



BUSNIS

N° 1/2011

1^{er} mai 2011



Dans ce numéro :

La complétude des données	2
Les données manquantes	3
Les indicateurs cibles	3
Le paludisme en bref	4



EPISTAT

(Service d'Epidémiologie et des Statistiques)

est la structure du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida qui a en charge la gestion du Système d'Information Sanitaire (SIS). Il est la source principale de l'information indispensable pour la gestion des services de santé et des ressources sanitaires du pays à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, depuis la structure de base jusqu'au niveau central.

Un nouveau bulletin trimestriel

En complément de l'annuaire statistique, EPIS-TAT vient de relancer son bulletin de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique, le **BUSNIS**.

Quatre bulletins sont prévus par an. Ils permettront de partager avec tous les informations importantes concernant l'évolution de la prise en charge sanitaire de la population de notre pays. Chaque publication tentera de respecter la forme suivante. La première page sera consacrée à l'éditorial, aux dernières nouvelles et annonces importantes. Les pages centrales seront réservées à l'analyse des données sur base d'une thématique et/ou d'indicateurs clés sélectionnés et commentés par l'équipe de rédaction. La dernière page sera réservée aux contributions des programmes, services du MSPLS ou encore des partenaires.

Ce premier numéro est consacré à une analyse de la complétude et des données manquantes ainsi qu'à l'évolution de cinq indicateurs cibles. Il a également l'honneur de pouvoir vous présenter la première contribution d'un programme, le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP).

Si vous tenez à partager avec l'ensemble des professionnels du pays, une étude, une réflexion, une analyse, n'hésitez pas à envoyer à EPISTAT votre contribution (celle-ci devra tenir sur la page 4 du bulletin). Si vous désirez obtenir une version électronique du bulletin ou des compléments d'information, n'hésitez pas à nous contacter.

Nous attendons avec intérêt vos remarques, suggestions et contributions. Merci d'avance et bonne lecture.

De nouveaux outils de collecte...

Depuis 2009, EPISTAT a installé un nouveau logiciel (GESIS) dans les hôpitaux, les districts et les provinces sanitaires. Ce logiciel permet la saisie et l'analyse des données mensuelles produites par les structures de santé. Grâce au travail de tous, les districts sanitaires, les provinces sanitaires et le niveau central disposent maintenant d'une réelle base de données dont l'exploitation devra progressivement permettre de mieux orienter et organiser les activités devant améliorer la santé des populations.

En 2010, de nouveaux outils de collecte des données dans les CDS ont été élaborés (19 registres et un canevas de rapport mensuel, accompagnés de leurs manuels de procédures de remplissage). Ils devront permettre de collecter l'ensemble des données nécessaires en simplifiant au maximum le travail de collecte des données. Depuis janvier 2011, les données des CDS

sont rapportées sur ce nouveau canevas. Bientôt, ce sera le tour des outils concernant les hôpitaux.

Nous tenons par la présente à remercier les Programmes et nos Partenaires Techniques et Financiers qui ont contribué dans la formation et l'impression de ces nouveaux outils : La CTB, Santé+, Pathfinder International, OMS, Unicef, Coopération Suisse, Fonds Mondial Paludisme, le PNSR, PEV, PNILP, PRONIANUT, CNTS et le PNIMTNC.

Les nouveaux registres sont arrivés



La complétude des données

Complétude des rapports des CDS pour l'année 2010

Province	Taux complétude
BUBANZA	98,6
BUJA MAIRIE	96,4
BUJA RURAL	97,2
BURURI	95,7
CANKUZO	98,3
CIBITOKÉ	97,1
GITEGA	99,1
KARUSI	99,6
KAYANZA	96,2
KIRUNDO	99,6
MAKAMBA	100,0
MURAMVYA	99,7
MUYINGA	100,0
MWARO	99,1
NGOZI	100,0
RUTANA	100,0
RUYIGI	100,0
Taux national	98,0

La complétude des données mesure le nombre de rapports reçus sur le nombre de rapports attendus

L'EPISTAT a choisi comme sujet pour ce premier numéro du BUSNIS d'aborder la problématique de la complétude des données et dans une moindre mesure de la qualité des données. Tout le monde comprendra qu'il est en effet inutile de réaliser des analyses complexes si un grand nombre de données manquent ou si leur qualité est douteuse.

