Résumé exécutif

**Rapport de la revue finale**

**PAISS, volet SNIS**

Projet d’appui au système national d’information sanitaire

Burundi

BDI1006811

Dr Alain FOREST

Mme Jacqueline BANYIYEZAKO

COTA

# Présentation de l’évaluation

Le PAISS était un programme d’appui holistique au développement du système de santé au Burundi. Son volet 4, d’une durée de mise en œuvre de 7 ans, visait à renforcer le SNIS pour l’amener à fournir en temps opportun des informations sanitaires pertinentes, fiables et de façon pérenne. Pour cela il visait quatre résultats :

* R1 : La performance et le fonctionnement du SNIS, en tant que sous système du MSPLS dans le cadre des PNDS, sont significativement améliorés ;
* R2 : Le parc informatique, bureautique, logistique et en communication du SNIS est fonctionnel ;
* R3 : Les capacités des agents de santé en matière de collecte, de partage et d'analyse des données leur permettent d’assumer leurs prises de décision, en cohérence avec le PNDS à tous les échelons du système de santé tant pour le secteur public que privé ;
* R4 : L’informatisation du secteur hospitalier est introduite dans le cadre du SNIS à partir d’une phase pilote, suivie d’une mise à échelle.

Cette revue finale a pour principal objet de contribuer à l’apprentissage afin de tirer des leçons utiles pour d’autres interventions ou pour de nouvelles politiques, stratégies et programmes. Pour cela, elle doit répondre à la question de la performance de l’intervention, avec une attention particulière à l’efficience et la pérennité. Elle doit également répondre à des questions en rapport avec i) la réponse apportée aux défis identifiés lors de la formulation du projet, ii) la qualité des recherches actions menées et iii) l’adaptation de l’intervention aux modifications du contexte politique.

La mission terrain d’évaluation a été organisée du 30/09 au 12/10/2019. Elle a fait appel à la méthodologie suivante :

* Revue documentaire (documents transmis par Enabel complétés au fur et à mesure de l’évaluation auprès des acteurs du projet)
* Entretiens semi structurés avec les principales parties prenantes à la mise en œuvre de l’intervention au niveau national
* Visites sur terrain dans les districts sanitaires de Kirundo et Muramvyia (visite de deux CDS, de l’hôpital de district, entretien avec Comités de santé et des agents de santé communautaires), dans un hôpital national (CPLR) et au data center hébergé par l’HMK

Les limites de cette évaluation résident en :

* Accès officiel au DHIS2 non obtenu auprès de la DSNIS.
* Temps limité pour les visites terrain.
* Certains documents sollicités n’ont été obtenus qu’après la fin de la mission terrain
* L’intervention faisant objet d’évaluation intimement intriqué avec les autres volets du PAISS et avec l’intervention d’autres partenaires en appui au SNIS. La part attribuable au volet 4 devient dès lors difficile à isoler.

# Résultats et conclusions

## Critères de performance

Les interventions programmées dans le volet 4 du PAISS étaient en parfaite cohérence avec les interventions inscrites dans le plan stratégique SNIS 2011-2015, qui détaille l’axe prioritaires n° 9 du PNDS II qui vise à avoir un SIS intégré et performant et une meilleure accessibilité des TIC à tous les niveaux, et spécifie le développement de l’informatisation du secteur hospitalier. Ces interventions se comprennent comme une suite aux appuis antérieurs d’Enabel au SIS et s’inscrivent dans une constante recherche de complémentarité avec les autres intervenants en appui au SNIS.

Elles étaient également en phase avec la vision développée par la coopération belge au développement dans sa note stratégique D4D.

Les résultats de l’intervention ont eu des effets sur l’organisation du système de santé du fait de la disponibilité d’informations sanitaires en temps réel, du développement du PNDIS et de l’informatisation effective de la gestion hospitalière.

Pour toutes ces raisons, **l’intervention est jugée comme tout à fait pertinente**, même si la poursuite de certaines innovations dans un contexte de retrait de l’appui institutionnel peut paraitre discutable.

Globalement, les réalisations programmées ont été obtenues dans les délais. La dynamique de décaissement montre un retard au cours des 3 premières années du fait de lenteur de mise en œuvre des procédures de marchés publics et de besoins d’ANO systématiques. Ces retards ont été rattrapés après le passage des marchés en régie.

Malgré un changement notable dans l’approche (maintient de l’ATI pendant les 7 ans de l’intervention), l’équilibre entre les coûts en opérations directes et les moyens généraux a été maintenu. L’équipe de gestion a su proposer les aménagements budgétaires à temps pour éviter les dépassements de ligne.

La stabilité du personnel du projet, et la recherche de synergies d’intervention avec les autres volets du PAISS, avec d’autres projets mis en œuvre par Enabel, avec Measure Evaluation, avec le PAORC ont certainement permis de renforcer l’efficience globale du projet.

Néanmoins, l’appui à l’identification et la mise en œuvre de recherches complémentaires au SIS de routine n’ont pas été suffisamment développés, le plan de formation n’a été que partiellement mis en œuvre. Certains choix technologiques au début de la mise en œuvre étaient peu appropriés au contexte du système de santé burundais.

