

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE DES ETUDES
ET DES STATISTIQUES SECTORIELLES**

DIRECTION DES STATISTIQUES SECTORIELLES



BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

**ENQUETE NATIONALE SUR LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SOINS
DU PALUDISME, DE LA TUBERCULOSE ET DE L'INFECTION A VIH.
(QoC PREMIERE EDITION)**

BURKINA FASO



**Organisation
mondiale de la Santé**



AVRIL 2018

Avant-propos

La Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) a réalisé une étude sur la qualité des prestations de soins du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH avec l'appui technique et financier du Fonds mondial et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La réalisation de cette étude rentre dans le cadre des missions attribuables à la Direction des Statistiques Sectorielles, une des directions techniques de la direction générale dont sa mission phare est d'animer le système national d'information sanitaire (SNIS).

Cela s'inscrit dans la gestion de la sous-composante des enquêtes et études qui vise à collecter des données du SNIS par le biais des sondages afin de compléter l'information sanitaire de routine.

Dans ce contexte, une étude sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé (SARA) à offrir des soins essentiels est réalisée tous les deux ans dont la dernière est celle de 2016.

Cette étude a permis de disposer des données sur la capacité des formations sanitaires en personnel, équipements, médicaments et en moyens diagnostiques nécessaires pour la prise en charge d'un certain nombre de pathologies dans la vision d'offrir des soins de qualité.

Au regard de la disponibilité des services et de la capacité opérationnelle des formations sanitaires, il a paru opportun d'évaluer la qualité des soins offerts aux patients.

A cet effet, un module basé sur les maladies prioritaires du Fonds Mondial que sont le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida a été développé par l'OMS et utilisé pour vérifier la qualité des prestations.

Il a permis, à travers une revue des registres et dossiers hospitaliers des malades, de comparer les prestations offertes aux normes et directives définies par le Ministère.

Le présent rapport fournit l'ensemble des résultats de l'étude ainsi que des recommandations pertinentes.

J'invite l'ensemble des acteurs du système de santé à exploiter ces résultats et surtout à développer des actions correctrices vis-à-vis des défis.

Mes encouragements à l'ensemble des acteurs du système de santé.

Le Ministre de la santé

Pr Nicolas MEDA

Officier de l'Ordre National

Remerciements

Le Ministère voudrait, à travers ces lignes adresser ses remerciements à tous les collaborateurs physiques et toutes les institutions qui ont contribué à la réalisation de cette première édition de l'étude sur la qualité des soins du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH.

Ces remerciements vont à l'endroit de :

- ✓ l'équipe du Fonds Mondial pour le financement de la conduite de l'étude ainsi que son appui technique à travers l'appui du consultant ;
- ✓ l'équipe de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'appui financier de la rédaction et la validation du rapport de l'étude ainsi que l'appui technique à toutes les étapes de l'étude ;
- ✓ aux agents de santé en général et particulièrement aux responsables des structures de santé qui ont facilité la collecte des données de l'étude dans leurs structures respectives ;
- ✓ à tout le personnel de la DGSP et de la DGESS, spécifiquement les acteurs des programmes paludisme, tuberculose, Sida, de la PTME qui n'ont ménagé aucun effort pour contribuer à la supervision de la collecte des données et la rédaction du présent rapport.

En réalité, toutes vos actions ont permis de rendre disponible ce produit riche en constats de la pratique de soins. Toutefois, le Ministère, dans la perspective d'améliorer les prestations de services attend de vous et tout autre lecteur toutes critiques et suggestions.

Sommaire

Avant-propos	vi
Remerciements	vii
Sommaire	viii
Liste des tableaux.....	x
Liste des graphiques	xi
Sigles et abréviations	xii
Résumé	xiv
I. Contexte et justification.....	3
II. But de l'étude.....	4
III. Méthodologie	5
3.1. Cadre de l'étude	5
3.2. Source de données.....	5
3.3. Type d'étude	5
3.4. Population cible	5
3.5. Echantillonnage/Echantillon.....	6
3.6. Méthodes, technique et outils.....	8
3.7. Pré - enquête /collecte.....	8
3.9. Considération éthique.....	10
RESULTATS DE L'ETUDE.....	11
IV. PALUDISME	13
4.1. Indicateurs généraux du paludisme.....	13
4.2. Indicateurs de prise en charge du paludisme	14
4.2.2 Recherche et documentation des signes de gravité du paludisme.	15
4.3 Présentation des scores de qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires.....	20
4.6. Commentaire	21
4.7. Synthèse des résultats et recommandations	22
4.7.1. Points forts.....	22
4.7.2. Points à améliorer.....	22
4.7.3. Recommandations	22
V. PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT (PTME)	23
5.1. Indicateurs généraux de la PTME	23
5.2. Offre de service de PTME.....	23
5.3. Indicateurs de la prestation des soins de PTME	23
5.3.1. Dépistage du VIH.....	24
5.3.2. Réalisation d'un second test au troisième trimestre	25
5.3.3. Dépistage du partenaire	25
5.3.4 Femmes dépistées positives et sous traitement ARV	25
5.4. Score de qualité des soins PTME.....	26
5.5. Commentaire.....	27

5.6.	Synthèse et recommandation.....	27
5.6.1.	Points forts.....	27
5.6.2.	Points à améliorer.....	27
5.6.3.	Recommandations.....	28
VI.	TUBERCULOSE.....	29
6.1.	Indicateurs généraux de la tuberculose.....	29
6.2.	Offre des services de prise en charge de la tuberculose.....	29
6.3.	Diagnostic par symptômes cliniques.....	29
6.4.	Diagnostic paraclinique de la tuberculose.....	30
6.5.	Test de sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide chez les patients éligible.....	31
6.6.	Traitement de la tuberculose.....	32
6.7.	Suivi des patients tuberculeux.....	33
6.8.	Score de qualité des soins.....	36
6.9.	Commentaire.....	37
6.10.	Synthèse des résultats.....	38
6.10.1.	Points forts.....	38
6.10.2.	Points à améliorer.....	38
6.10.3.	Recommandations.....	39
VII.	Traitement antirétroviral.....	40
7.1.	Indicateurs généraux du VIH/SIDA.....	40
7.2.	Offre des services de prescription antirétrovirale et de suivi médical des PVVIH.....	40
7.3.	Indicateurs de la prestation des soins aux PVVIH.....	40
7.3.1.	Diagnostic de la tuberculose chez les PvVIH.....	40
7.3.2.	Suivi biologique des PvVIH.....	41
7.3.3.	Le suivi des CD4.....	42
7.3.4.	Suivi de la charge virale.....	43
7.3.5.	Traitement.....	43
7.3.6.	Prophylaxie au cotrimoxazole.....	43
7.3.8.	Traitement de la tuberculose chez les PvVIH.....	44
7.4.	Score de qualité de la prise en charge des PVVIH.....	45
7.5.	Commentaire.....	45
7.6.	Synthèse des résultats et recommandations.....	47
7.6.8.	Points forts.....	47
7.6.9.	Points à améliorer.....	47
7.6.10.	Recommandations.....	47
	CONCLUSION.....	49
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
	Annexe.....	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : Repartitions de l'échantillon de formation sanitaire _____	7
Tableau 2 : effectifs des patients enrôlés par pathologies traitées dans la période _____	7
Tableau 3: Couverture géographique de la collecte _____	11
Tableau 4: Récapitulatif des patients inclus dans l'échantillon suivant la fiche d'échantillonnage utilisée pendant l'enquête _____	12
Tableau 5: Situation des formations sanitaires offrant la prise en charge du paludisme selon le type d'établissement et le milieu d'implantation _____	13
Tableau 6 : Situation du diagnostic et de la documentation des signes de gravité dans les formations sanitaires. _____	15
Tableau 7 : Proportion (%) des cas suspects de paludisme ayant fait TDR ou GE/FS selon le type d'établissement et le milieu d'implantation (n=580) _____	16
Tableau 8 : Répartition des résultats documentés des tests selon le type d'établissement et le milieu d'implantation. _____	17
Tableau 9: Situation de la prescription d'antipaludique selon le type d'établissement et le milieu d'implantation (n=732) _____	17
Tableau 10 : Proportion des patients ayant bénéficié ou non d'une prescription d'autres antipaludiques selon le type d'établissement et le milieu d'implantation _____	19
Tableau 11 : Situation des scores de qualité de prise en charge du paludisme par type de structure _____	20
Tableau 12 : Situation du dépistage du VIH chez les femmes enceintes au cours de la CPN selon le type d'établissement et le milieu d'implantation. _____	24
Tableau 13 : Proportion de femmes enceintes ayant reçu le résultat de leur test selon le type d'établissement et le milieu d'implantation _____	24
Tableau 14 : Proportion des cas de tuberculose selon la méthode de diagnostic par type d'établissement et par milieu d'implantation _____	30
Tableau 15 : Répartition des patients mis sous traitement dans les deux (02) jours suivant le diagnostic par type traitement, par type d'établissement et par milieu d'implantation _____	33
Tableau 16 : Situation du suivi de 186 patients TB par type d'établissement et par milieu d'implantation _____	34
Tableau 17 : Répartition des patients selon les éléments de prise en charge des sujets contacts selon le type d'établissement et le milieu d'implantation. _____	35
Tableau 18 : Situation des scores de qualité de soins TB par type d'établissement et par milieu d'implantation (n=186) _____	36
Tableau 19 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation du diagnostic clinique /dépistage de la tuberculose chez les PvVIH (n=178) _____	41
Tableau 20 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation de la qualité clinique du suivi chez 178 PVVIH _____	43
Tableau 21 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation de la qualité du traitement chez 178) PVVIH _____	44
Tableau 22 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation de la qualité du traitement chez 178) PVVIH _____	45

Liste des graphiques

Graphique 1 : Situation de la documentation des examens cliniques dans le processus de prise en charge du paludisme.....	14
Graphique 2 : Situation de la prescription de test sanguin selon le type d'établissement et le milieu d'implantation	16
Graphique 3 : Situation de la prescription de d'ACT ou d'Artémether /Quinine chez 681 cas de paludisme.	18
Graphique 4 : Niveau de conformité des prescription des de d'ACT ou d'Artémether /Quinine selon le type d'établissement et le milieu.	19
Graphique 5: Répartition du score de qualité de la PEC selon le type d'établissement	26
Graphique 6 : Proportion (%) de patients TB ayant fait un test de dépistage au VIH (n=186)	31
Graphique 7 : Proportion des patients ayant bénéficié d'un suivi pendant le traitement	34
Graphique 8 : Situation des scores de qualité de soins TB au Burkina Faso (n=186)	36

Sigles et abréviations

ACT	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CPN	Consultation Post Natale
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DGESS	Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles
DGSP	Direction Générale de Santé Publique
DOTS	Directly Observed Treatment of Short-course
Endos-BF	Entrepôt de question des données sanitaire du Burkina Faso
FE	Femme Enceinte
FM	Fonds Mondial
FS	Formation Sanitaire
GE	Goutte Epaisse
HD	Hôpital de District
IEC	Information Education Communication
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PG	Paludisme Grave
PND	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme national de lutte contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de Santé
PNT	Programme National Tuberculose
PS	Paludisme simple
PSSLS	Programme Sectoriel Santé de Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère – Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
QoC	Quality of Care

RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé de la reproduction
TARV	Traitement Anti Retro Viral
TB	Tuberculose
TDR	Test de Diagnostic Rapide
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

Résumé

L'étude QoC a évalué la qualité des soins du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH. Il s'est agi d'une étude traversable avec analyse des données de prise en charge des cas enregistrés dans les supports standards du système national d'information sanitaire du Burkina Faso. L'étude a couvert 122 formations sanitaires. Du point de vue méthodologique, 1 589 dossiers de patients tirés de façon probabiliste, ont été appréciés par des évaluateurs diplômés en santé et formés aux méthodes d'évaluation. Les appréciations des soins ont été faites comparativement aux différents protocoles de soins en vigueur en 2016. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de SPSS et les estimations faites avec une confiance de 95%.

L'étude a été conduite dans un contexte de disponibilité satisfaisante de l'offre ressorti par l'étude SARA qui a montré une disponibilité de l'offre de soins du paludisme (100%), de la tuberculose 99%, de la prévention de la transmission mère-enfant (90,2%) et du traitement antirétroviral (90%) avec 54% de formation sanitaire réalisant la prescription des ARV.

Malgré cette assez bonne disponibilité de l'offre, QoC ressort que sur 716 enfants de moins de cinq (05) ans pris en charge pour paludisme, 98, 27 % de patients ont bénéficiés d'un examen clinique avec 90,75% (88,5 – 92,7%) des cas documentés. Avec un score d'appréciation des symptômes cliniques à 86,24 %, les signes de gravité sont moins documentés avec 2,75% pour l'anémie et 1,22% pour la documentation de la léthargie.

La prescription des antipaludiques est conforme dans 49,34% de cas, 2% des patients ont bénéficié malgré le diagnostic négatif, d'une prescription d'antipaludique. L'indice global de prise en charge du paludisme est estimé à 78,04 (74,9- 80,9).

Pour ce qui concerne la PTME, le dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN est estimé à 83,31% et celui de leur partenaire à 0,55%. L'indice de qualité de la prise en charge en PTME est estimé à 30,9%.

En matière de dépistage de la tuberculose 59,1% des tousseurs dépistés TB ont bénéficié d'un prélèvement de deux échantillons de crachat alors que 81,1% de patients ont bénéficié du dépistage du VIH. Le score de qualité est estimé à 65,4.

A contrario, 68,82% de PVVIH ont été diagnostiqués à la tuberculose et le score global de prise en charge des PVVIH sous ARV est estimé à 48,3% (46,4 -50,2). Au regard de ces résultats, des recommandations ont été formulées dont la mise en œuvre des actions pertinentes permettra le relèvement du niveau des indicateurs de qualité et par ricochet une meilleure prise en charge des cas.

Introduction

Le Burkina Faso est un pays enclavé d'Afrique Sub-Saharienne qui comptait 18,5 millions d'habitants en 2016 et s'étend sur une superficie de 273 187 kilomètres carrés.¹ Le gouvernement du Burkina à travers le plan national de développement économique et social (PNDES) a inscrit le secteur de la santé comme l'une des priorités dans ses interventions de développement à travers la préservation du capital humain comme levier du développement.

En effet, le premier objectif de l'axe 2 du PNDES à savoir « Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique » traduit clairement cette volonté politique.

La politique nationale de santé (PNS) est fondée sur les principes des soins de santé primaires et les valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité, de redevabilité, d'éthique, de probité, de respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que de l'approche genre et de la bonne gouvernance.

Depuis 2014, dans cette dynamique de ne laisser personne pour compte, le gouvernement du Burkina Faso s'est lancé dans la mise en place de l'assurance maladie Universelle et en 2016 la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

L'un des axe d'intervention du plan national de développement sanitaire (PNDS) qui est la traduction opérationnelle de la PNS est l'amélioration de la qualité des prestations de services à travers le renforcement du mécanisme de contrôle de qualité des prestations dans les structures publiques et privées de soins pour la prise de décision.

.

Dans ce contexte, les besoins de planification des actions d'amélioration de la qualité des soins exigent des services des statistiques de rendre disponibles les données et les informations sur les prestations de soins.

Pour y répondre, la sous –composante des enquêtes et études du système national d'information sanitaire réalise des études sur plusieurs thématiques d'intérêt dont cette dernière qui porte sur l'évaluation de la qualité des soins du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH dans les formations sanitaires publiques.