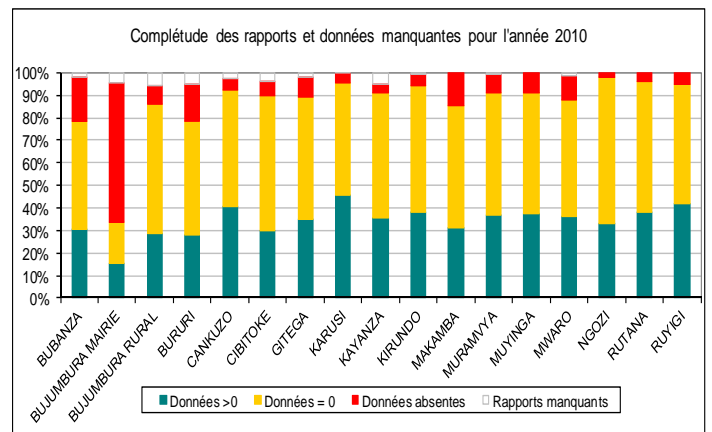
Sur les 12 mois de l'année 2010, les 735 structures intégrées dans le système d'informations devaient produire 8.820 rapports. Au moment de l'élaboration de ce bulletin, 8.601 rapports étaient disponibles dans la base de données d'EPISTAT, ce qui correspond à une complétude moyenne de 98 %. Le tableau ci-contre présente les complétudes obtenues par chaque province sanitaire. On peut y lire que Makamba, Muyinga, Ngozi, Rutana et Ruyigi ont une complétude de 100 % et que Bururi présente une complétude minimale de 95,7 %. Ces résultats sont évidemment très encourageants. Ils doivent cependant être tempérés. En effet, lors-

qu'on regarde de plus près le contenu des rapports, on constate que plusieurs structures rendent des rapports incomplets, parfois même très incomplets.

Des analyses plus précises ont dès lors été réalisées et ont permis de classer les données dans trois catégories : (i) les données avec une valeur supérieure à 0, (ii) les données avec une valeur égale à 0 et (iii) les données pour lesquelles aucune valeur n'a été introduite - que l'on appelle aussi les données manquantes (voir article ci-dessous).

Les proportions de valeurs égales à 0 ou manquantes ont

été calculées pour chaque province (voir tableau ci-dessous).. Les provinces de Karusi et de Ruyigi sont les seules qui présentent plus de 40 % de données supérieures à 0. Ngozi présente la proportion de données manquantes la plus faible : 2,3 %. A l'autre extrémité, les rapports d'activités de la **province Bu-jumbura Mairie** ont **64,9 % de données manquantes**, ce qui est largement supérieur aux résultats obtenus par les autres provinces.



Les données manquantes

Nous profitons de ce numéro du bulletin SIS consacré à la complétude des données pour redéfinir clairement le concept de « donnée manquante ». En effet, dans un système d'informations sanitaires, une donnée manquante a une signification précise qui est fort différente d'une donnée avec une valeur égale à 0.

Une donnée manquante est une donnée dont la case reste blanche sur le canevas. Elle n'a pas de valeur. Elle peut signifier deux choses. Soit au niveau de la structure, on n'a pas collecté l'information nécessaire pour calculer la valeur. Soit, l'activité liée à la donnée n'est

pas réalisée dans la structure.

Un nombre de « nouveaux cas d'une pathologie X » égal à zéro signifie que le centre est capable de détecter la pathologie mais qu'aucun cas de cette pathologie ne s'est présenté à la consultation. Une case « nouveaux cas d'une pathologie X » laissée vide indique soit que l'activité n'a pas été réalisée au niveau de la structure, soit que les informations nécessaires n'ont pas été collectées. Le superviseur qui connaît les activités menées normalement par une structure pourra poser les questions nécessaires pour comprendre les éventuels problèmes.

L'analyse des proportions de valeurs manquantes et de valeurs égales à 0 devra donc se faire avec beaucoup de prudence. Si un centre n'effectue pas toutes les activités pour lesquelles des données sont collectées, il est normal qu'il présente une proportion de données manquantes supérieure à celle d'un autre centre réalisant toutes les activités. De même, il faudra analyser avec prudence la proportion des valeurs égales à zéros pour tenter de cerner s'il s'agit de véritables 0 ou en fait des données manquantes.