En conséquence, **l’efficience est jugée bonne**.

Le Ministère de la santé dispose depuis 2014 d’un cadre normatif du SNIS et d’un plan stratégique SNIS (actualisés en 2019). La direction du SNIS, avec de capacités renforcées, est maintenant en mesure de piloter le SIS de routine (et d’administrer le DHIS2) qui est un bon exemple de système intégré. La complétude est excellente au niveau des CDS et bonne au niveau des hôpitaux. La décentralisation de la saisie au niveau des CDS a permis d’améliorer la promptitude de rapportage, mais l’augmentation de charge de travail qui en résulte à ce niveau (et l’effet potentiel sur la qualité des données) et l’absence de connexion dans certains CS sont limitants.

Les fonctions du district sanitaire en rapport avec le SNIS restent peu effectives, l’utilisation des données au niveau des formations sanitaires et des DS reste faible, la diffusion des données se résume encore à la production de l’annuaire.

L’information du système d’information hospitalier est effective dans 15 hôpitaux après la phase d’extension. Elle couvre l’ensemble des services cliniques et paracliniques en dehors de la prise en charge des PV VIH (les services administratifs ne sont pas concernés), mais demande encore de nombreuses adaptations et améliorations pour répondre aux besoins exprimés par les hôpitaux. L’utilisation de tableaux de bord synthétiques pour le pilotage de l’hôpital n’est pas encore développée. Les hôpitaux ne sont techniquement pas autonomes pour la maintenance du système et il existe une forte dépendance vis-à-vis du prestataire informatique fourni dans le cadre du contrat cadre. L’interopérabilité directe avec le DHIS2 n’est pas encore fonctionnelle.

Le projet a permis l’installation d’un Data Center National à l’HMK avec des conditions de sécurité suboptimales.

L’**efficacité a donc été jugée bonne**.

La contribution du volet 4 à la performance du SNIS a été importante puisque Enabel a été le partenaire principal (avec Measure Evaluation) d’appui au développement d’un SNIS intégré, géré sur une plateforme WEB en réseau qui est administrée par la direction du SNIS elle-même. Mais l’utilisation des données du système d’information de routine pour alimenter la planification, les mécanismes de suivi-évaluation et la supervision reste assez faible, particulièrement au niveau décentralisé (district sanitaire).

La mise en place d’un SIH informatisé a eu des effets importants i) sur la gestion des structures de santé en permettant de sécuriser le circuit des recettes et de rationaliser la gestion des médicaments et plus modeste sur la qualité de la prise en charge des patients par un meilleur archivage des dossiers diminuant le « patient delay » et un suivi à distance du remplissage des dossiers cliniques par le DACS.

**L’impact du volet 4** sur l’amélioration de la performance du système de santé (jugé sur une fenêtre réduite, en lien direct avec ce que l’on peut réellement espérer de l’effet d’une contribution au développement du SNIS dans la performance globale d’un système de santé) est donc **satisfaisant**.

Quelques éléments sont favorables à la pérennité institutionnelle (professionnalisation de la direction ; cadre normatif et plan stratégique ; …) et financière (intégration du financement du SNIS dans le financement global du système de santé dans le cadre d’un PBF généralisé, engouement des partenaires) du SNIS.

Mais l’absence de mécanisme de coordination technique des partenaires consacré exclusivement au SNIS ; l’absence de structure de pilotage du PN DIS ; l’absence d’ancrage fort du SIH au niveau central ; la faible demande d’information au niveau périphérique sont autant de facteurs qui nuisent à la pérennité institutionnelle.

L’absence d’étude économique complète sur les effets de la mise en place d’un SIH informatisé, tel que proposé dans le cadre du projet, ne permet pas de visualiser l’impact sur les budgets hospitaliers et donc sur la durabilité financière.

La durabilité technique est encore loin d’être assurée pour le SIH. Le paramétrage et la maintenance du SIH proposés reposent exclusivement sur l’équipe d’informaticiens du PAISS, une équipe informatique privée au niveau national et un prestataire privé international contracté dans le cadre du PAISS qui se trouve de fait en situation de monopole.

Pour l’ensemble de ces raisons, **la durabilité a été jugée comme problématique**.

## Questions spécifiques

### Est-ce que les défis identifiés et reconnus lors de la formulation du projet ont été adressés de manière adéquate et de façon à assurer la durabilité des résultats obtenus ? Si non, quelles orientations faut-il retenir pour assurer une durabilité des effets de l’intervention ?

L’ensemble des défis identifiés lors de la formulation du projet a été adressé de manière adéquate. La grande mobilité du personnel de santé, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire oblige néanmoins à envisager un programme de renforcement des capacités permanent, pour lequel des financements doivent être identifiés et les outils de formation complets.

### Quelle est la qualité des recherches-actions menées, en termes de méthodologie utilisée, qualité des résultats, utilisation et diffusion des résultats, qualité des communications et informations scientifiques produites ?

Un ensemble de six recherche-action a été individualisé : l’informatisation du SIH ; le système d’information des centres de santé ; l’informatisation des CDS (liée à la précédente) ; la mise en place d’un data center ; le Knowledge for Health avec deux volets (Ikirezi au niveau des hôpitaux et SPT au niveau des CDS).