¹ INSD, 2006

Le présent rapport est une restitution des résultats de l'étude articulé en deux grands chapitres que sont :

- le chapitre de la présentation de l'étude allant de la justification de l'étude aux aspects éthiques et
- le chapitre des résultats de l'étude qui est structuré en trois modules portant sur le paludisme, la tuberculose et le VIH avec deux volets que sont la PTME et le traitement anti rétroviral. Les résultats de chaque thématique sont assortis de synthèse en points forts, en points à améliorer et recommandations.

I. Contexte et justification

L'étude sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des formations sanitaires à offrir des soins essentiels ou Service Availability and Readiness Assessment (SARA) 2016 a permis de disposer des indicateurs d'intrants, de processus et de produits sur l'offre de soins. En effet, la disponibilité de l'offre de soins de certaines pathologies d'intérêt était satisfaisante, celle du paludisme était estimée à 100% et à 92% pour celle de la tuberculose. La capacité opérationnelle globale des formations sanitaires a été estimée à 64% en 2016² alors qu'elle était de 70% en 2014.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la santé à travers la Directions des statistiques sectorielles, a réalisé l'étude sur la qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires publiques.

L'étude a porté sur l'évaluation de la qualité des prestations de prise en charge des pathologies d'intérêt en santé publique, à savoir le paludisme, la tuberculose et l'infection à VIH à travers les volets PTME et le traitement antirétroviral (TARV). Il s'est agi dans le cadre de cette étude de vérifier la conformité de la prise en charge des patients au regard des différents protocoles en vigueur.

Même si dans les pays du Nord l'évaluation de la qualité des soins est routinière pour faciliter l'accréditation des hôpitaux et consolider l'action des compagnies d'assurance les systèmes de santé du Sud manquent quasiment de données factuelles sur la qualité des soins en général et sur celle portant sur ces pathologies prioritaires du Fonds Mondial.

Au Burkina Faso des évaluations qualitatives des prestations de soins ont été faites à partir de 2011 dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) initié par le Ministère de la santé couvrant seulement trois (03) districts sanitaires pendant trois ans. Son champ d'action a été étendu par la suite à quinze (15) districts du pays où en plus de la vérification de la qualité technique des prestations, une évaluation communautaire de la satisfaction des populations est faite. Des indicateurs de qualité technique des soins sont calculés et disponibles sur une plateforme mais la limite en couverture géographique des formations sanitaires et la faible population couverte par l'évaluation limitent la validité des données.

² Ministère de la santé BF, 2016

L'étude QoC 2016, a porté sur trois pathologies dont le paludisme qui constitue la première cause de recours aux soins au Burkina Faso, ainsi que la première cause de mortalité et dont les plus touchés sont les enfants de moins de cinq (05) ans, la tuberculose, urgence médicale en santé publique (OMS, 1993) avec 10,4 millions de nouveaux cas en 2016 à l'échelle mondiale soit 10 pour 100000 (revue externe PNT,2017) habitants au Burkina Faso.

Au Burkina Faso, l'infection à VIH est passée d'une situation d'épidémie généralisée depuis 1997 avec une prévalence de 7,2% à une épidémie concentrée à partir de 2014 (0,9% selon le rapport ONUSIDA 2015³).

Au regard de ce contexte épidémiologique qui dépeint une part importante de mortalité et morbidité imputables à ces maladies, la disponibilité de l'information sanitaire sur la qualité des soins y afférant permettrait la mise en œuvre d'actions correctrices plus efficaces dont la vision est l'amélioration de la santé des populations.

II. But de l'étude

Le but de cette étude est de disposer d'informations sur la qualité des prestations qui ciblent les maladies prioritaires telles que le paludisme, la tuberculose, l'infection à VIH et proposer des mesures correctrices pour améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires publiques.

2.1. Objectifs

L'objectif général de l'enquête est d'évaluer la qualité des soins. De façon spécifique il s'agira de :

- évaluer la qualité des soins en matière de prise en charge du paludisme ;
- évaluer la qualité des soins en matière de prise en charge de la tuberculose ;
- évaluer la qualité des soins en matière de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH ;
- évaluer la qualité des soins en matière de traitement antirétroviral du VIH/ Sida
- proposer des mesures ciblées pour améliorer la qualité de la prise en charge.

³ ONUSIDA,2015

III. Méthodologie

3.1. Cadre de l'étude

L'évaluation a porté sur les formations sanitaires publiques à l'échelle du pays. Ce choix a été opéré sur la base d'un certain nombre de facteurs d'ordre pratique et institutionnel dont les deux principales sont les suivantes :

- Selon les données de routines, 90% des patients sont vus dans les formations sanitaires publiques.
- Les soins de prise en charge de la tuberculose et de mise sous ARV sont pour la plupart offertes dans les formations sanitaires publiques.

Pour une première édition, il a été choisi 4 modules qui ciblent essentiellement quelques prestations de prise en charge des pathologies prioritaires du Fond Mondial.

3.2. Source de données

La méthode d'évaluation retenue est la revue documentaire avec l'examen des registres et dossiers des structures de prise en charge. Cela a consisté à passer en revue les renseignements consignés dans les divers registres et dossiers des patients où les données sur les soins individuels sont enregistrées. Des outils développés par l'OMS ont été adaptés au contexte du Burkina Faso et ont été utilisés pour l'évaluation.

3.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale sur les pratiques professionnelles afin d'apprécier 'un certain nombre d'éléments de la prise en charge en comparant avec les normes et protocoles en matière de soins en vigueur au plan national.

3.4. Population cible

Cette enquête cible les patients des formations sanitaires publiques ayant bénéficié de services en matière de VIH, Paludisme, Tuberculose et CPN au cours de l'année 2016, période objet de l'étude sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des formations sanitaires (SARA).

Au regard de la particularité de chaque module, les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude sont décrits comme suit :

- La population cible dans le cadre de la sélection de l'échantillon pour l'évaluation de la qualité des prestations de PTME est constituée des femmes enceintes dépistées. Sont incluses dans l'étude, celles qui ont effectué la

première visite de la consultation prénatale il y a neuf mois. Celles qui sont sous ARV avant la grossesse sont exclues de l'étude. La période d'enrôlement du patient devant être comprise entre le 26 février 2016 et le 25 Mai 2016.

- La population cible dans le cadre de la sélection de l'échantillon pour l'évaluation de la qualité des prestations du paludisme est constituées des cas suspects de paludisme (paludisme simple et paludisme grave) vus en consultation curative. Sont incluses dans l'étude, les malades âgés de moins de 5 ans vus entre 26 Aout 2016 et le 25 Novembre 2016. Ceux, même ayant moins de 5 ans et souffrant d'autres pathologies sont exclus de l'étude.
- La population cible dans le cadre de la sélection de l'échantillon pour l'évaluation de la qualité des prestations de prise en charge de la tuberculose est constitué des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose. Ceux ayant au moins six (06) mois de traitement antituberculeux et vus entre le 26 Mai 2016 et le 25 Novembre 2016 ont été considérés. Ont été exclus de l'étude les patients référés d'autres centres de santé ou pharmaco-résistants.
- La cible dans le cadre de la sélection de l'échantillon pour l'évaluation de la qualité des prestations de soins antirétroviraux est constituée des personnes vivant avec le VIH inscrites dans la file active. Ont été incluses dans l'étude, celles qui ont au moins six (06) mois de traitement entre le 26 décembre 2015 et le 25 Novembre 2016. Celles qui sont sous autres traitements ont été exclues de l'étude.

3.5. Echantillonnage/Echantillon

L'échantillon a été constitué suivant les types de structure catégorisant les formations sanitaires selon le niveau de soins. Ainsi, trois strates sont structurées, les CHU/CHR considérés exhaustivement ainsi que la strate des CMA. Un tirage aléatoire simple de formations sanitaires de premier échelon (CM, CSPS) a été fait dans les 702 formations sanitaires de l'étude SARA pour en retenir 43 représentatif de l'ensemble avec un taux de sondage de 18%.

Dans chaque formation sanitaire sélectionnée, un tirage systématique de patients répondant aux critères d'éligibilité a été fait par module de soins.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de Schwartz $n = \frac{[(z^2 * p * q) + ME^2]}{[ME^2 + z^2 * p * q / N]}$ *d, avec les paramètres comme suit :

z = niveau de confiance de 95% (1,96)

ME = marge d'erreur (15%)

p = la proportion des établissements ayant un score de qualité technique 1/2 (50%)

q = 1 - p = 50%

N = nombre total de formations sanitaires de la strate 702

d = effet de structure (1)

Nous obtenons une taille n = 43 formations sanitaires

En termes d'échantillon de patients nous avons retenu selon les indications du guide⁴ de l'OMS sur l'évaluation de la qualité des soins, 3 patients suivis pour tuberculose ou sous TARV dans les formations sanitaires offrant des services de tuberculose ou de TARV, mais tirés de façon systématique permis l'ensembles des patients de la période de l'étude.

Dans toutes les formations sanitaires offrant les soins du paludisme, nous avons retenu par tirage systématique six (06) patients de paludisme.

Dans toutes les formations sanitaires offrant les soins de PTME, nous avons retenu par tirage systématique six (04) patientes.

Nous avons abouti à un échantillon de 122 formations soit 14 CHR/CHU, 46 CMA, 62 CM/CSPS sanitaires avec un niveau de représentativité national, de même que par strate et 1589 patients attendus.

Tableau 1 : Repartitions de l'échantillon de formation sanitaire

Type d'établissement	effectifs	Tirage	milieu
CHU/CHR	14	recensement	Urbain
CMA	46	recensement	Urbain
CM/CSPS	62	Tirage aléatoire	Rural
Total	122		

Tableau 2 : effectifs des patients enrôlés par pathologies traitées dans la période

Type d'établissement	Prestations				Total
	Tuberculose	TARV	Paludisme	PTME	
CHU/CHR	19	39	94	29	181
CMA	129	132	276	118	655
CM/CSPS	38	7	362	244	651
Total	186	178	732	391	1487

⁴ Guide OMS

3.6. Méthodes, technique et outils

- Méthodes/techniques

Le tirage des patients est fait suivant les étapes suivantes :

- délimité la période à évaluer, fonction de la pathologie
- réunir tous les supports dans lesquels les soins sont enregistrés durant cette période
- faire une jointure des registres de façon chronologique
- compter l'ensemble des patients répondant aux critères d'éligibilité de 1 à N
- calculer le pas d'échantillonnage (N/n), n , étant l'échantillon total
- choisir un nombre au hasard entre 1 et le pas trouvé comme point de départ, c'est-à-dire le premier patient à retenir
- ajouter à chaque fois le pas jusqu'à atteindre le nombre à évaluer
- enregistrer sur la fiche d'échantillonnage
- évaluer la moitié des patients de la fiche d'échantillonnage

Ce processus abouti au tirage d'un double échantillon sur la base d'un échantillonnage systématique. Le premier échantillon est évalué et en cas d'absence de données sur les unités de l'échantillon de départ, on procède à un remplacement. La fiche d'échantillonnage élaborée à cet effet doit être rigoureusement renseignée. **(Cf. Annexe).**

- Outils de collecte

Pour réaliser l'enquête sur le terrain, un questionnaire de l'OMS déjà utilisé dans des pays à faible ressources, notamment au Libéria a été adapté au contexte du Burkina Faso. L'outil est composé des différents modules relatifs aux pathologies ciblées par l'enquête. Un guide de remplissage a été élaboré et utilisé à cet effet.

3.7. Pré - enquête /collecte

Une enquête pilote a été réalisée sur le terrain. Les formations sanitaires dans lesquelles l'étude pilote a été réalisée ont les mêmes caractéristiques que celles de l'étude. Il s'agit du CSPS de Yimdi et CMA de Pissy.

Le pré-test a donné des résultats satisfaisants en termes d'aptitude des enquêteurs et surtout de la compréhension des outils de collecte.

La collecte a été faite par des agents de santé assermentés. Ceux-ci ont bénéficié d'une formation de quatre (4) jours sur la conduite de l'évaluation.

3.8. Traitement de données et assurance qualité des données

- Assurance qualité

Durant tout le processus, un mécanisme d'assurance qualité a été établi à toutes les étapes :

Au cours de la collecte, une équipe de collecte a visité en moyenne une formation sanitaire pendant deux jours afin de disposer suffisamment de temps pour faire une bonne collecte.

Un contrôle fait par les chefs d'équipe, sous forme de contre-enquête, a été réalisé dans 10% des formations sanitaires.

Dans le même sens, une double saisie a été réalisée pour 10% des fiches pendant le traitement des données.

Dans le sens d'apporter plus de qualité aux données, un atelier d'apurement des données a été fait avec le logiciel CS Pro qui a servi à la saisie des données. La possibilité de remplacer les éléments de l'échantillon a limité les données manquantes.

Un calcul des coefficients de pondération a été fait et appliqué aux données. Cela a été fait sur la base des probabilités de sondage calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate. **(cf annexe)**

- Analyse

L'analyse des données a été faite essentiellement sur la base des indicateurs préalablement définis au cours d'un atelier ayant connu la participation des différents programmes et des partenaires.

Certains résultats de l'étude SARA ont été considérés dans cette étude, notamment la disponibilité de l'offre de service ainsi que celle des éléments traceurs de la capacité opérationnelle des formations sanitaires.

Pour cette étude, l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS conformément à un plan d'analyse. La précision statistique de toutes les estimations de proportions et de moyenne est dans les limites de confiance de 95 %.

Pour chaque programme, les éléments traceurs ont été regroupés en dimension de la qualité des soins. Des scores de qualité ont été calculées par programme suivant les différentes dimensions de soins. Par notation, chaque item d'une dimension satisfaite reçoit une pondération de 1 si non 0.

La pondération est valide si la disponibilité des éléments traceurs est satisfaite. Des points attendus par dimensions ont été calculés en faisant la somme des points selon les items. Pour la performance, la somme des points obtenus par dimension a été faite. Un rapport entre points obtenus et points attendus a été fait pour obtenir le score de la dimension de soins, puis une moyenne des scores de dimension pour obtenir l'indice de qualité de soins. Ainsi, il a été défini le score moyen de la qualité qui est la proportion moyenne des critères de qualité d'offre de soins dans une formation sanitaire et un indice de qualité qui est un indicateur composite qui est la moyenne des scores de qualité dans les formations sanitaires

Pour ce qui concerne l'interprétation des résultats, elle a été faite avec l'appui technique des acteurs des programmes de lutte contre le paludisme, de la direction de la santé de la famille, du programme tuberculose et du programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les IST. Une synthèse des résultats a été faite et des recommandations formulées.

3.9. Considération éthique

L'utilisation des sources documentaires pour la collecte ne présente en aucun moment des renseignements d'ordre individuel permettant d'identifier un patient. Aucun contact avec un patient n'a été établi lors de la collecte. De ce fait, il n'y a pas eu besoin de consentement des patients. Cependant des notes d'informations ont été adressées aux responsables des structures pour leur bonne collaboration à la collecte de données.

RESULTATS DE L'ETUDE

Les tableaux 2 et 3 donnent la couverture géographique de la collecte des données ainsi que les cibles couvertes par programme.