A la sortie de la vaccination

Suivi des indicateurs clés

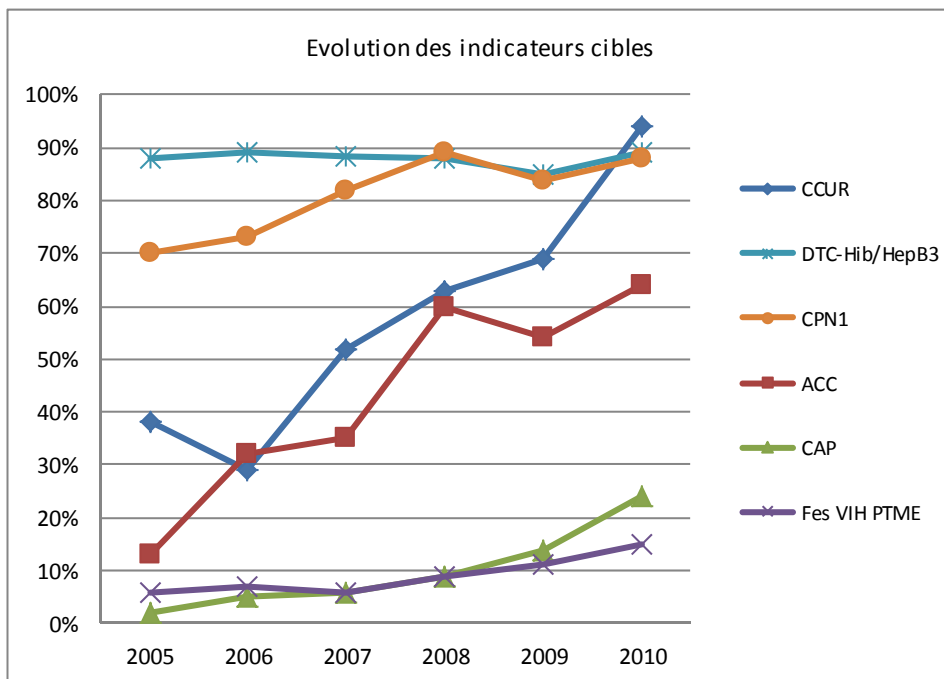
Cette rubrique va permettre de suivre régulièrement l'évolution d'indicateurs clés. Pour ce numéro, les indicateurs choisis sont les indicateurs proposés par le CPSD (comité des partenaires pour la santé et le développement) :

- Le taux d'utilisation de la consultation curative des CDS (**CCUR**);
- Le taux d'utilisation de la consultation prénatale (**CPN1**);
- La proportion des accouchements qui ont lieu en milieu de soins (**ACC**);
- Le taux de couverture des enfants de moins d'un an ayant reçu la 3^{ème} dose de DTC Hib.Hep (**Penta 3**);
- La proportion de couples—années protégés sur le nombre de femmes à risque de grossesse (**CAP**);
- La proportion de femmes HIV + bénéficiant des services PTME (**HIV PTME**).

Ces indicateurs ont été calculés sur base des cas déclarés dans les structures de santé du pays.

Les données de l'année 2010 présentées par province sanitaire (tableau ci-contre) montrent que certains taux dépassent les 100 %. Si cela peut éventuellement se comprendre pour la consultation curative en milieu urbain, les autres dépassements mettent plutôt en question la qualité des données. Soit le nombre de cas enregistrés est surévalué. Soit les chiffres de popula-

Province Sanitaire	Taux de couverture pour l'année 2010				
	CCUR	CPN1	ACC.	Penta 3	CAP
BUBANZA	122,2	121,3	94,4	104,9	28,4
BUJUMBURA MAIRIE	54,9	51,3	58,2	68,4	51,8
BUJUMBURA RURAL	65,9	75,1	79,1	78,5	20,4
BURURI	64,2	77,7	56,1	74,9	12,2
CANKUZO	143,0	98,7	62,0	96,5	13,6
CIBITOKÉ	99,6	93,5	63,9	104,1	18,8
GITEGA	103,7	77,3	68,2	89,6	18,2
KARUSI	146,0	75,5	45,1	80,1	19,1
KAYANZA	100,3	68,7	49,7	91,2	21,1
KIRUNDO	97,7	99,3	52,4	89,6	22,1
MAKAMBA	91,7	174,5	78,6	115,3	19,6
MURAMVYA	64,7	62,1	42,8	84,7	19,5
MUYINGA	92,7	97,1	57,1	98,2	23,8
MWARO	69,4	63,5	42,3	72,3	13,3
NGOZI	123,9	83,3	55,4	90,6	47,3
RUTANA	82,2	84,8	61,2	90,3	14,4
RUYIGI	94,3	97,1	61,8	95,6	21,8
Taux national	93,6	87,5	59,9	89,5	23,9



tion utilisés comme dénominateur ne sont plus corrects. Nous invitons les responsables des provinces et districts sanitaires à investiguer ces deux hypothèses

L'analyse de l'évolution dans le temps des différents indicateurs montre que tous ont augmenté en 2010. Pour trois indicateurs, la prise en charge des femmes HIV à la PTME, les activités de planification familiale et la prise en charge des consultations curatives, cette augmentation confirme une tendance à l'augmentation déjà présente depuis plusieurs années. L'augmentation du nombre de consultations curatives depuis 2006 est d'ailleurs très spectaculaire. Pour la couverture de la femme enceinte (CPN et accouchement), cette augmentation permet d'enrayer la chute d'activité enregistrée en 2009 et de retrouver quasiment les résultats de l'année 2008. Concernant la vaccination, l'augmentation enregistrée en 2010 permet d'enrayer une chute de performance observée depuis trois ans. Il était temps...

