ans	30	6
Durée fixe de 3 à 5 ans	37	41
Durée fixe 6 ans ou plus	9	40

CONTRIBUTION NATIONALE ET AUTRES CO-FINANCEMENTS

Selon les informations tirées des fiches reçues, la contre partie nationale concerne seulement 8 des 46 projets examinés. Cette contre partie se chiffre à F CFA 1,2 milliard et représente environ 7 % du coût total de ces 8 projets.

Les autres co-financements concernent 5 projets et se chiffrent à environ F CFA 1,2 milliard Ce montant constitue environ 17 % du coût de ces 5 projets.

.../...

BAILLEUR	NUMBE PROJE	DUREE MOYEN	TOTAL ALLOUE	ALLOUE PAR AN	ALLOUE/ PROJET	TOTAL DEPENSE	DEPENSE/ PROJET
BILATERALS							
ITALIE	2	2.5	1,622,000	648,800	811,000	423,750	211,875
M. FRANC	10	2.7	2,162,000	800,741	216,200	283,587	28,359
SVA/GTZ	1	5.0	1,956,000	391,200	1,956,000	815,000	815,000
USAID	2	4.5	1,943,530	431,896	971,765	263,200	131,600
S. TOTAL	15		7,683,530	2,272,636		1,785,537	
MOYEN		3.1			512,235		119,036
MULTI-LATERALS							
BIRD	1	6	8,778,000	1,463,000	8,778,000	531,300	88,550
CCE-FED	1	3	430,300	143,433	430,300	193,500	64,500
FENU	1	3	474,283	158,094	474,283	8,491	2,830
FNUAP	2	3	209,197	69,732	104,599	236,517	78,839
OMS	6	2	407,039	203,520	67,840	312,972	156,486
PNUD	2	1.5	2,607,528	1,693,200	1,303,764	38,610	25,071
UNICEF	3	3.3	2,156,715	647,662	718,905	910,800	273,514
S. TOTAL	16		15,063,062	4,378,642		2,232,190	
MOYEN		2.7			941,441		139,512
ONG's							
ACDE	1	10	97,000	9,700	97,000	250,000	25,000
AFRICARE	4	0.5	41,402	82,804	10,351	57,195	114,390
APMP	1	6	?	0	0	400,000	66,667
CATHWEL	1	1	2,924,150	2,924,150	2,924,150	0	0
FEME	4	0.7	79,253	121,928	19,813	27,603	42,466
FOLLEREAU	1	1	63,515	63,515	63,515	63,515	63,515
ITALIE(LV	1	4	100,000	25,000	100,000	50,000	12,500
SCF (UK)	1	2	112,000	56,000	112,000	72,667	36,334
SNV	1	5	85,000	17,000	85,000	15,200	3,040
S. TOTAL	15		3,502,320	3,300,097		936,180	
MOYEN		2.2			233,488		62,412
G. TOTAL	46		26,248,912	9,951,375		4,953,907	
MOYEN		2.7			570,629		107,694

DUREE DES PROJETS

DUREE	NOMBRE DES PROJETS BILA-TERAL	MULTI-LATERAL	ONG's	TOTAL	% OF TOTAL
RENOUVELLABLE					
1 AN	2.0		2	4	9%
2 ANS		6		6	13%
3 ANS		1		1	2%
FIXEE					
< 1 AN		1	6	7	15%
1-2 ANS	3	1	3	7	15%
3 ANS	3	5		8	17%
4 ANS	4		1	5	11%
5 ANS	2	1	1	4	9%
> 5 ANS	1	1	2	4	9%
TOTAL	15	16	15	46	100%
% OF TOTAL	33%	35%	33%	100%	

	MONTANT ALLOUE (EN ,000 FCFA)				
RENOUVELLABLE					
1 AN	225,000		2,987,665	3,212,665	12%
2 ANS		407,039		407,039	2%
3 ANS		25,047		25,047	0%
FIXEE					
< 1 AN		4,620	63,059	67,679	0%
1-2 ANS	1,232,000	47,025	169,596	1,448,621	6%
3 ANS	936,030	4,316,331		5,252,361	20%
4 ANS	1,634,500		100,000	1,734,500	7%
5 ANS	2,056,000	1,485,000	85,000	3,626,000	14%
> 5 ANS	1,600,000	8,778,000	97,000	10,475,000	40%
TOTAL	7,683,530	15,063,062	3,502,320	26,248,912	100%
% OF TOTAL	29%	57%	13%	100%	

PROJETS AVEC LA PARTICIPATION DU GOUVERNEMENT BURKINABAYE ET LES CO-FINANCIERS.