Tableau 3: Couverture géographique de la collecte

REGION	Nombre de structures à visiter	Nombre de structures Visitées	Taux de couverture De la collecte (%)	Nombre d'enquêteurs dont chef d'équipe	Nombre de chef d'équipe
BOUCLE DU MOUHOUN	11	11	100	5	1
CASCADES	8	8	100	3	1
CENTRE	9	9	100	5	1
CENTRE EST	11	11	100	5	1
CENTRE NORD	8	8	100	3	1
CENTRE OUEST	9	9	100	3	1
CENTRE SUD	8	8	100	3	1
EST	13	13	100	5	1
HAUTS BASSINS	10	10	100	5	1
NORD	9	9	100	5	1
PLATEAU CENTRAL	8	8	100	3	1
SAHEL	9	9	100	5	1
SUD OUEST	9	9	100	5	1
TOTAL	122	122	100	55	13

Tableau 4: Récapitulatif des patients inclus dans l'échantillon suivant la fiche d'échantillonnage utilisée pendant l'enquête

MODULES	PALUDISME			PTME			TARV			TUBERCULOSE		
REGIONS	Total patients de la période	Total patients éligibles	Total patients échantillonnés Double échantillon	Total patients de la période	Total patients éligibles	Total patients échantillonnés Double échantillon	Total patients de la période	Total patients éligibles	Total patients échantillonnés Double échantillon	Total patients de la période	Total patients éligibles	Total patients échantillonnés Double échantillon
Boucle du Mouhoun	13390	4172	132	834	363	66	596	310	36	221	85	35
Cascades	39851	11229	96	1135	838	58	284	107	24	125	40	25
Centre	45451	9853	108	864	556	40	693	368	24	126	40	9
Centre-Est	29052	10608	126	1876	1234	61	400	152	36	263	92	42
Centre-Ouest	11923	8622	108	126	491	64	591	141	29	219	7	7
Centre-Nord	17395	8980	96	1213	1010	64	230	99	24	291	95	24
Centre-Sud	15317	3632	96	451	389	50	193	76	24	153	24	21
Est	32596	13452	156	2830	1038	64	130	50	28	188	54	29
Hauts-Bassins	41978	13567	120	2645	759	56	925	299	36	769	250	36
Nord	8703	3439	108	199	321	48	334	133	30	139	63	24
Plateau Central	4686	3062	96	114	114	40	206	85	18	124	66	18
Sahel	20328	10524	78	870	1401	31	38	45	16	198	193	30
Sud-Ouest	27706	10600	108	259	657	56	353	200	29	124	95	30
Burkina Faso	308376	111740	1428	13416	9171	698	4973	2065	354	2940	1104	330

IV. PALUDISME

Le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) met en œuvre des actions de lutte conformément à leur plan stratégique 2016 -2020 dont les objectifs sont :

- réduire le taux de mortalité du paludisme d'au moins 40% par rapport à 2015 au Burkina Faso d'ici à fin 2020 ;
- réduire l'incidence du paludisme d'au moins 40% par rapport à 2015 au Burkina Faso d'ici à fin 2020 ;
- renforcer la capacité du PNLP dans la gestion de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso d'ici à fin 2020.

La qualité de la prise en charge des cas demeure une préoccupation. Les résultats suivants portent sur la qualité des soins de prise en charge des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme.

4.1. Indicateurs généraux du paludisme

Les indicateurs généraux du paludisme portent sur l'offre des services de prise en charge des cas. L'étude SARA montre une disponibilité parfaite de l'offre repartie par type d'établissement dans le tableau suivant.

Tableau 5: Situation des formations sanitaires offrant la prise en charge du paludisme selon le type d'établissement et le milieu d'implantation

	Effectif des FS offrant des soins Paludisme	FS offrant des soins Paludisme (%)
Type d'établissement		
CHU/CHR	14	100
CMA	46	100
CM/CSPS	62	100
Milieu d'implantation		
URBAIN	64	100
RURAL	58	100
Total	122	100

La prise en charge du paludisme est effective dans toutes les formations sanitaires du Burkina Faso.

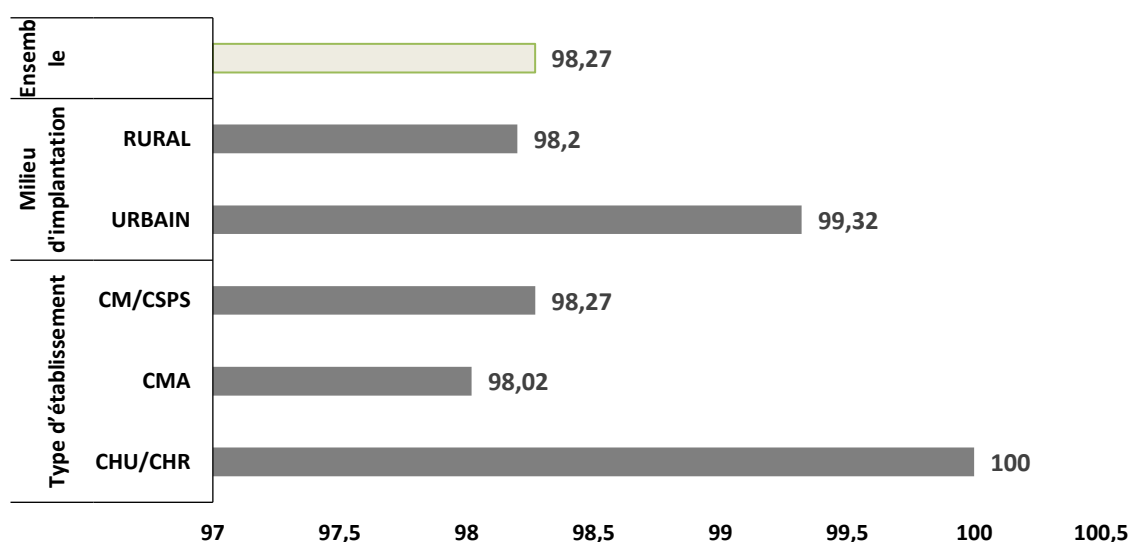
4.2. Indicateurs de prise en charge du paludisme

Les indicateurs de prise en charge du paludisme regroupent les différentes étapes de la prise en charge des cas notamment la recherche des signes cliniques du paludisme, la documentation des actes de soins, la recherche paraclinique et la prise en charge médicamenteuse des cas. Toutes ces étapes sont évaluées comme suit :

4.2.1. Examen clinique des cas suspects de paludisme

Le graphique 1 montre la situation de la documentation des résultats des examens cliniques dans le cadre du processus de prise en charge.

Au plan national 98,27% des examens cliniques des cas suspects de paludisme sont documentés. La meilleure proportion est observée au niveau des CHU /CHR (100%).



Graphique 1 : Situation de la documentation des examens cliniques dans le processus de prise en charge du paludisme.

4.2.2 Recherche et documentation des signes de gravité du paludisme.

Le tableau suivant montre la documentation des signes de gravité du paludisme, selon type d'établissement et par milieu.

Tableau 6 : Situation du diagnostic et de la documentation des signes de gravité dans les formations sanitaires.

	Signes d'anémie diagnostiqués et documentés	Signes de léthargie diagnostiqués et documentés	Signes de fièvre diagnostiqués et documentés
Type d'établissement			
CHU/CHR	58,48	29,13	96,34
CMA	27,15	13,46	94,83
CM/CSPS	1,60	0,65	97,96
Milieu d'implantation			
URBAIN	23,22	9,89	90,85
RURAL	1,41	0,66	98,31
Total	2,75	1,22	97,85

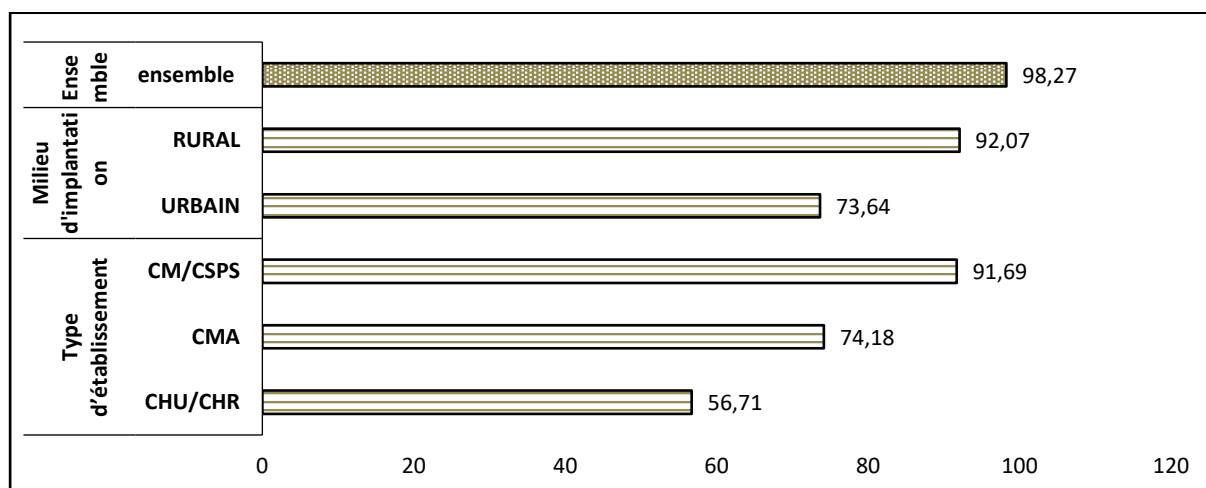
Des signes d'anémie ont été recherchés et documentés dans 58,48% des cas au niveau des CHU/CHR contre seulement 2% au niveau des CM /CSPS.

La léthargie, un des signes de gravité du paludisme est plus recherchée et documentée chez les cas suspects dans les structures de références (CHU/CHR et CMA) où le plateau technique permet une meilleure prise en charge. Les signe de léthargie ont été faiblement recherchés et documentés chez les cas suspects en milieu rural.

Dans l'ensemble des dossiers examinés, la fièvre, principal signe de présomption de paludisme a été documenté dans plus de 90% et ce quel que soit le type d'établissement et le milieu d'implantation.

4.2.3. Diagnostic paraclinique du paludisme

La prescription d'un examen de sang dans le cadre de la confirmation du diagnostic du paludisme est fondamentale. L'étude montre les résultats suivants chez 732 patients souffrants du paludisme. Ces résultats sont repartis par type d'établissement et le milieu consignés dans le graphique 2.



Graphique 2 : Situation de la prescription de test sanguin selon le type d'établissement et le milieu d'implantation

Parmi les patients du paludisme évalués 90,92% bénéficient d'un test sanguin pour la confirmation du diagnostic. La réalisation de ces tests est plus élevée au niveau périphérique lié à la disponibilité des TDR. Ces résultats corroborent avec ceux de l'enquête SARA 2016 où les tests de confirmation étaient disponibles dans 97% des structures de premier échelon. Au niveau des CHU/CHR, il ressort que 43,3% des patients du paludisme ne bénéficient pas de test de confirmation.

Plus de 26% des patients en milieu urbain ne bénéficient pas d'un test de confirmation du paludisme.

Tableau 7 : Proportion (%) des cas suspects de paludisme ayant fait TDR ou GE/FS selon le type d'établissement et le milieu d'implantation (n=732)

	Réalisation du test sanguin
Type d'établissement	
CHU/CHR	48,88
CMA	31,59
CM/CSPS	100,00
Milieu d'implantation	
URBAIN	80,13
RURAL	99,98
Total	99,00

Les TDR sont les seuls tests de confirmation utilisés au CM/CSPS et dans la plupart des structures en milieu rural. Par contre dans les CHU/CHR, les TDR et les GE sont utilisés dans des proportions quasi identiques. Parmi les 732 patients, 580 patients sont testés et les résultats documentés sont repartis comme suit dans le tableau 8.

Tableau 8 : Répartition des résultats documentés des tests selon le type d'établissement et le milieu d'implantation (n=580).

	Positif (%)	Négatif (%)	Non disponible (%)
Type d'établissement			
CHU/CHR	78,46	10,26	11,28
CMA	89,36	7,54	3,10
CM/CSPS	99,37	0,30	0,33
Milieu d'implantation			
URBAIN	87,25	10,35	2,41
RURAL	99,64	0,01	0,34
Total	99,03	0,52	0,45

La proportion des cas confirmés de paludisme est plus élevée au niveau CM/CSPS qu'au niveau des structures de références. Il en est de même en milieu rural qu'en milieu urbain.

On note une faible notification des résultats des analyses de sang dans les registres de laboratoire des CHU/CHR (33,33%).

4.2.4. Traitement du paludisme

Le traitement des cas de paludisme a été évalué à travers la prescription d'antipaludique aux patients, la conformité de cette prescription et la rationalité de la prescription.

Tableau 9: Situation de la prescription d'antipaludique selon le type d'établissement et le milieu d'implantation (n=732)

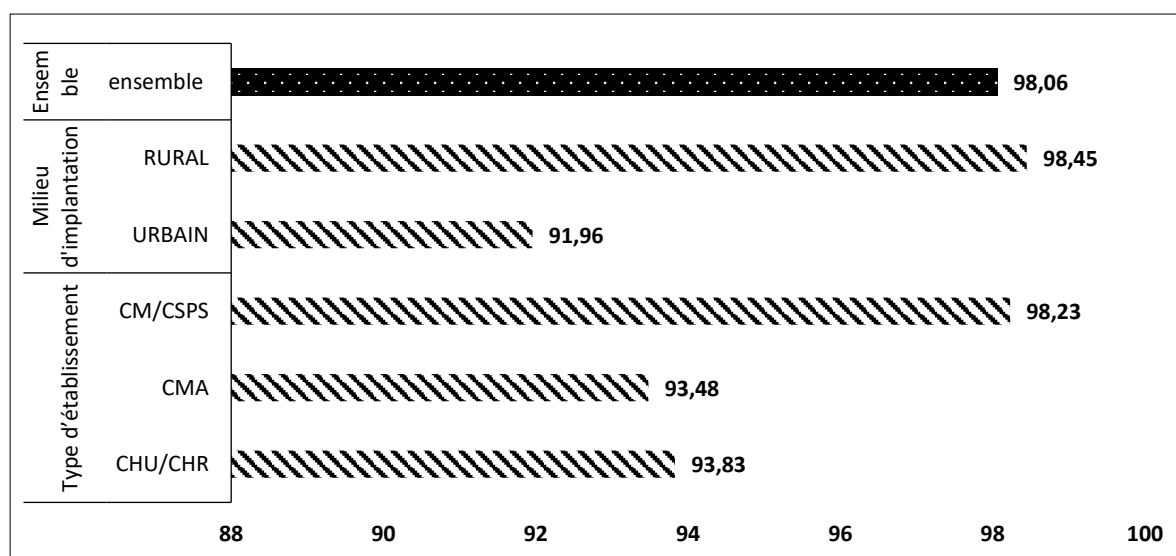
	Prescription d'antipaludique	Non prescription d'antipaludique	Non disponible (%)
Type d'établissement			
CHU/CHR	98,18	1,31	0,51
CMA	92,32	5,68	2,00
CM/CSPS	97,00	3,00	0,00
Milieu d'implantation			
URBAIN	96,12	2,96	0,92
RURAL	96,90	3,09	0,01
Total	96,86	3,08	0,07

La majorité des cas de paludisme (96,86%) bénéficie d'une prescription d'antipaludique quel que soit le type d'établissement ou le milieu d'implantation. Il convient de noter une part non négligeable (5,68% dans les CMA et 3% au niveau des CSPS) de cas de paludisme qui n'ont pas bénéficié d'une prescription d'antipaludique bien que leur diagnostic l'exigeait.

Sur les 732 patients, 15 testés négatifs (2%) ont bénéficié d'un traitement antipaludique, ce qui est contraire aux directives de prise en charge du paludisme au Burkina Faso.

Parmi les cas confirmés de paludisme simple et de paludisme grave, la prescription d'ACT ou d'Artémether /Quinine a été évalué chez 681 patients et présentés dans le graphique 3.

Quel que soit le type d'établissement ou le milieu d'implantation, la plupart des patients bénéficient d'une prescription d'antipaludique. Néanmoins dans les structures de référence, plus de 6% des cas ne bénéficient pas de prescription d'antipaludique. Il en est de même en milieu urbain où cette proportion atteint 8%.