Le PNILP nous parle du paludisme...

Depuis l'an 2000, la communauté internationale a entrepris un certain nombre d'initiatives majeures pour lutter efficacement contre le paludisme. Ces engagements ont été marqués par des initiatives claires tant au niveau africain que mondial.

Le Burundi a souscrit à la plupart des ces engagements et a mis en place le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) qui se focalise exclusivement sur ce problème de santé majeur. Depuis juin 2009, des campagnes de distributions de masse des moustiquaires imprégnées (MIILDAs) sont organisées dans le pays.

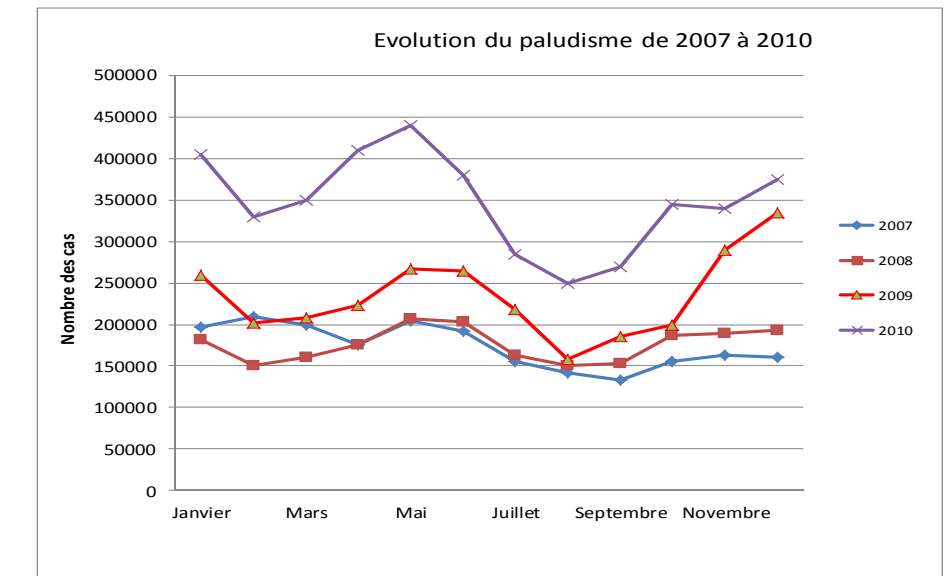
Malgré cela, comme le montre le graphique ci-contre, nous assistons néanmoins à une augmentation des déclarations de cas de paludisme au niveau des structures de soins.

Peut-on pour autant parler d'épidémie ?

L'interprétation des courbes nous permet d'espérer que non.

Les courbes ont une allure similaire d'année en année avec une augmentation des cas autour des mois de décembre-janvier et juin. On observe un décollement de la courbe et non une augmentation anormale des cas au fur des années.

Rappelons que les données fournies concernent les cas de paludisme détectés dans les structures de santé. L'allure des courbes permet donc de penser à une augmentation de personnes consultant pour paludisme



plutôt qu'à une réelle augmentation du nombre de cas dans la population. Cette hypothèse pourrait s'expliquer par l'instauration de la **gratuité du traitement** du paludisme simple pour toutes les tranches d'âge ainsi que par le **financement basé sur les performances (PBF)** qui devrait améliorer le rapportage des cas mais surtout la qualité des soins et donc l'attractabilité des structures.

Un meilleur recours aux structures de soins est évidemment une bonne nouvelle qui permet aux populations d'éviter l'automédication ou d'autres pratiques obscures. Des investigations complémentaires devront cependant être menées :

1) Pour comprendre les différences que l'on

constate entre les provinces concernant l'évolution des courbes ;

- 2) Pour estimer l'évolution réelle du nombre de cas au sein de la population ;
- 3) Pour évaluer l'impact de la distribution de masse des moustiquaires imprégnées (MIILDAs) ;
- 4) Pour vérifier la qualité et la validité des données transmises.

ATTENTION—ATTENTION—ATTENTION—ATTENTION—ATTENTION

Depuis janvier 2011, les nouveaux outils de collecte d'information se mettent en place. Le processus de distribution dans tous les centres de santé du pays devrait se terminer avant la fin du mois de mai 2011.

Si votre province, votre district n'a pas été approvisionné, n'hésitez pas à contacter le secrétariat d'EPISTAT au 22 22 52 60.



Bulletin publié avec l'appui de



Editeur : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
Rédaction : EPISTAT
PNILP