BAILLEURS	ALLOUE PAR BAILLEURS	PARTI. BURKINA	CO-FIN
M. FRANCAISE	417,250	327,000	
M. FRANCAISE	50,000		250,000
USAID	1,600,000	3,124	
USAID	343,530	97,920	
BIRD	8,778,000	462,000	
FENU	474,283		377,603
PNUD	4,620	250	
PNUD	2,602,908	333,300	590,195
CATHWEL	2,924,150	1,400	
FEME	20,250		569
FEME	15,000	1,894	
FEME	8,003		567
TOTAL	17,237,994	1,226,888	1,218,934

222

BAILLEURS	ALLOUE PAR BAILLEURS	PARTI. BURKINA	CO-FIN
BIRD	8,778,000	462,000	
M. FRANCAISE	417,250	327,000	
USAID	343,530	97,920	
USAID	1,600,000	3,124	
FEME	15,000	1,894	
CATHWEL	2,924,150	1,400	
PNUD	4,620	250	
PNUD	2,602,908	333,300	590,195
FENU	474,283		377,603
M. FRANCAISE	50,000		250,000
FEME	20,250		569
FEME	8,003		567
TOTAL	17,237,994	1,226,888	1,218,934

PROJETS AVEC PARTICIPATION BURKINABAYE

NOMBRE DES PROJET	8		
TOTAL	16,685,458	1,226,888	
'% DU TOTAL	93.15%	6.85%	
% DU TOTAL GLOBAL			

PROJETS AVEC PARTICIPATION DES CO-FINANCIERS.

NOMBRE DES PROJETS	5		
TOTAL	3,155,444	333,300	1,218,934
'% DU TOTAL	67.03%	7.08%	25.89%
% DU TOTAL GLOBAL			

PROJETS AVEC PARTICIPATION BURKINABAYE ET DES CO-FINANCIERS.

NOMBRE DES PROJETS	1		
TOTAL	2,602,908	333,300	590,195
'% DU TOTAL	73.81%	9.45%	16.74%
% DU TOTAL GLOBAL			

224

	BILATERAL	MULTI-LATERAL	ONG's	TOTAL
NIVEAU NATIONAL				
NOMBRE DE BAILLEURS	2	4	2	8
NOMBRE DE PROJETS	7	12	2	21
DUREE MOYEN	3.42	2.83	1	2.85
TOTAL ALLOUE	2,578,030	11,550,950	2,987,665	17,116,645
ALLOUE PAR PROJET	368,290	962,579	1,493,833	815,078
NIVEAU PROVINCAL - UNE SUELE PROVINCE				
NOMBRE DE BAILLEURS	2	2	4	8
NOMBRE DE PROJETS	3	3	7	13
DUREE MOYEN	3.66	2.02	1.7	2.23
TOTAL ALLOUE	692,500	3,081,811	275,189	4,049,500
ALLOUE PAR PROJET	230,833	1,027,270	39,313	311,500
NIVEAU PROVINCAL - 2 A 4 PROVINCES				
NOMBRE DE BAILLEURS	2	1	3	6
NOMBRE DE PROJETS	4	1	3	8
DUREE MOYEN	2	3	6	3.63
TOTAL ALLOUE	2,457,000	430,300	209,000	3,096,300
ALLOUE PAR PROJET	614,250	430,300	69,667	387,038
NIVEAU PROVINCAL - 5 OU PLUS PROVINCES				
NOMBRE DE BAILLEURS	1	0	1	2
NOMBRE DE PROJETS	1	0	3	4
DUREE MOYEN	5	0	0.55	1.66
TOTAL ALLOUE	1,956,000	0	30,466	1,986,466
ALLOUE PAR PROJET	1,956,000	0	10,155	496,617
TOUS ~~BAILLEURS~~ niveaux				
NOMBRE DE BAILLEURS	7	7	10	24
NOMBRE DE PROJETS	15	16	15	46
DUREE MOYEN	3.19	2.69	2.24	2.71
TOTAL ALLOUE	7,683,530	15,063,061	3,502,320	26,248,911
ALLOUE PAR PROJET	512,235	941,441	233,488	570,629