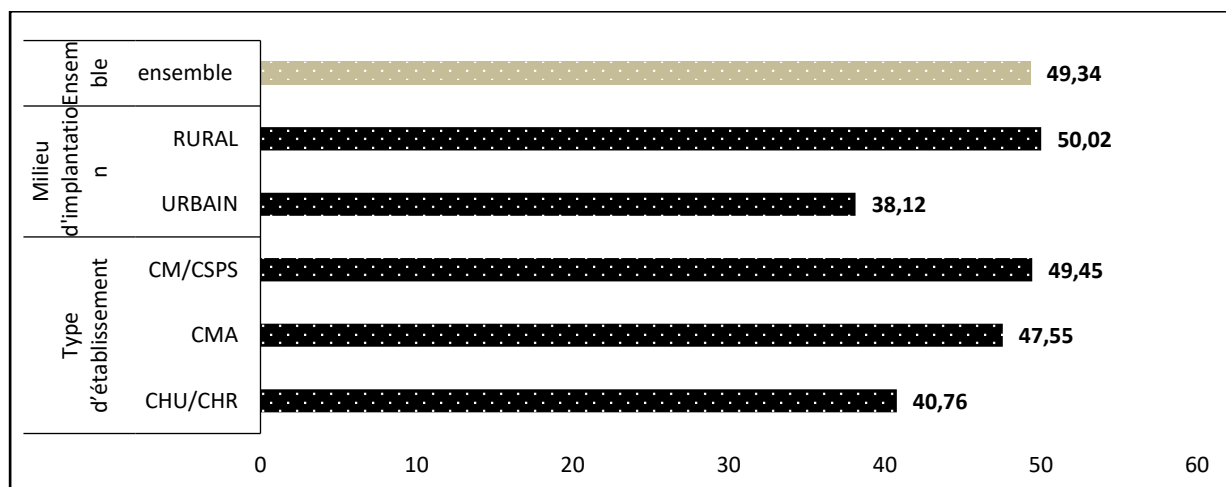


Graphique 3 : Situation de la prescription d'ACT ou d'Artémether /Quinine chez 681 cas de paludisme.

Des prescriptions faites, une appréciation de la conformité des prescriptions a été faite chez 644 patients et consignée dans le tableau 13.

Moins de 50% des cas de paludisme sont traités selon les normes et directives de prise en charge du paludisme quels que soient le type d'établissement et en milieu urbain. Cette situation pourrait s'expliquer par la faible application des directives par

les agents de santé et ou une insuffisance dans le remplissage des supports de collecte de données.



Graphique 4 : Niveau de conformité des prescriptions d'ACT ou d'Artémether/Quinine selon le type d'établissement et le milieu.

Pour vérifier la rationalité des prescriptions, la vérification de la prescription d'autres antipaludiques a été évaluée et consignée dans le tableau 9. La vérification a été réalisée chez 681 patients où des prescriptions ont été faites et consignées dans les registres de consultation.

Tableau 10 : Proportion des patients ayant bénéficié ou non d'une prescription d'autres antipaludiques selon le type d'établissement et le milieu d'implantation

	Oui, autre anti palustre prescrit	autre anti palustre non prescrit	Non disponible
Type d'établissement			
CHU/CHR	14,18	82,21	3,61
CMA	5,96	93,46	0,58
CM/CSPS	2,19	97,81	0,00
Milieu d'implantation			
URBAIN	4,40	94,95	0,65
RURAL	2,25	97,75	0,00
Total	2,38	97,58	0,04

Malgré la prescription d'antipaludique recommandé par les directives nationales, on note la prescription d'autres antipaludiques supplémentaires dans près de 2% des cas. La prescription d'autres antipaludiques est plus fréquente dans les structures de références et en milieu urbain où d'autres molécules sont accessibles. Cela est dû à une insuffisance dans l'application des directives par certains agents.

4.3 Présentation des scores de qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires

Cette partie fournit des scores de qualité calculés par dimension de la prise en charge du paludisme chez l'enfant. Un indice synthétique donne le niveau relatif de prise en charge du paludisme dans chaque type de formation sanitaire. Il est généré des scores par formation Cf. annexe.

Tableau 11 : Situation des scores de qualité de prise en charge du paludisme par type de structure

	Score examen clinique chez les cas suspect du palu (%)	Score appréciation symptômes chez les cas suspect du palu (%)	Score diagnostic du palu (%)	Score traitement du palu (%)	Indice de la qualité des soins en matière de paludisme (%)
Type d'établissement					
CHU/CHR	86,31	83,93	61,01	77,38	75,85 (65,7- 83,7)
CMA	89,86	87,32	61,59	71,82	75,91(70,5 - 80,6)
CM/CSPS	92,47	85,95	68,48	79,70	80,11(75,8 – 83,8)
Milieu d'implantation					
URBAIN	90,66	87,57	61,14	73,49	76,44(71,7- 80,6)
RURAL	90,89	85,03	68,55	79,17	79,48(75,2 – 83,2)
Total	90,78	86,24	65,03	76,47	78,04(74,9 – 80,9)

Parmi les paramètres considérés pour l'évaluation de la qualité de la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires, les scores des examens cliniques des cas suspects et d'appréciation des symptômes ont atteint un seuil de 80% quels que soient le type d'établissement et le milieu d'implantation. Les plus faibles scores concernent les paramètres de diagnostic et de traitement des cas. De façon générale, seuls les CM/CSPS ont atteint un indice global de qualité de prise en charge du paludisme (80%). Les structures du milieu rural s'en approchent par rapport à celles du milieu urbain.

4.6. Commentaire

L'appréciation des symptômes et l'examen clinique des cas suspects constituent la base du diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires. Les scores de ces paramètres au-delà de 80% témoignent de l'existence de bonnes dispositions pour un diagnostic adéquat de la pathologie par les agents dans les structures sanitaires. Ces résultats pourraient s'expliquer par les efforts fournis dans la formation continue des agents sur le terrain.

Le diagnostic paraclinique du paludisme repose sur la réalisation des tests biologiques (TDR, GE/FS). Ces examens sont disponibles dans toutes les formations sanitaires mais force est de constater qu'il y a une insuffisance dans l'application des directives en matière de diagnostic en témoigne le score global de 65,03% qui est inférieur au seuil acceptable de 80% selon l'approche d'amélioration de la performance et de la qualité (SBMR)⁵. Cela est probablement lié à une insuffisance dans la réalisation des tests de diagnostic et ou à une sous notification documentation des tests réalisés ressorti dans l'étude 2016 sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des formations sanitaires.

Selon la politique nationale, le traitement du paludisme doit se faire avec des ACT, de la quinine et des dérivés de l'artémisinine. Cependant on note la prescription d'autres antipaludiques non recommandés, surtout dans les formations sanitaires de référence et dans certains CM/CSPS situés en milieu urbain. Cela pourrait s'expliquer par la publicité (délégués médicaux) et l'insuffisance de connaissance des directives.

L'indice global de qualité de prise en charge du paludisme est inférieur à 80%. Ce qui indique que la qualité de la prise en charge n'est pas satisfaisante. Celui-ci a été influencé par le non-respect des directives en matière de diagnostic et de traitement ou l'insuffisance dans la notification des prestations par les agents dans les centres de référence.

⁵ Module SBMR, Jhpiego

4.7. Synthèse des résultats et recommandations

4.7.1. Points forts

- la prise en charge du paludisme est effective dans toutes les formations sanitaires ;
- l'examen clinique chez les cas suspects du paludisme est satisfaisant dans toutes les formations sanitaires ;
- l'appréciation des symptômes chez les cas suspects du paludisme est satisfaisante dans toutes les formations sanitaires.

4.7.2. Points à améliorer

- la prescription d'antipaludique n'est pas conforme aux directives nationales dans plus de la moitié des cas dans les formations sanitaires.
- l'insuffisance dans la confirmation du diagnostic dans les structures de références ;
- l'insuffisance dans l'enregistrement des résultats des examens cliniques dans les registres de consultation au niveau des CMA/CM/CSPS ;
- l'insuffisance dans le remplissage des registres de laboratoire au niveau des formations sanitaires

4.7.3. Recommandations

1. Aux prestataires

- Prescrire les antipaludiques conformément aux directives nationales (médicaments, présentation, dosage, posologie, durée du traitement) ;
- Consigner systématiquement toutes les prescriptions dans les outils de collecte (registre de consultation, carnet/dossier patient...)
- Réaliser systématiquement un test de confirmation du diagnostic chez tout cas suspect de paludisme ;
- Consigner systématiquement tous les résultats des examens cliniques des cas dans les outils de collecte (registre de consultation, dossier patient...)

2. Au PNLP

- Rendre disponibles les directives dans toutes les formations sanitaires en vue d'un usage dans le cadre de la prise en charge du paludisme ;
- Assurer la formation continue (formation et supervision) des prestataires sur la prise en charge globale des cas de paludisme ;

V. PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT (PTME)

En matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH), des programmes ont été développés et mis en œuvre successivement depuis 2002, avec des interventions et des services spécifiques. Ces interventions sont dispensées dans le cadre d'un système d'offre de services intégrés en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Toutes ces actions ont permis d'engranger des résultats tangibles, permettant au fil des ans de réduire la transmission résiduelle du VIH.

Cependant, malgré la mise en œuvre de ces stratégies et en dépit des avancées notoires, force est de constater que les progrès en matière de réduction de la transmission résiduelle du VIH se font lentement. C'est dans ce contexte que l'étude QoC a permis de disposer des résultats suivants sur la qualité des prestations des services en PTME.

5.1. Indicateurs généraux de la PTME

En 2015, 150 000 nouvelles infections ont été enregistrées chez les enfants. Parmi ces nouvelles infections, 122 000 cas ont été notifiés en Afrique sub-saharienne dont 54% en Afrique de l'Ouest et du Centre (UNAIDS ; 2014⁶). Le VIH pédiatrique est lié dans 90% des cas à la transmission mère enfant (OMS, 2015⁷).

5.2. Offre de service de PTME

Selon les données de SARA 2016, 90,82% des établissements offrent des services de PTME. Ce taux est en deçà de l'objectif national de 100%.

Selon le type d'établissement, les CM/CSPS ont une offre plus élevée (98,36%) contre respectivement 80,00% et 71,43% pour les CMA et CHR/CHU.

L'analyse des résultats montre également que les formations sanitaires du milieu rural offrent plus les services de PTME (98,39%) que celles du milieu urbain (77,78%).

5.3. Indicateurs de la prestation des soins de PTME

Les indicateurs de la qualité de la prestation des services de PTME incluent le dépistage des femmes enceintes (FE) et de leurs partenaires, la mise sous traitement ainsi que le suivi. Certains éléments traceurs non pu être analysés tels que la mise sous traitement et le suivi du fait de la faiblesse des échantillons.

⁶ ONUSIDA, rapport sur l'épidémie, 2014

⁷ OMS, 2015

5.3.1. Dépistage du VIH

Pour ce volet 359 femmes enceintes répondant aux critères d'éligibilité ont été évaluées et la situation du dépistage est consignée dans le tableau 11.

Tableau 12 : Situation du dépistage du VIH chez les femmes enceintes au cours de la CPN selon le type d'établissement et le milieu d'implantation.

	Femmes dépistées(%)	Femmes non dépistées (%)	Données non disponibles
Type établissement			
CHU/CHR	46,39	53,61	-
CMA	86,11	7,72	6,17
CM/CSPS	83,30	10,61	6,09
Milieu d'implantation			
URBAIN	98,67	0,70	0,62
RURAL	81,43	11,81	6,76
Total	83,31	10,60	6,09

Le dépistage du VIH doit être proposé systématiquement à toute cliente dans le cadre de la prévention de la transmission mère – enfant.

L'étude QoC indique que 83,31% des femmes enceintes ont bénéficié d'un dépistage du VIH au niveau national de même qu'au niveau CM/CSPS. Ce taux est de 86,11% au niveau des CMA contre 46,39% pour les CHR/CHU.

Sur l'ensemble de femmes vues en CPN, 98,67% ont été dépistées en milieu urbain et 81.43% en milieu rural.

A l'issue du test, les résultats de retour pour enlèvement des résultats sont dans le tableau 12.

Tableau 13 : Proportion de femmes enceintes ayant reçu le résultat de leur test selon le type d'établissement et le milieu d'implantation

	Oui, résultats reçus (%)	résultats non reçus (%)	Données non disponibles
Type établissement			
CHU/CHR	80,44	-	19,56
CMA	71,37	-	28,63
CM/CSPS	86,46	3,06	10,48
Milieu d'implantation			
URBAIN	71,17	-	28,83
RURAL	88,52	3,47	8,01
Total	86,28	3,02	10,71

La proportion des FE ayant reçu le résultat de leur test est de 86,28% pour le niveau national. Elle est de 86,46% au niveau des CSPS/CM contre 71.37% pour les CMA. Selon le milieu d'implantation, on note une proportion plus élevée en milieu rural (88.52%) qu'en milieu urbain.

5.3.2. Réalisation d'un second test au troisième trimestre

La réalisation d'un second test au troisième trimestre de la grossesse, bien que n'étant pas une directive nationale a été évaluée chez 274 femmes enceintes. Pour l'ensemble de ces femmes vues en CPN, seulement 1.38% ont bénéficié d'un second test au troisième trimestre de la grossesse au niveau des CSPS/CM, alors qu'elle est quasiment nulle au niveau des CMA, CHR/CHU. Selon le milieu, cette proportion est de 1.58% pour le milieu rural. Cette situation serait liée au fait que le programme PTME n'en a pas fait une directive.

5.3.3. Dépistage du partenaire

Le dépistage VIH des partenaires des femmes enceintes est un indicateur de l'adhésion et de l'implication des hommes à la SR et plus spécifiquement à la PTME/VIH. Les résultats montrent que la proportion des partenaires dont le test a été proposé est de 0,55%. Parmi lesquels 0,07% ont bénéficié de dépistage VIH. L'ensemble de ces dépistages ont été fait dans les formations sanitaire de type CM/CSPS dont le milieu d'implantation est rural.

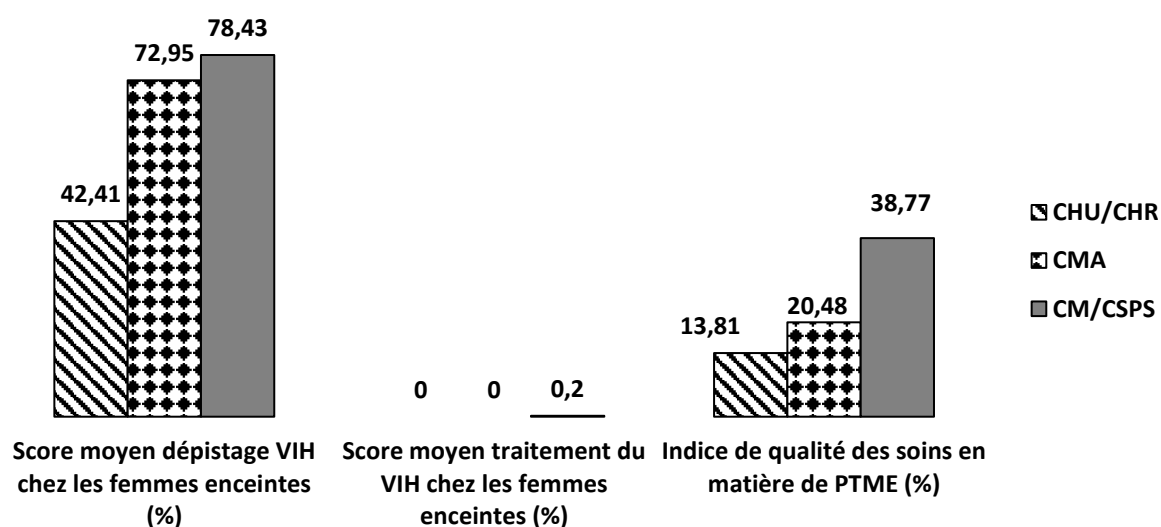
5.3.4 Femmes dépistées positives et sous traitement ARV

Les femmes enceintes dépistées VIH et justifiables d'un traitement ARV sont quatre (04), permis lesquelles une seule prise en charge dans les formations sanitaires de type CHU/CHR est sous traitement soit 5,5%. Il s'agit d'un traitement longue durée et le score de qualité y associé est 0,21%.