L’informatisation des hôpitaux a été bien documentée, avec un atelier de capitalisation qui a permis d’orienter l’extension de cette informatisation et a répondu (certes partiellement) aux hypothèses de départ. Elle a été objet de thèses, de nombreuses publications et présentations dans des conférences.

La recherche action sur le SICS a également été assez bien documentée et a abouti à l’abandon des systèmes proposés.

Les autres recherches actions menées ont été insuffisamment documentées.

### Comment l’intervention a-t-elle réussi à s’adapter au nouveau contexte politique et de quelle façon ce nouveau contexte politique a affecté l’atteinte des résultats

Les troubles politiques et sécuritaires au Burundi en 2015 ont eu essentiellement des effets sur l’appui institutionnel au niveau central. L’effet sur les résultats immédiats de l’intervention est faible.

Bien que le projet ait réagi en maintenant son assistance technique internationale au Ministère de la Santé, qu’un comité technique de concertation ait été mis en place pour remplacer la SMCL, la disparition d’une réelle cogestion du projet, en même temps que la faible fonctionnalité des cadres de concertations du MSPLS avec les partenaires dont la Belgique assurait le lead, ont certainement affecté la durabilité des interventions du projet.

# Recommandations

**Relancer la task force technique**, pilotée par la DSNIS afin de :

1. Mieux partager les connaissances sur les innovations techniques entre les partenaires (trackers, sms rapide, …) et les directions du MSPLS
2. Favoriser les échanges entre les services du MSPLS qui interviennent dans le SNIS (programmes, DSNIS, …)
3. Poursuivre ensemble la réflexion sur les points faibles constatés :
4. Mieux fixer les priorités techniques de développement du SNIS et éviter la dispersion sur de multiples chantiers

**Améliorer l’utilisation du SISR pour la planification, le suivi/évaluation, la supervision, la recherche opérationelle**, … en développant des outils adaptés mettant en valeur le SISR et en accompagnant les acteurs décentralisés dans la maitrise de ces outils.

Poursuivre et intensifier le **renforcement des capacités des BPS et des BDS en SISR et en DHIS2** (pour prendre en compte la mobilité du personnel) par la pérennisation du programme de formation en SISR dans un institut de formation.

**Proposer un ancrage technique du SIH au niveau central**. Les besoins (cahier des charges) en termes de SIH doivent être réfléchis à partir de l’organisation des services et des soins. Cet ancrage est indispensable pour :

1. Maximiser les effets potentiels du SIH sur le management des structures de santé
2. Envisager un **transfert de compétence progressif en termes d’ingénierie du SIH pour tendre vers une autonomie du MSP** en la matière et éviter le maintien d’une situation monopolistique de fait.

**Conduire une étude économique approfondie,** avant de poursuivre l’extension de l’informatisation du SIH, sur les coûts du SIH pour les hôpitaux, à partir de la documentation de l’expérience, en prenant en compte les coûts réels de fonctionnement, d’investissement et d’amortissement et sur les effets de la mise en place du SIH sur les finances de l’hôpital. Ceci afin de mieux documenter et maitriser la stratégie d’extension du SIH.

Mettre en place un **cellule e-health** au niveau du cabinet comme proposé dans le PNDIS (et non comme un service de la DSNIS comme cela est proposé dans le nouvel organigramme du MSP) pour coordonner et piloter la mise en œuvre du PNDIS et mener les réflexions normatives (y compris pour l’identifiant des patients, la protection des données individuelles, …). Les partenaires doivent a**ccompagner la mise en place de cette cellule**, en s’engageant à une meilleure coordination des initiatives dans ce domaine et en fournissant une assistance technique appropriée.

# Leçons apprises

Le **retrait de l’appui institutionnel a affecté la durabilité des changements induits**, tant sur le plan institutionnel (prise de décision au niveau politique et stratégique favorisant le changement) que technique (accompagnement du niveau opérationnel). Ce qui est particulièrement dommageable dans un projet avec une richesse de résultats opérationnels et d’innovations.

**La digitalisation des processus de santé est faisable au niveau des hôpitaux**, avec des effets évidents à court terme sur la gestion (sécurisation des circuits de recettes), mais moins nets en termes de qualité de prise en charge des patients ou de pilotage des structures de santé. Le maintien au long terme des SIH demande encore à être étudié dans un contexte de contrainte budgétaire pour éviter de mettre les hôpitaux devant des choix complexes de priorités d’investissements.

**Le développement de l’analyse, de l’utilisation et de la diffusion des données tant au niveau central que périphérique du système de santé, reste le point faible des projets d’appui au SNIS**. L’environnement institutionnel est souvent peu favorable à ce développement : centralisation des décisions, conception des systèmes pour répondre aux questionnements du niveau central.

Les **mécanismes de financement de la santé qui privilégient les transferts monétaires vers les formations sanitaires** (PBF, assurances maladies, subvention per capita, …) au lieu de fournir des intrants, en favorisant l’autonomie financière, permettent **de financer le fonctionnement courant du SISR**.