225

TAILLE DU PROJET EN FCFA ('000)	NOMBRE DE PROJETS FINANCIE PAR LES BILA-TERALS	MULTI-LATERALS	ONG's	TOTAL	% DU TOTAL
< 100,000	4	8	12	24	52%
100,000 - 499,999	5	3	2	10	22%
500,000 - 999,999	2	2		4	9%
1,000,000 - 1,999,999	4	1		5	11%
2,000,000 - <		2	1	3	7%
TOTAL	15	16	15	46	100%
% DU TOTAL	33%	35%	33%	100%	

TAILLE DU PROJET EN FCFA ('000)	COUT TOTAL DES PROJETS BILA-TERALS	MULTI-LATERALS	ONG's	TOTAL	% OF TOTAL
< 100,000	219750	381912	389200	970862	3%
100,000 - 499,999	1066450	716519	212000	1994969	7%
500,000 - 999,999	1244250	1476575		2720825	9%
1,000,000 - 1,999,999	5831124	1485000		7316124	25%
2,000,000 - <		12766403	2925550	15691953	55%
TOTAL	8361574	16826409	3506750	28694733	100%
% OF TOTAL	29%	59%	12%	100%	

226

Other Reports

a. Report on Typist Training

b. Trip Report of Economist

ETUDES SUR LE RECOUVEREMENT OU COUT DE LA SANTE DANS LA PROVINCE DE BOULGOU.

MISSION D'INVESTIGATION POUR LA PREPARATION DU PROTOCOL DES ETUDES.

PARICIPANTS: Cde. ZERBO Soumaira
Dr. BEKELE Abraham

DATES: 19 - 21 NOVEMBRE, 1986

ITENIRARY:

HOUR	DATE	DEPART	ARRIVE
10:00	19/11	OUAGA	
14:00	19/11		TENKODOGO
7:00	20/11	TENKODOGO	
9:00	20/11		OUARGAYE
12:00	20/11	OUARGAYE	
13:00	20/11		LALGAYE
14:00	20/11	LALGAYE	
14:20	20/11		BASBEDO
13:30	20/11	BASBEDO	
14:00	20/11		TEKODOGO
13:00	21/11	TENKODOGO	
16:00	21/11		OUAGA

PERSONS MET:

NAME	TITLE	ORGANIZATION	LOCATION
Dr. VALEA Dieudonne	Director	DPS	Tenkodogo
Dr. SOMDA Paul	Pharmacist	DPS	Tenkodogo
Cde. PARE Ibrahim	Dir. National	FAO	Tenkodogo
Mr. PELLIZZARI Edowardo	Agronomist	FAO	Tenkodogo
Cde. EMA	Prefect	Departnent de	Ouargaye
Cde. KABORE Augustin	IE	CM	Ouargaye
Cde. OUTTARA Massita	SF	CM	Ouargaye
Cde. LAMPO David	IE	CSPS	Lalgaye
Cde. YONLY nee BERE Ruffine	AA	CSPS	Lalgaye
Cde. SORGHO Salif	AS	PSP	Basbedo
Cde. SORGHO Tene	AV	PSP	Basbedo

INFORMATION SOUGHT AND TOPICS DISCUSED:

Information sought covered a wide spectrum of issues. The central objectives of the search were:

a. To determine the availability of resources engaged in the management and delivery of health care in the provine;

228

b. To understand the management and supervision system:
c. To determine the major health problems, type of health services given, rates of utilization, and the availability of services outside of the public system;
d. To determine existence of polical and/or community organizations and assess their actual and/or potential role in health care delivery;
e. To assess the accessibilty of health facilities; and
f. To assess the availability of resources potentially useful for implementation of the study.