5.4. Score de qualité des soins PTME

La qualité des soins PTME prend en compte le dépistage et la prise en charge des cas de VIH + chez la femme enceinte. Tous les items traceurs ont été évalués, mais le graphique suivant présente les différents niveaux des deux dimensions essentielle de la PTME à savoir le dépistage et la prise en charge. Il présente aussi le score global. Sur le graphique 5 on constate que les scores de qualité de prestation des services de PTME au niveau des CSPS/CM sont les plus élevés. Ils sont respectivement de 78.43% (72,8 – 83,1) pour le score de dépistage, de 0.2% pour celui du traitement du VIH et enfin 38.77% en ce qui concerne le score de qualité des soins en matière de PTME.

Selon le milieu d'implantation, le score moyen de dépistage du VIH chez les FE est plus élevé (88.64%) en milieu urbain. Cependant les scores du traitement du VIH (0.23%) et de la qualité des soins en matière de PTME (37.45%) sont plus élevés en milieu rural.



Graphique 5: Répartition du score de qualité de la PEC selon le type d'établissement

5.5. Commentaire

L'analyse des résultats obtenus en ce qui concerne la PTME donne un aperçu global des pratiques des prestataires. De façon générale, l'offre des services de PTME est de 90.83% avec une tendance à la hausse pour les formations sanitaires du 1^{er} échelon et celles du milieu rural. Cette proportion est inférieure à celle qu'indique l'annuaire statistique 2016 (98.85%)

De même, ces résultats indiquent que la proportion des partenaires des FE ayant bénéficié du test de VIH est très faible (0.56%) au regard des FE ayant bénéficié du test de dépistage VIH (83.31%). Les données, en ce qui concerne le dépistage des partenaires sont proches de celles de l'annuaire de l'annuaire statistique 2016 (3.0%). Aussi, selon le rapport PTME 2016 sur 730 485 femmes enceintes qui ont accepté le test de dépistage VIH, 21 720 conjoints l'ont également réalisé soit 2,9%.

Cette situation est multi-factuelle et pourrait être liée à l'insuffisance de communication à l'endroit des partenaires des femmes enceintes au test de dépistage.

En outre ces résultats indiquent également que la proportion des FE ayant reçu le résultat de leur test est de 86.46% au niveau des CSPS/CM contre 71.37% pour les CMA.

Cette proportion est similaire à celle du niveau national (Annuaire statistique MS 2016) qui est de 85%. Quoique similaire cette situation est en deçà des attentes.

En ce qui concerne la réalisation du second test au troisième trimestre de la grossesse, seulement 1.38 % des femmes vues en CPN en ont bénéficié. Cet indicateur n'est pas pertinent vis-à-vis des objectifs du programme. Toutefois, la réalisation du second test trouve son importance dans le fait que la femme est toujours exposée au risque de l'infection tout au long de la grossesse.

5.6. Synthèse et recommandation

5.6.1. Points forts

- la disponibilité de l'offre de service de PTME est satisfaisante ;
- l'adhésion des femmes au programme PTME est satisfaisante.

5.6.2. Points à améliorer

- la proportion des partenaires des FE ayant bénéficié du test de VIH est insuffisante ;

5.6.3. Recommandations

Au regard des points à améliorer certaines suggestions peuvent être formulées à l'endroit de :

Prestataires

- ✓ améliorer les services de counseling et de communication à l'endroit des groupes cibles
- ✓ améliorer l'enregistrement des données de prestations dans le cadre de la PTME

Acteurs de la DSF/ Programme PTME

- ✓ renforcer les compétences des acteurs dans la mise en œuvre du paquet d'activités entrant dans le cadre des activités de la PTME ;
- ✓ développer des stratégies de communication plus efficaces à l'endroit des partenaires des femmes enceintes vues dans le cadre de la PTME
- ✓ améliorer la disponibilité des intrants PTME dans les services de prestation
- ✓ augmenter l'offre de service PMTE à hauteur de 100%
- ✓ Renforcer le suivi de la gestion des intrants PTME à tous les niveaux.

VI. TUBERCULOSE

Au Burkina Faso, le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) a mis en œuvre avec succès la Stratégie « Directly Observed Treatment of Short-course » (DOTS) dès le milieu des années 1990 et la Stratégie Halte à la Tuberculose à partir de 2006. Au début de l'année 2016, il a adopté la nouvelle stratégie de l'OMS dite Stratégie pour " Mettre Fin à la Tuberculose". C'est dans ce contexte que cette étude d'évaluation de la qualité des soins aux tuberculeux a été réalisée.

6.1. Indicateurs généraux de la tuberculose

La prise en charge de la tuberculose se fait dans les centres de dépistage et de traitement (CDT). Ces CDT sont appuyés par les autres formations sanitaires à travers les prélèvements des cas suspects de tuberculose et transmettent au CDT pour testing et mise sous traitement. Aussi les centres non CDT assurent le suivi de prise en charge médicamenteuse ainsi que les prélèvements des cas pour les bilans d'étape.

6.2. Offre des services de prise en charge de la tuberculose

L'étude QoC a consisté à l'évaluation de la qualité de la prise en charge des cas de tuberculoses nouveaux cas et rechutes vus en 2016. L'étude a été réalisée dans un contexte où une évaluation de la disponibilité faite par l'enquête SARA 2016 a montré que 99% des formations sanitaires offrent des services de soins liés à la tuberculose. Parmi ces structures, 98% font le diagnostic de la tuberculose, 94% le suivi des patients et 48% offrent la prescription de traitement contre la tuberculose.

La qualité des prestations de la TB est également évaluée par la disponibilité des éléments traceurs pour la lutte contre la tuberculose. Le score moyen de ces éléments sur le plan national est de 63%.

6.3. Diagnostic par symptômes cliniques

Selon les directives du PNT le diagnostic de la tuberculose peut se faire sur la base de signes cliniques et/ou d'antécédents cliniques. Les résultats de cette étude montrent que dans les CMA, 34,6% des cas de tuberculose ont été diagnostiqués cliniquement, contre 16,2% dans les CHU/CHR et 10,3% dans les CM/CSPS. En effet les résultats de l'enquête SARA montrent que toutes les structures disposent d'une capacité opérationnelle à poser le diagnostic de la tuberculose sur la base des symptômes cliniques. Par ailleurs, 26,4% des patients en milieu urbain sont diagnostiqués sur la base des symptômes cliniques.

Cette proportion est de 12,3% en milieu rural. L'enquête a aussi montré que la méthode de diagnostic de 9,7% des cas de tuberculose n'a pas été précisée dans les supports de collecte.

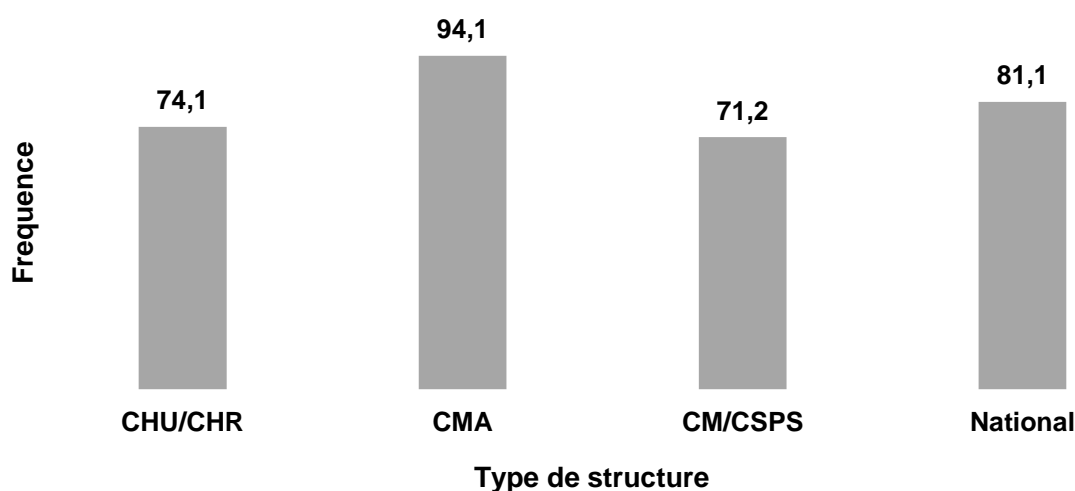
6.4. Diagnostic paraclinique de la tuberculose

Tableau 14 : Proportion des cas de tuberculose selon la méthode de diagnostic par type d'établissement et par milieu d'implantation

	Diagnostic basé sur 2 échantillons d'expectoration	Diagnostic basé sur 1 échantillon d'expectoration	Diagnostic basé sur le test de diagnostic rapide Xpert MTB / RIF	Diagnostic basé sur des antécédents cliniques	Méthode de diagnostic non précisée
Type d'établissement					
CHU/CHR	56,4	27,4	0,0	16,2	0,0
CMA	46,8	9,0	2,7	34,6	7,0
CM/CSPS	70,5	5,4	0,0	10,3	13,9
Milieu d'implantation					
URBAIN	52,1	10,4	1,3	26,4	9,8
RURAL	70,6	6,8	0,9	12,3	9,3
National	59,1	9,0	1,1	21,0	9,7

Le moyen de diagnostic le plus sûr de la tuberculose pulmonaire est l'examen microscopique des frottis de crachats. Les directives du programme national préconisent deux (02) échantillons de crachats pour le dépistage. L'étude montre que selon les types d'établissement seulement 70,5% des patients sont diagnostiqués sur la base de deux (02) échantillons d'expectoration dans les CM/CSPS. Cette proportion est de 56,4% dans les CHU/ CHR et de 46,8% dans les CMA. Par ailleurs seulement 52,1% des patients du milieu urbain ont été diagnostiqué sur la base de deux (02) échantillons de crachat contre 70,1% en milieu rural. Il faut noter qu'au niveau national en moyenne 9% des patients ont été diagnostiqués sur la base d'un (01) échantillon d'expectoration. Ce type de diagnostic est plus fréquent dans les CHU/CHR (27,4%). En référence aux résultats de l'enquête SARA la capacité opérationnelle des services à diagnostiquer la tuberculose sur la base d'un examen microscopique est de 89% dans les hôpitaux, de 87% dans les CMA et de 100% dans les CM/ CSPS. Cette capacité est de 87% en milieu urbain et de 85% en milieu rural.

L'évaluation de la coïnfection TB/VIH est un indicateur qui permet d'apprécier la qualité de la prise en charge de la tuberculose. En se référant aux résultats de l'enquête SARA 92% des structures de santé ont une capacité à dépister le VIH/SIDA. De l'étude il ressort que la proportion des patients qui ont bénéficié du dépistage du VIH est respectivement de 94,1% dans les CMA, de 74,1% dans les CHU/CHR et de 71,2% dans les CSPS/CM. Or, les directives du PNT préconisent que tous les patients tuberculeux soient soumis au test de dépistage du VIH.



Graphique 6 : Proportion (%) de patients TB ayant fait un test de dépistage au VIH (n=186)

6.5. Test de sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide chez les patients éligible

Selon le protocole national de prise en charge de la tuberculose tout patient tuberculeux enfants, PVVIH, prisonniers, M3 positifs, rechutes, cas contacts TB/MR et en retraitement doit faire l'objet d'un test de sensibilité à la rifampicine et l'isoniazide. L'étude a montré qu'à l'échelle nationale aucun patient éligible au test de rifampicine n'a bénéficié de ce test durant cette période. Le nombre de patients éligibles était de cinq (05), vus dans les différentes structures de soins.

6.6. Traitement de la tuberculose

- Mise sous traitement ARV des patients co-infectés (n=15)

Selon les directives, les patients co-infectés doivent systématiquement recevoir des ARV. L'étude montre que, 100% des patients co-infectés issus des CHU/CHR sont sous TARV. Cependant 97,4% des patients au CMA sont mis sous traitement contre 16,5% des patients mis sous TARV au niveau des CM/CSPS.

Suivant le milieu d'implantation, 64,8% des patients du milieu urbain co-infectés sont mis sous ARV contre 59,6% en milieu rural.

- Mise sous cotrimoxazole ou dapsonne des patients co-infectés (n=15)

L'étude montre que, 100% des patients co-infectés issus des CHU/CHR sont sous cotrimoxazole ou dapsonne. Le niveau de l'indicateur est de 70% pour les patients des CMA et de 33,3% pour les patients du niveau CM/CSPS.

- Enfants de moins de cinq (05) ans éligibles au traitement préventif et mis sous traitement préventif (N=13)

Dans les normes, tous les enfants de moins de cinq (05) ans en contact avec un cas de TB pulmonaire confirmé bactériologiquement et éligibles doivent être mis systématiquement sous traitement prophylactique à l'isoniazide. A travers les résultats de l'étude la proportion des enfants de moins de cinq (05) ans éligibles au traitement qui ont bénéficié d'un traitement préventif à l'isoniazide est de 100% dans les CHU/CHR, de 96,5% dans les CMA et 52,3% dans les CM/CSPS. Tous les enfants dont la provenance est urbaine bénéficient du traitement tandis que 54 % des enfants de milieu rural sont mis sous traitement.

- Mise sous traitement dans le délai de 48 h

Le succès du traitement de la tuberculose dépend en partie de la précocité de la mise sous traitement après le diagnostic. La norme souhaitée est que tous les patients commencent leur traitement dans les deux (02) jours suivant le diagnostic. L'évaluation a montré que 71,0% des patients ont été mis sous traitement dans cet intervalle de temps. Tous les patients éligibles au traitement de deuxième ligne et 99,2% de ceux éligibles au traitement de première ligne ont eu leurs traitements conformes aux normes.

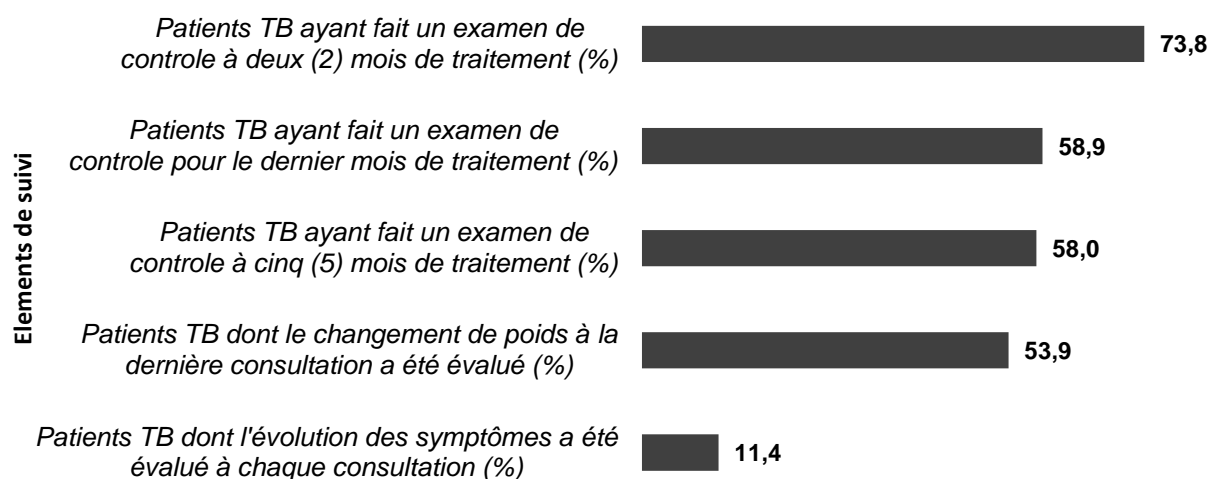
Tableau 15 : Répartition des patients mis sous traitement dans les deux (02) jours suivant le diagnostic par type traitement, par type d'établissement et par milieu d'implantation

	(%) des patients mis sous traitement dans les 48h suivant le diagnostic	(%) des nouveaux cas de TB sous traitement de première ligne	(%) des patients TB sous traitement de deuxième ligne
n	186	180	5
Type d'établissement			
CHU/CHR	71,6	100,0	100,0
CMA	70,6	99,9	100,0
CM/CSPS	71,1	98,5	100,0
Milieu d'implantation			
URBAIN	76,7	99,9	100,0
RURAL	61,4	98,1	100,0
National	71,0	99,2	100,0

La proportion des patients mis sous traitement dans les deux (02) jours suivant le diagnostic est quasiment égale quel que soit le type d'établissement. Selon le milieu d'implantation, les formations sanitaires du milieu rural enregistrent un faible taux de mise sous traitement dans les deux (02) jours (61,4%) contre 76,7% en milieu urbain.

6.7. Suivi des patients tuberculeux

Le suivi des patients tuberculeux confirmés bactériologiquement prévoit la réalisation d'un examen de contrôle au deuxième mois, au cinquième mois et en fin de traitement. Les résultats de l'enquête ont montré que 73,8% de ces patients ont bénéficié d'un examen de contrôle à deux (02) mois, 58,0% à cinq (05) mois et 58,9% en fin de traitement.



Frequence de patients vus (%)

Graphique 7 : Proportion des patients ayant bénéficié d'un suivi pendant le traitement. Toujours dans le cadre du suivi, seulement 11,4% des patients tuberculeux toutes formes confondues ont bénéficié à chaque consultation d'une évaluation de l'évolution des symptômes. Quant à l'évaluation du changement de poids à la dernière consultation, elle a été réalisée chez 53,9% des patients. Ces différents résultats sont donnés par type d'établissement et par milieu d'implantation dans le tableau qui suit.

Tableau 16 : Situation du suivi de 186 patients TB par type d'établissement et par milieu d'implantation

	(%) des patients TB avec contrôle à deux (2) mois	(%) des patients TB avec contrôle à cinq (5) mois	(%) des patients TB avec contrôle pour le dernier mois	(%) des patients TB dont le changement de poids à la dernière consultation a été évalué	(%) des patients TB dont l'évolution des symptômes a été évalué à chaque consultation
Type d'établissement					
CHU/CHR	76,5	68,7	72,9	28,3	0,0
CMA	74,7	38,8	44,9	58,9	7,2
CM/CSPS	72,6	72,6	68,3	54,7	17,3
Milieu d'établissement					
URBAIN	75,6	54,1	58,5	55,2	18,3
RURAL	70,9	64,4	59,6	51,8	0,0
National	73,8	58,0	58,9	53,9	11,4

En considérant le type d'établissement, la proportion de patients TB ayant fait un examen de contrôle à deux (02) mois de traitement varie peu. Cependant le contrôle au cinquième mois est mieux réalisé dans les CM/CSPS (72,6%) que dans les CMA (38,8%) et les CHR/CHU (68,7%).

Dans le cadre de la prévention de la tuberculose chez les sujets au contact d'un cas de tuberculose pulmonaire confirmé bactériologiquement, une liste de ces sujets contacts devrait être établie. L'étude a montré que cette liste existe pour seulement 9,1% des patients.

Parmi les enfants de moins de cinq (05) ans en contact avec un cas de tuberculose pulmonaire confirmé bactériologiquement, seulement 45,9% des cas ont bénéficié d'un dépistage. La plus forte proportion est observée au niveau des CMA (96,5%).

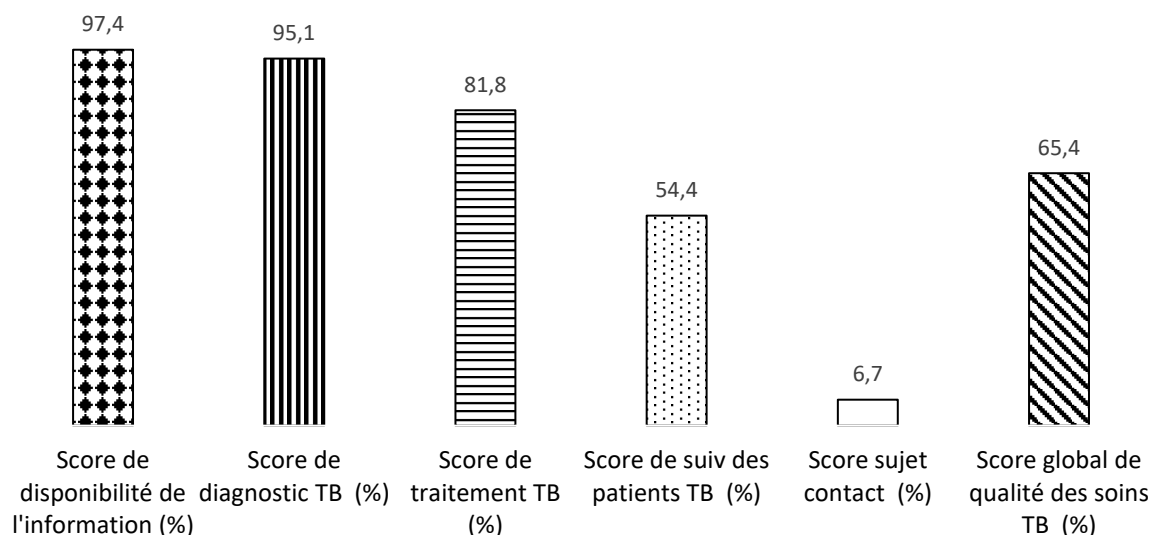
Chez les enfants éligibles au traitement préventif à l'Isoniazide, 66,9% ont débuté ce traitement. Tous les enfants éligibles au niveau des CHR/CHU ont commencé le traitement tandis qu'au niveau des CMA et des CM/CSPS respectivement 96,5% et 52,3% ont débuté leur traitement préventif.

Tableau 17 : Répartition des patients selon les éléments de prise en charge des sujets contacts selon le type d'établissement et le milieu d'implantation.

	(%) des patients disposant d'une liste des sujets contacts	(%) enfants - 5 ans de la liste des sujets contacts ayant bénéficié du dépistage	(%) enfants - 5 ans de la liste des sujets contacts ayant commencé un traitement préventif
n	186	13	13
Type d'établissement			
CHU/CHR	11,4	22,1	100,0
CMA	5,7	96,5	96,5
CM/CSPS	11,6	37,1	52,3
Milieu d'implantation			
URBAIN	5,2	62,1	100,0
RURAL	15,6	39,6	54,0
National	9,1	45,9	66,9

6.8. Score de qualité des soins

Les différents scores de qualité de prise en charge des cas de tuberculose sont présentés dans le graphique 8.



Graphique 8 : Situation des scores de qualité de soins TB au Burkina Faso (n=186)

Le score global de qualité de soins de la tuberculose est de 65,4% (58,3 -71,9). Cette faible proportion est essentiellement influencée par la disponibilité des éléments traceurs de la dimension "suivi des sujets contacts" avec un score moyen de 6,7% (3,9 – 11,3).

Tableau 18 : Situation des scores de qualité de soins TB par type d'établissement et par milieu d'implantation (n=186)

	disponibilité de l'information (%)	diagnostic TB (%)	traitement TB (%)	suivi des patients TB (%)	sujet contact (%)	Score global de qualité des soins TB
N =	186	186	186	186	186	186
Type d'établissement						
CHU/CHR	100,0	100,0	76,5	46,3	8,5	61,9
CMA	100,0	96,4	88,4	51,6	5,6	67,7
CM/CSPS	94,7	93,0	77,0	58,5	7,3	64,2
Milieu d'implantation						
URBAIN	100,0	95,1	88,0	56,5	4,7	68,5
RURAL	93,3	95,3	71,5	51,0	10,1	60,5
National	97,4	95,1	81,8	54,4	6,7	65,4

En considérant le type d'établissement, le score moyen de diagnostic de la tuberculose est de 100% dans les CHU/CHR contre 93,0% dans les CM/CSPS. Selon le milieu

d'implantation, le score moyen de traitement de la tuberculose est meilleur en milieu urbain (88,0%) qu'en milieu rural (71,5%).

6.9. Commentaire

Les résultats de l'étude montrent que 83,8% des patients au niveau CHU/CHR ont été diagnostiqués sur la base de la microscopie, 55,8% au CMA et 75,9% au niveau CSPS. Ces résultats sont faibles quand on met en parallèle les résultats de disponibilité des capacités diagnostiques par type de formation sanitaire qui est de 100% au niveau CSPS, 87% au niveau CMA et 89% au niveau CHU/CHR.

Pour ce qui est du dépistage de la coïnfection TBVIH, on note que moins de 80% des patients TB sont dépistés au VIH. Or selon les directives du PNT, c'est 100% des patients qui doivent bénéficier du dépistage. Cela pourrait s'expliquer par le refus de certains patients ou insuffisance dans le counseling du dépistage aux patients.

Plus de 90% des patients co-infectés sont mis sous traitement au niveau des CHU/CHR et CMA contre seulement 16,5% au niveau des CM/CSPS. La faible proportion des patients co-infectés mis sous ARV dans les CM/CSPS s'expliquerait par le fait que la prescription des ARV relève des attributions du médecin alors que peu de médecins dans les CM.

Pour ce qui est du test de sensibilité à la rifampicine, selon l'étude aucun patient n'a bénéficié d'un test en 2016. Cela pourrait s'expliquer par la non disponibilité de l'appareil GeneXpert au moment de l'étude. L'enquête SARA a révélé que seulement 1% des structures disposait des ressources pour réaliser le test rapide (GeneXpert)

Le succès du traitement dépend de la précocité de la mise sous traitement. Seulement 71% des patients ont été mis sous traitement dans les 48heures suivant le dépistage. Cela pourrait s'expliquer par les décès et les perdus de vue avant la mise sous traitement.

Pour ce qui est de la prévention des cas contacts d'un cas de tuberculose confirmé bactériologiquement, une liste de contacts doit être établie. Cette liste est établie dans seulement 9,1% des patients. Cela pourrait s'expliquer par une insuffisance de connaissance des directives en la matière.

Enfin on note un faible score global de la qualité des soins TB (65,4%) par rapport à une norme de 80%. Ce faible score est influencé par une insuffisance dans le suivi des patients et l'identification des sujets contacts des cas de tuberculose confirmés bactériologiquement. Cela dénote d'une insuffisance dans l'application des directives.

6.10. Synthèse des résultats

6.10.1. Points forts

- ✓ bon taux de réalisation du test de dépistage du VIH en milieu urbain ;
- ✓ mise sous TARV de tous les patients co-infectés au niveau des CHU/CHR ;
- ✓ mise sous cotrimoxazole ou dapsonne de tous les patients co-infectés TB/VIH dans les CHU/CHR et CMA ;
- ✓ respect des protocoles de traitement à tous les niveaux de soins ;
- ✓ début de traitement préventif à l'isoniazide effectif chez tous les enfants de moins de 5 ans de la liste des sujets contacts éligibles en milieu urbain.

6.10.2. Points à améliorer

- ✓ Proportion élevée de patients diagnostiqués sur la base de l'examen d'un seul échantillon de crachats (surtout dans les CHU/CHR) ;
- ✓ proportion élevée de patient TB dont la méthode de diagnostic n'est pas précisée ;
- ✓ faible taux de réalisation du test de dépistage du VIH en milieu rural.
- ✓ non réalisation du test de sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide chez les patients éligibles ;
- ✓ faible proportion des patients co-infectés sous TARV au niveau des CM/CSPS
- ✓ faible proportion des patients co-infectés TB/VIH mis sous cotrimoxazole ou dapsonne dans les CM/CSPS ;
- ✓ faible proportion des patients mis sous traitement dans les deux jours suivant le diagnostic ;
- ✓ faible réalisation de l'évaluation de l'évolution des symptômes à chaque consultation de suivi des patients TB ;
- ✓ faible proportion des patients pour lesquels une liste de sujets contacts a été établie.

6.10.3. Recommandations

Aux prestataires

- ✓ Améliorer le dépistage de la tuberculose à travers la collecte, la conservation et la transmission des crachats selon les protocoles ;
- ✓ améliorer le dépistage du VIH chez les patients souffrant de tuberculose à travers la proposition du test, un counseling efficace et le testing ;
- ✓ améliorer le test de sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide chez les patients éligibles ;
- ✓ mettre les patients sous traitement ARV ou mettre sous traitement préventif les patients co-infectés ;
- ✓ respecter le délai de deux jours de mise sous traitement anti tuberculeux après le dépistage ;
- ✓ mettre en place la liste des sujets contacts et assurer le traitement préventif des cas contacts.

Aux acteurs du programme national tuberculose

- ✓ Renforcer la disponibilité des intrants pour le dépistage et la prise en charge des cas de tuberculose et de la coïnfektion dans les centres de traitement ;
- ✓ renforcer la capacité technique des centres de diagnostic ainsi que les compétences des acteurs de collecte et de traitement des crachats ;
- ✓ améliorer le suivi des acteurs à tous les niveaux de dépistage et de la prise en charge de la tuberculose ;
- ✓ augmenter l'offre de soins en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose ;
- ✓ appuyer les centres de traitement dans le suivi des cas contacts de la tuberculose ;
- ✓ faire un suivi conjoint des cas co-infectés entre les deux programmes en charge de la tuberculose et de l'infection à VIH.

VII. Traitement antirétroviral

7.1. Indicateurs généraux du VIH/SIDA

Le nombre de personnes vivant avec le VIH enrôlés dans la file active globale en fin 2016 est de 82837 parmi lesquelles 57178 bénéficient d'un traitement antirétroviral (ARV) soit 69,02%.

7.2. Offre des services de prescription antirétrovirale et de suivi médical des PVVIH

Selon l'étude SARA, le service de soins et appui en matière de VIH est un maillon important dans la lutte contre le VIH et dans la prise en charge des personnes séropositives.

En 2016, les services de prescription des ARV ou de suivi des patients sont offerts dans 90% des formations sanitaires, le suivi des personnes sous traitement ARV est réalisé dans 90% des formations sanitaires.

Quant à la prescription des ARV, la proportion de formations sanitaires offrant le service est de 54% en 2016.

7.3. Indicateurs de la prestation des soins aux PVVIH

La qualité des prestations de soins aux PVVIH inclus la recherche et le diagnostic de la tuberculose, le suivi biologique ainsi que celui de la charge virale, le suivi du TARV. Tous ces éléments sont évalués dans les titres suivants.

7.3.1. Diagnostic de la tuberculose chez les PvVIH

La co-infection TB/VIH est la première cause de morbidité et de mortalité chez les PvVIH (10% des PvVIH ont un risque de développer une tuberculose maladie).

Les directives préconisent de rechercher systématiquement et activement la tuberculose lors de tout contact avec le malade (structure de soins et à chaque visite à domicile).