INFORMATION SOUGHT AT THE DPS LEVEL

The Director of the province agreed to provide information on resources available, the management and supervision system, and population distribution within the province. In addition he will provide data on the availability of private health care services (modern and traditional). Assurances were obtained that this information would be sent to the DEPS within a week.

Resources available at the DPS level include:

a. Personnel of the DPS:

Agent financier	1
Secretary	2
agent de statistique	1
Agent pour SSP	1
driver	1

b. Personnel of the Education pour la Sante program:

Agent d'assainissment	1
Agent Itenerat (SMI + PEV)	2
Assistant de sante	1
Infirmier (PSP +ASV)	1

c. Logistiques:

Nissan Patrol	3
Peugot 404 Pick-up	1
Peugot 504 Pick-up	1
Truck	1
Mobylettes	3

d. Personnel for the Drug distribution system:

Pharmacist	1
Infirmier Brevete	1
Main d'oeuvre	1

REMARKS:

The DPS's access to information on resources available appears to be good. The only exception is information regarding sources of finance, and actual expenditures on health services. Financial information is almost totally absent at the DPS level. Payrolls are centralized, and materials, fuel and drugs are all provided in

kind. The payroll expense could be estimated based on the number of employees in each grade; or based on data obtainable from DAAF and the provincial administration. Cost of materials, drugs and maintenance will be quite difficult to estimate without an intensive investigation. A short-cut approach to the problem of cost estimations would be to examine resource utilization rates of a sample Zone Sanitaire over a period of three to six months.

The DPS's health education resources are divided between SMI and PEV programs. Each program has its own schedule of health promotion. The possibility of combining the health education resources was discussed with the Director. The combined approach would increase cost-effectiveness of the program and would likely also increase its capacity to carry out other aspects of promotion including community mobilization for greater participation in financing recurrent costs. The Director is very receptive to this idea and has expresed his willingness to consider suggestions on how to organize such a combined health education program.

A combined heath education program with some renforcement could be used to mobilize the community, to train heaath staff in the collection and management of funds and to supervise the implementation of the study. We recommend that this option be given serious consideration.

INFORMATION SOUGHT AT THE CM LEVEL:

The CM of Ouargaye supervises one of the four "Zones Sanitaire" in Boulgou. This Zone has three CSPS's serving four Departments of the province. Data collection forms applicable at the CM level were left with the IE. The forms include those designed for enumeration of resources, identification of sources of traditional authority, sources of private health care, and utilization of health care services.

Resources available at the CM level include:

IE	1
IB	2
SF	1
Matron	1
AA	1
Driver	1
Mainoeuvre	1
Ambulance	1
Mobylette (PEV)	1

Le CSPS de Lalgaye

This CSPS supervises 12 PSP of which 9 are now functional. In principle each PSP is to be supervised at least once every three months, or on demand. In practice supervision is less frequent than that. Resources of the CSPS include:

IE	1

AA	1
Mainoeuvre	1
Mobylette (PEU)	1

The IE confirmed the high prevalence of traditional sources of medicine in his locality. The demand for their services is high, most of the community consults them first before visiting the public health facilities.

Traditional sources of authority also exist. In most instances they have direct or indirect influence on the modern politico-social organizations.

LE PSP DE BASBEDO

We visited the PSP of Basbedo located some 20 Kms from Tenkodogo and discussed the operations of the PSP with the ASV and the AV. Among the issues discussed the most important lessons were:

a. That the community is willing to pay for its health care;
b. That traditional sources of medicine are very important; and
c. That traditional sources of authority still have substantial amount of influence.