- **Recherche de la toux chez les PvVIH**

Le pourcentage des patients PvVIH chez qui la toux a été activement recherchée et renseignée est de 56,4%. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural plus (9,4%). En effet, la documentation de la recherche active de la toux est plus élevée dans les structures de référence que dans les structures de premier échelon (CM).

- **Recherche de la fièvre chez les PvVIH**

Le pourcentage de patients PVVIH chez lesquels la température et les antécédents de fièvre ont été documentés est plus élevé dans les CM (74,9%) qu'au niveau des CMA (43,1%) et CHU/CHR (41,6%). Cette variation semble être influencée par le milieu d'implantation (53,1%) pour le milieu urbain contre 9,8% pour le milieu rural).

Tableau 19 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation du diagnostic clinique /dépistage de la tuberculose chez les PvVIH (n=178)

Type d'établissement et milieu d'implantation	Patients PvVIH chez lesquels l'examen de la toux a été documenté lors de la dernière consultation (%)	Patients PvVIH chez lesquels la température et les antécédents de fièvre ont été documentés lors de la dernière consultation (%)	Patients dont le statut vis-à-vis de la TB a été apprécié lors de la dernière consultation (%)	Patients PvVIH chez lesquels un test TB a été effectué (%)
CHU/CHR	85,60	41,60	40,90	18,30
CMA	48,60	43,10	32,30	20,00
CM	41,10	74,90	41,10	33,10
URBAIN	56,40	53,10	37,90	24,10
RURAL	9,40	9,80	3,10	-
Ensemble	54,60	51,40	36,60	23,20

La recherche de la coinfection chez les PVVIH reste relativement faible quel que soit le type de formation sanitaire. Cela porte aussi bien sur les aspects cliniques que les aspects paracliniques de la coinfection VIH et TB.

7.3.2. Suivi biologique des PvVIH

Le suivi d'une personne infectée par le VIH nécessite l'accompagnement d'une équipe pluridisciplinaire composée de personnel médical, paramédical et communautaire. Il porte sur la recherche de signes d'évolution de l'infection par le VIH et de co-morbidité (maladies associées) et sur le traitement des infections opportunistes éventuelles. Au moins deux consultations de suivi par an sont nécessaires. L'observance au traitement est strictement recommandée et en cas d'absence au rendez-vous de réapprovisionnement en ARV, le processus de recherche du patient doit être engagé. L'étude montre que le pourcentage des patients sous ARV ayant effectué leur dosage de CD4 avant le début du traitement ARV est de 98% dans les CHR/CHU contre 64,3% et 58,9% respectivement dans les CMA et les CM. Il semble augmenter selon le niveau de la structure de prise en charge.

Le niveau de l'indicateur est influencé par le milieu d'implantation de la structure de prise en charge. En effet, les patients vus en milieu urbain où le plateau technique est plus fourni réalisent leur dosage de CD4 avant le début du traitement (70,1%) que ceux reçus dans les structures de prise en charge implantées en milieu rural (37,4%). En effet les résultats de l'enquête SARA III montrent également que la capacité à réaliser la numération des CD4 ou la PCR ou l'évaluation de la charge virale augmente avec le niveau de la structure de prise en charge (100% pour les CHU, 89% pour les CHR, 64% pour les CMA et 40% pour les CM). Aussi les structures implantées en milieu urbain ont plus de capacités à réaliser ces examens (66%) que celles implantées en milieu rural (10%). En sommes, plus les structures de prise en charge disposent de capacités à réaliser les CD4, plus les patients bénéficient de cet examen avant la mise sous ARV.

Aussi, 29,4% des dossiers des patients suivis en milieu rural manquent de précision sur la réalisation du dosage des CD4 avant la mise sous ARV.

7.3.3. Le suivi des CD4

Le bilan initial (pré thérapeutique) et le bilan de suivi en faveur des PvVIH sous traitement ARV s'appuient sur des paramètres biologiques non spécifiques (créatinémie, transaminases, NFS, etc.) et surtout sur des paramètres spécifiques (numération des CD4, charge virale). Avant l'initiation du traitement ARV, le dosage des CD4 est évalué chez le PvVIH. Cet examen est réévalué six (6) mois après le début du traitement et tous les six (06) mois pour apprécier l'évolution de la maladie. L'enquête indique que 24,8% des patients ont bénéficié d'un dosage de CD4 après les 6 premiers mois. Cependant, il faut noter que la tendance montre que plus le niveau de la structure est élevé, plus les patients ont la chance de réaliser le dosage de CD4 à 6 mois.

7.3.4. Suivi de la charge virale

Tableau 20 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation de la qualité clinique du suivi chez 178 PVVIH

Type d'établissement et milieu	Patients ayant effectué leur dosage de CD4 avant le début du traitement ARV (%)	Patients ayant effectué un dosage de CD4 après les 6 premiers mois (%)	Patients ayant effectué un test de charge virale à 6 mois (%)	Patients ayant effectué un test de charge virale à 12 mois de traitement (%)
CHU/CHR	98,00	48,00	95,00	95,50
CMA	64,30	19,80	00	00
CM	58,90	16,00	00	00
URBAIN	71,50	25,60	95,00	95,50
RURAL	37,40	4,70	00	00
Ensemble	70,10	24,80	95,00	95,50

La mesure de la charge virale est le moyen approprié pour évaluer le succès thérapeutique ou pour faire le diagnostic de l'échec du TARV. Elle est réalisée après 6 mois de traitement puis une fois par an. Si la charge virale n'est pas disponible en routine, le diagnostic de l'échec thérapeutique doit être fait par un suivi du taux de CD4 et un suivi clinique.

Les résultats de l'étude viennent confirmer que la réalisation de la charge virale est seulement réalisée dans les hôpitaux.

7.3.5. Traitement

L'enquête montre que le pourcentage des patients ayant effectué leur réapprovisionnement dans les délais au cours des 6 derniers mois est de 84,5% dans les CHU/CHR, 62% dans les CMA et 24,7% dans les CM. Cependant, selon le milieu d'implantation, il ressort qu'en milieu urbain ce pourcentage est de 56,1% contre 71,2% en milieu rural. Ces résultats sont trouvés dans un contexte de disponibilité satisfaisante des ARV au cours de l'année 2016.

7.3.6. Prophylaxie au cotrimoxazole

Le cotrimoxazole est utilisé pour la prophylaxie des infections opportunistes. Il est mis gratuitement à la disposition des structures de prise en charge médicale pour les patients en indication de mise sous chimio prophylaxie au cotrimoxazole. Pour les patients qui présentent une hypersensibilité aux sulfamides, le cotrimoxazole est remplacé par la dapsons.

Le pourcentage des patients actuellement sous prophylaxie au cotrimoxazole est de 83,1% dans les CHU/CHR, 46,6% dans les CMA et 50,2% pour les CM. Selon le milieu d'implantation, il ressort que les patients étant actuellement sous prophylaxie au cotri est de 57,2% en milieu urbain contre 12,2% en milieu rural.

7.3.8. Traitement de la tuberculose chez les PvVIH

Chez l'ensemble des patients TB/VIH, 9% ont bénéficié du traitement de la tuberculose plus précisément dans les CHU/CHR. Parmi ces bénéficiaires, 89,2% ont terminé leur traitement antituberculeux.

La rationalisation de la prescription des ARV n'est pas satisfaisante. En effet, on constate que 1% des patients ont un traitement ARV non conforme aux directives nationales dans les CHR/CHU contre respectivement 4,2% et 8% dans les CMA et CM.

Tableau 21 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation de la qualité du traitement chez 178) PVVIH

Strate/milieu	Patients ayant effectué leur réapprovisionnement en ARV dans les délais au cours des 6 derniers mois (%)	Patients actuellement en traitement sous prophylaxie au cotri (%)	Patients de co infection TB/VIH qui bénéficient d'un traitement TB (%)	Patients PvVIH/TB actif ayant terminé leur traitement TB (%)	Patients dont le traitement ARV est conforme aux directives nationales (%)
CHU/CHR	84,50	83,10	9,00	89,20	99,00
CMA	62,00	46,60	-	-	95,80
CM	24,70	50,20	-	-	92,00
URBAIN	56,10	57,20	9,00	89,20	95,50
RURAL	71,20	12,20	-	-	94,40
Ensemble	56,70	55,50	9,00	89,20	95,50

A tous les niveaux de soins les patients n'effectuent pas leur réapprovisionnement dans les délais prévus. Le niveau de l'indicateur semble décroître avec le niveau de soins. Il est de 24,7% dans les centres médicaux et de 84,50% dans les CHU/CHR. Les patients vus présentent des traitements non conformes aux directives.

7.4. Score de qualité de la prise en charge des PVVIH

Les scores de qualité de la prise en charge des PVVIH sont calculés suivant les dimensions de la prise en charge.

Tableau 22 : Situation des éléments traceurs entrant dans l'évaluation de la qualité du traitement chez 178) PVVIH

	Score: Disponibilité	Score Diagnostic	Score Prise en charge	Score: Suivi du patient	Score global
CHU/CHR	80,33	93,67	91,76	40,20	66,17
CMA	51,56	70,47	78,51	19,05	42,43
CM	60,64	46,01	58,35	26,79	45,25
URBAIN	61,47	68,83	75,61	26,44	49,09
RURAL	29,56	68,63	82,78	7,82	29,06
Ensemble	60,24	68,82	75,89	25,72	48,32

Le score global de prise en charge des PVVIH est en dessous de 50%. Les différents scores des dimension disponibilité, diagnostic, prise en charge et le suivi des patients sont satisfaisants dans les CHU/CHR comparés aux mêmes indicateurs dans les formations sanitaires de type CMA/CM.

7.5. Commentaire

Les activités de prise en charge de l'infection à VIH dans le secteur de la santé sont réalisées à tous les niveaux de soins. La présente étude sur la qualité de l'offre de soins a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs. De façon spécifique, le score de qualité de diagnostic au niveau des CHR/CHU (93,6%) est satisfaisant. Il en est de même que le traitement (91,7%). Cependant, le score global de qualité de la PECM des PVVIH de 48,3% est loin de la norme de satisfaction (80%) et donne lieu aux discussions ci-dessous.

L'étude a révélé que 24,8% des patients dans l'ensemble des structures bénéficient du dosage des CD4 à six mois après le début du traitement ARV. L'insuffisance de réalisation de cet examen est surtout ressentie dans les CM et CMA (19,8% et 16%). Il en est de même de la réalisation de la charge virale dans ces structures. Ces insuffisances ont en effet été relevées dans les rapports annuels d'activités du PSSLS-IST (43,9% ont bénéficié d'un dosage de CD4 en 2017 pour une norme de 80% et 15,4% pour la charge virale). Cette situation pourrait s'expliquer par l'inaccessibilité des services de santé par les malades et le coût élevé des examens biologiques.

Le plan de décentralisation du suivi biologique en faveur des PV VIH mis en œuvre en 2016 pour améliorer le niveau de cet indicateur rencontre certainement des difficultés d'application.

S'agissant du traitement de la tuberculose chez les PVVIH, seulement 9% des patients co-infectés TB/VIH ont bénéficié du traitement de la tuberculose. Ce résultat qui n'est pas superposable aux données relevées par le PNT (84,2%) pourrait être dû à un faible rapportage de données.

Pour ce qui concerne le retrait des médicaments dans les délais, la présente étude montre que seulement 56,7% des patients se sont réapprovisionnés en ARV dans les délais ce qui est largement en deçà des objectifs de l'OMS (> 95%). Les résultats de cette étude sont similaires à celle sur les Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) de 2017 conduite par le PSSLS-IST. En effet, sur l'ensemble des 26 structures dont les fichiers de dispensation des ARV ont été exploités, seuls les patients d'une structure retirent leurs ARV dans les délais (Rev+ Bobo avec 96%). Cet état de fait pourrait en partie être attribué à l'outil d'analyse des données IAP (fichier Excel de l'OMS) qui ne tient compte uniquement que des délais de 30, 60 ou 90 jours correspondant à 1, 2 ou 3 mois accordés aux malades pour leur réapprovisionnement. L'outil ne tient pas compte des quelques comprimés souvent donnés aux malades pour leur permettre d'éviter les ruptures au cas où ils viendraient à manquer au rendez-vous.

En matière de prescription ARV, l'étude montre qu'il existe à tous les niveaux des insuffisances. En effet, 1% des patients dans les CHU/CHR ont une prescription non conforme aux directives nationales en la matière, 4,2% le sont dans les CMA et 8% dans les CM. Les résultats de cette étude rejoignent ceux sur les IAP 2017 qui révèlent que 69,2% des patients dans les CHR/CHU sont vivants et sous traitement douze mois après le début du traitement ARV pendant que la norme requise est de 85%. Dans les CM/CMA, cet indicateur est de 58,3%.

7.6. Synthèse des résultats et recommandations

7.6.8. Points forts

- Le dosage de CD4 avant le début du traitement ARV est effectué chez 98,0% des patients au niveau des CHR/CHU ;
- la charge virale après six mois est mesurée chez 94,9% des patients et la réalisation du test après 12 mois est effectif chez 95,5% des PVVIH ;
- le score de la qualité clinique du diagnostic de 93,67% dans les CHU/CHR est satisfaisant.

7.6.9. Points à améliorer

- Faible proportion de patients ayant effectué leur dosage de CD4 six (6) mois après le début du traitement ARV,
- faible notification et/ou recherche de la toux chez les PVVIH (54,6%) et de la fièvre (51,4%) dans les CMA/CM,
- existence de patients ayant des traitements ARV non conformes aux directives nationales (1%) dans les CHR/CHU, (4,2%) dans les CMA et (8%) dans les CM,
- faible pourcentage (56,7%) des patients ayant effectué leur réapprovisionnement en ARV dans les délais au cours des 6 derniers mois
- faible recherche active de la tuberculose (68,62%) chez les PvVIH,
- faible pourcentage des patients TB/VIH (9%) ayant bénéficié du traitement de la tuberculose.

7.6.10. Recommandations

Aux prestataires

- ✓ Toujours prescrire et/ou documenter les examens de CD4, du dosage de la charge virale selon les cas et les documenter ;
- ✓ systématiser la recherche de la tuberculose chez les PvVIH à travers l'évaluation de la toux, de l'amaigrissement et tout autre signe de la tuberculose et les notifier ;
- ✓ sensibiliser les patients sur la nécessité du respect du délai de réapprovisionnement en ARV ;
- ✓ améliorer le remplissage des dossiers des patients pris en charge en vue d'améliorer la traçabilité ;
- ✓ respecter les directives en matière de prescription des ARV.

Aux acteurs du programme sectoriel santé de lutte contre le Sida

- ✓ Renforcer la disponibilité en intrants de prise en charge des PVVVIH à tous les niveaux de soins ;
- ✓ renforcer la capacité de suivi des patients aux prestataires à travers la formation, la mise en place des outils de suivi et l'évaluation continue des activités des centres de prise en charge ;
- ✓ encourager les cadres de concertation pour le partage et la validation des données et la co-gestion des patients co-infectés entre les acteurs des CDT et des CDV ;
- ✓ soutenir les actions de sensibilisation réalisées par les associations de lutte contre le VIH/Sida.

CONCLUSION

La première édition de l'étude QoC a consisté à l'évaluation de la qualité des prestations de soins visant quatre (04) modules de soins à savoir le paludisme, la tuberculose, la PTME et la prise en charge des PVVIH. Il s'est agi d'une étude transversale avec une revue documentaire des données de prestation de soins au cours de l'année 2016, période couverte par l'étude sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des formations sanitaires (SARA). Elle a permis de calculer des scores de qualité technique des soins au regard de la disponibilité évaluée par SARA et se tient à une analyse descriptive et non explicative du niveau de qualité par la disponibilité. Des outils développés par l'OMS ont été adaptés au contexte de mise en œuvre des programmes de santé au Burkina Faso et utilisés à cet effet.