THE LOGISTICS OF DRUGS

There are three channels of drug supply to the province: the Mini-Sante's distribution system, SONAPHARM's branch pharmacy --the "officine" --, and individual Catholic priests who maintain small depots of essential drugs in towns and large villages. The former now provides free suppplies of drugs to CM's and CSPS's. The latter two sources sell drugs to the public essentially filling the gap between total demand and the free supply of drugs. PSP's purchase their stock from the "officine" which serves as the depot of PSP's.

The Mini-Sante's supply of drugs to the province is irregular and insufficient in quantity. The pharmacist indicated that over the last 12 months he received 7 consignements of which 2 were prompted by requests he made. Each consignement he received was at best 50% of demand at the CM and CSPS levels.

Resources of the provincial pharmacy include:

Pharmacist	1
Mainoeuvre	1
IB (for the hosp)	1
Vehicle	None
Magasin	Shared with the hospital

Consignments received from the Mini-Sante are divided into the three Zones Sanitaire acording to size of Zone. Each CM is then expected to share its allocation with the CSPS's in its zone.

The provincial pharmacy uses bin cards to maintains records of its stock. It has no special forms for requisition from the center or

issue forms to accompany distributions to CM's.

For the small volume of drugs it handles at the moment, the pharmacy has suffient resources. But with the envisaged augmentation of the supply of drugs which would be available for sale some changes in management and corresponding increases in resources would be necessary.

THE FAO PROJECT IN BOULGOU

An integrated rural development project financed by Italy and executed by FAO is working jointly with the ORD in the provinces of Boulgou and Kouretenga. Health is one of the priority sectors of this project. The FAO/ORD project promotes rural development through the establishment of "Groupement Villageois". Each Groupement has a minimum of 15 members. Its leadership would consist of a president, treasurer, secretary, and two advisors. To facilitate interaction between the project and the GV, contiguous GV's are grouped into "Union de Groupement Villageois". In the two provinces the project has organised 260 Groupements. 190 of these are in boulgou.

The groupement Villageois offer an excellent opportunity for organizing community participation. Depending on their levels of development, they could also be used to supervise the operations of the system at the local level.

December 8, 1986

Report on Training for Typists during the Last Quarter of 1986

From October to December 1986, there has been an improvement in the attendance of the training courses for the DEP Typists. The courses were given more regularly and the record shows up that student attendance was good. However, some absences still exist due to unforeseen circumstances and vacation time.

Other exercises on the technical side have been and will be assigned for practice by the students. Some of these exercises, for example the necessity of making neat and systematic space allocation in typing tables seems to be not well understood and more practice is needed for the Typists to acquire skill at this. Typing text speed was also measured. Most of the students type accurately but with only 20 words per minute. Therefore, I believe there is a need for improvement in their speed of typing.

During the quarter, I have been staying after normal working hours and coming during the weekends to master the new word processing programme of the Multimate System. Use of word processing will be taught to the students when the new big computer order arrives. However, due to the rather low educational background of these students, on the technical side as well as on the practical side (French Language), it is necessary to first work on the typing and French Language performance standards before beginning instruction on use of the computer for word processing next year as well as improve their French knowledge.

Marie-Claude Li-Fun

December 8, 1986

Report on Training for Typists during the Last Quarter of 1986

From October to December 1986, there has been an improvement in the attendance of the training courses for the DEP Typists. The courses were given more regularly and the record shows up that student attendance was good. However, some absences still exist due to unforeseen circumstances and vacation time.

Other exercises on the technical side have been and will be assigned for practice by the students. Some of these exercises, for example the necessity of making neat and systematic space allocation in typing tables seems to be not well understood and more practice is needed for the Typists to acquire skill at this. Typing text speed was also measured. Most of the students type accurately but with only 20 words per minute. Therefore, I believe there is a need for improvement in their speed of typing.

During the quarter, I have been staying after normal working hours and coming during the weekends to master the new word processing programme of the Multimate System. Use of word processing will be taught to the students when the new big computer order arrives. However, due to the rather low educational background of these students, on the technical side as well as on the practical side (French Language), it is necessary to first work on the typing and French Language performance standards before beginning instruction on use of the computer for word processing next year as well as improve their French knowledge.

Marie-Claude Li-Fun