Les données ont été analysées conformément à un plan d'analyse avec des estimations significatives au seuil de 5%. Les interprétations des résultats sont faites suivant les types de formations sanitaires pour la grande majorité, du fait des variabilités en capacité de prise en charge des cas. L'échantillon de formations sanitaires évaluées est un sous échantillon tiré de manière probabiliste des formations sanitaires évaluées dans le cadre de SARA. Cependant le nombre de patients inclus dans l'étude sont ceux exclusivement vus dans la période objet de l'évaluation du module de soins et ne saurait être représentatif de l'ensemble des patients vus en 2016.

Des résultats, il ressort que certaines pratiques de soins sont satisfaisantes. Il s'agit entre autres du diagnostic à travers la recherche des signes de gravité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, de la prescription des antipaludiques, du dépistage du VIH chez les femmes vues en CPN qui ont des scores satisfaisants. De multiples insuffisances demeurent tant au niveau de la pratique des prestataires qu'au niveau des actions des structures de gestion des programmes.

Au regard de cela, des recommandations ont été formulées et les acteurs doivent donc exploiter en les déclinant en actions concrètes à mettre en œuvre à tous les niveaux du système afin d'améliorer le niveau de la qualité des soins au profit des populations.

L'étude QoC a connu un succès tant dans sa phase préparatoire que dans sa phase de mise en œuvre sur le terrain et c'est l'occasion d'en faire mention dans ce rapport afin que les résultats soient vus comme la résultante des efforts de l'ensemble des acteurs techniques, financiers ainsi que des bénéficiaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- INSD, Recensement Général de la population et de l'habitation, 2006
- Ministère de l'économie et des finances, PNDES, 2016
- Ministère de la santé, rapport sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des formations sanitaires, 2016
- OMS, Health facility Survey, tool to evaluate the quality of care delivered to sick children attending outpatient facilities, 2003
- ONUSIDA, rapport sur l'épidémie de Sida, 2015
- Ministère de la Santé, Annuaire statistique 2016

Annexe

Annexe 1 : Questionnaire

MINISTERE DE LA SANTE

=====

SECRETARIAT GENERAL

=====

DIRECTION GENERALE DES ETUDES
ET DES STATISTIQUES SECTORIELLES

=====

DIRECTION DES STATISTIQUES SECTORIELLES

BURKINA FASO

Unité – Progrès - Justice

QUESTIONNAIRES ENQUETE QUALITE DES PRESTATIONS



=====

SECTION 1 : PAGE DE GARDE				
<u>VISITE DE L'ENQUÊTEUR</u>				
001	S'agit-il d'une collecte pour enquête ou d'une collecte pour contre-enquête ?		COLLECTE DE DONNÉES POUR ENQUETE.....	1
			COLLECTE DE DONNÉES POUR CONTRE-ENQUETE.....	2
<u>IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE</u>				
002	Nom de la FS :		Numéro d'identification de la FS	
	Type de la FS : /___/ 1. CHU, 2. CHR, 3. CMA, 4. CM, 5. CSPS Milieu d'implantation : /___/ 1. Urbain, 2. Rural Région : /___/___/ District sanitaire : /___/___/		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
03 Date	1	2	3	VISITE FINALE <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> JOUR MOIS ANNEE N° EQUIPE </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> </div> </div>
04 Nom et prénoms des enquêteurs				
9301a	HEURE DE DÉBUT DE LA REVUE DOCUMENTAIRE (utiliser le système de temps sur 24 heures)		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

SECTION 2

MODULE 1 : PALUDISME

RENSEIGNER TOUTES LES INFORMATIONS SUR LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ CONFORMEMENT AU TABLEAU D'ÉCHANTILLONNAGE

1000	01 OFFRE DES SERVICES DE SOINS CURATIFS OUI 		02 N'OFFRE PAS DES SERVICES DE SOINS CURATIFS : NON 		FIN
	MOIS A PRENDRE EN COMPTE (26 NOVEMBRE AU 25 AOÛT 2016) (a)		NOMBRE TOTAL DE PATIENTS RECUS EN CONSULTATION CURATIVE AU COURS DES 3 MOIS (b)		NOMBRE DE PATIENTS REpondant AUX CRITERES D'ELIGIBILITE (c)
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
RENSEIGNEMENTS POUR UN ÉCHANTILLONNAGE SYSTÉMATIQUE					
02. Intervalle d'échantillonnage Tous les _____ patients doivent être évalués			03. Enregistrer le numéro de départ de la sélection aléatoire : Numéro de départ : _____		
NOMBRE DE PATIENTS SELECTIONNÉS A L'ORIGNE PUIS REMPLACÉS EN RAISON D'ABSENCE DE REGISTRE DE MEO OU HOSPITALISATION/DOSSIER : _____			NOMBRE DE REMPLACEMENT : _____ <input type="text"/>		
			AUCUN REMPLACEMENT : _____ <input type="text"/>		

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PATIENT (À L'AIDE DES INFORMATIONS DU REGISTRE ET/OU DE LA BASE DE DONNÉES OU DU DOSSIER DU PATIENT)								
1102	QUESTIONS	PATIENT 1	PATIENT 2	PATIENT 3	PATIENT 4	PATIENT 5	PATIENT 6	SOURCES DE VERIFICATION
		a	b	c	d	e	f	
TENUE DES SUPPORTS								
01	Le registre/dossier du patient est-il disponible ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Formation sanitaire
A EXAMEN CLINIQUE								
01	Les résultats des examens cliniques sont-ils documentés ?	OUI 1 NON 2 → B	OUI 1 NON 2 → B	OUI 1 NON 2 → B	OUI 1 NON 2 → B	OUI 1 NON 2 → B	OUI 1 NON 2 → B	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
02	Quelle était la température du patient ?	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NSP 98	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NSP 98	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NSP 98	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NSP 98	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NSP 98	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
B APPRECIATION DES SYMPTÔMES [ENCERCLER «NON» « OUI » « NSP » S'IL N'EXISTE AUCUNE INFORMATION RELATIVE A LA QUESTION.								
01	Les symptômes que présentait le patient, sont-ils documentés ?	OUI 1 NON 2 → C	OUI 1 NON 2 → C	OUI 1 NON 2 → C	OUI 1 NON 2 → C	OUI 1 NON 2 → C	OUI 1 NON 2 → C	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
02	Le patient était-il anémié (pâleur) ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
03	Le patient présentait-il des signes de fatigue (léthargie) ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
04	Le patient présentait-il des signes de fièvre (fièvre, antécédents de fièvre ou corps chaud) ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
C DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME								
01	Un test sanguin du paludisme a-t-il été	OUI 1 NON 2 → 05	OUI 1 NON 2 → 05	OUI 1 NON 2 → 05	OUI 1 NON 2 → 05	OUI 1 NON 2 → 05	OUI 1 NON 2 → 05	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU

	prescrit ou effectué ? (TDR ou GE/FS)							
02	Quel est le test qui a été réalisé ?	TDR 1 GE/FS 2 Autres tests ... 3	TDR 1 GE/FS 2 Autres tests ... 3	TDR 1 GE/FS 2 Autres tests 3	TDR 1 GE/FS 2 Autres tests ... 3	TDR 1 GE/FS 2 Autres tests 3	TDR 1 GE/FS 2 Autres tests 3	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
03	Quel est le résultat du test ?	POSITIF..1→06 NEGATIF..2→05 NSP 98	POSITIF..1→06 NEGATIF..2→05 NSP 98	POSITIF..1→06 NEGATIF..2→05 NSP 98	POSITIF ..1→06 NEGATIF .2→05 NSP 98	POSITIF ...1→06 NEGATIF..2→05 NSP 98	POSITIF ...1→06 NEGATIF...2→05 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU Registre de laboratoire
04	Quels ont été les résultats des analyses de sang du paludisme consignés dans le registre de laboratoire ?	POSITIF1→06 NEGATIF2→05 NSP 98	POSITIF ..1→06 NEGATIF..2→05 NSP 98	POSITIF1..→06 NEGATIF .2→05 NSP 98	POSITIF ..1→06 NEGATIF .2→05 NSP 98	POSITIF ...1→06 NEGATIF..2→05 NSP 98	POSITIF ...1→06 NEGATIF...2→05 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU Registre de laboratoire
05	Le paludisme a-t-il été diagnostiqué sur la base de signe clinique ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
06	Un antipaludique a-t-il été prescrit ou fourni ?	OUI 1 NON.....2→10 NSP 98→10	OUI 1 NON 2→10 NSP 98→10	OUI 1 NON.....2→10 NSP 98→10	OUI 1 NON 2→10 NSP 98→10	OUI 1 NON.....2→10 NSP 98→10	OUI 1 NON.....2→10 NSP 98→10	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
07	Si PS, un ACT a-t-il été prescrit ou fourni ? Si PG, l'artésunate/ artéméther inj ou la quinine inj a-t-il été prescrit ou fourni?	OUI 1 NON.....2→08 NSP 98→08	OUI 1 NON 2→08 NSP 98→08	OUI 1 NON.....2→08 NSP 98→08	OUI 1 NON 2→08 NSP 98→08	OUI 1 NON.....2→08 NSP 98→08	OUI 1 NON.....2→08 NSP 98→08	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
08	Le traitement a-t-il été prescrit / fourni selon les directives nationales?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
09	D'autres médicaments antipaludiques ont-ils été prescrits ou fournis?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Registre CE Dossier du malade Fiche PCIME/TETU
10	HEURE DE FIN DE LA REVUE DOCUMENTAIRE (utiliser le système de temps sur 24 heures)				<div> <div></div> <div></div> </div> : <div> <div></div> <div></div> </div>			enquêteur

11	ENCERCLER LA LETTRE POUR CHAQUE TYPE DE DOSSIER UTILISÉ POUR COLLECTER DES INFORMATIONS SUR LE PALUDISME POUR CETTE STRUCTURE	<p>SOURCES DOCUMENTAIRES</p> <p>REGISTRE DE COUNSULTATION JOURNALIEREA</p> <p>REGISTRE/FICHE PCIMEB</p> <p>REGISTRE DE MISE EN OBSERVATION C</p> <p>REGISTRE D'HOSPITALISATIOND</p> <p>REGISTRE DE LABORATOIRE E</p> <p>DOSSIER PATIENT.....F</p> <p>AUTRES</p> <p>.....W</p> <p>(A PRECISER)</p>		
----	---	---	--	--

1103 Commentaires:

.....

.....

.....

.....

MODULE 2 : PTME

PREALABLE : FAIRE UNE REVUE DOCUMENTAIRE DES CAS DE CPN ET RETENIR COMME ELIGIBLE A L'ETUDE, TOUTE FEMME VUE EN CPN1



1000	01 OFFRE DES SERVICES DE CPN OUI	03 N'OFFRE PAS DES SERVICES DE CPN NON	FIN			
1200	02 OFFRE DES SERVICES DE PTME OUI	03 N'OFFRE PAS DES SERVICES DE PTME NON	FIN			
1201	SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON : IDENTIFIER LE DOCUMENT SOURCE POUR LES ENREGISTREMENTS ET LISTER LES FEMMES ENCEINTES ELIGIBLES SUR LA LISTE. L'INCLUSION Examiner le registre de la CPN et identifier 08 femmes qui répondent aux critères d'inclusion. Sélectionnez au hasard 1 ou 2 comme point de départ, puis sélectionnez toutes les autres femmes (jusqu'à un maximum de 04) pour l'examen des dossiers					
01	PERIODE A PRENDRE EN COMPTE (26 FEVRIER AU 25 MAI 2016) (a)	NOMBRE DE PATIENTS REpondant AUX CRITERES D'ELIGIBILITE 				
	02. Intervalle d'échantillonnage (pas de sondage) :	03. Enregistrer le numéro de départ de la sélection aléatoire : Numéro de départ:				
04	NOMBRE DE PATIENTES ELIGIBLES IDENTIFIÉES	 				
05	NOMBRE DE PATIENTS SELECTIONNÉS A L'ORIGINE PUIS REMPLACÉS EN RAISON DES DONNEES MANQUANTES	NOMBRE DE REMPLACEMENT..... AUCUN REMPLACEMENT..... 				
1202	VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE FEMME (À L'AIDE DES INFORMATIONS DU REGISTRE ET / OU DE LA BASE DE DONNÉES OU DU DOSSIER DE LA FEMME)					
	QUESTION	FEMME ENCEINTE 1	FEMME ENCEINTE 2	FEMME ENCEINTE 3	FEMME ENCEINTE 4	SOURCES DE VERIFICATION
	a	b	c	d	e	

1202	VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE FEMME (À L'AIDE DES INFORMATIONS DU REGISTRE ET / OU DE LA BASE DE DONNÉES OU DU DOSSIER DE LA FEMME)					
01	La FE était-elle sous traitement ARV avant la CPN ?	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	Dossier mère – enfant Registre PTME
02	La FE a-t-elle bénéficié d'un dépistage ou a-t-elle été référée pour le dépistage du VIH au cours de la CPN ?	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	Dossier mère – enfant Registre de CPN Registre PTME
03	La FE a-t-elle reçu les résultats de son test ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Dossier mère – enfant Registre de CPN Registre PTME
04	Quel est le résultat du premier test de la FE au cours de la CPN ?	POSITIF 1 →08 NEGATIF 2 NSP 98→14	POSITIF 1 →08 NEGATIF 2 NSP 98→14	POSITIF 1 →08 NEGATIF 2 NSP 98→14	POSITIF 1 →08 NEGATIF 2 NSP 98→14	Dossier mère – enfant Registre de CPN Registre PTME
05	La FE a-t-elle bénéficié d'une autre CPN 12 semaines ou plus après un résultat négatif au dépistage du VIH ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Dossier mère – enfant Registre de CPN Registre PTME
06	La FE a-t-elle bénéficié d'un second test au troisième trimestre de la grossesse ?	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	OUI 1 NON 2→14 NSP 98→14	Dossier mère – enfant Registre de CPN Registre PTME
07	Quel est le résultat du deuxième test de la FE ?	POSITIF 1 NEGATIF 2→14 NSP 98→14	POSITIF 1 NEGATIF 2→13 NSP 98→13	POSITIF 1 NEGATIF 2→13 NSP 98→13	POSITIF 1 NEGATIF 2→13 NSP 98→13	Dossier mère – enfant Registre de CPN Registre PTME
08	La femme séropositive a-t-elle commencé le traitement ARV au cours de la grossesse ?	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	OUI 1→13 NON 2 NSP 98	Dossier mère – enfant
09	La femme séropositive a-t-elle été mise sous traitement antirétroviral préventif et non sous traitement ARV permanent ?	OUI 1 NON 2→11 NSP 98→11	OUI 1 NON 2→11 NSP 98→11	OUI 1 NON 2→11 NSP 98→11	OUI 1 NON 2→11 NSP 98→11	Dossier mère – enfant

1202	VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE FEMME (À L'AIDE DES INFORMATIONS DU REGISTRE ET / OU DE LA BASE DE DONNÉES OU DU DOSSIER DE LA FEMME)					
10	Quel schéma prophylactique ARV a été donné à la femme ?	SCHEMA DE 3 ARV...1 SCHEMA DE MOINS DE 3 ARV.....2 NSP.....98	SCHEMA DE 3 ARV...1 SCHEMA DE MOINS DE 3 ARV.....2 NSP.....98	SCHEMA DE 3 ARV...1 SCHEMA DE MOINS DE 3 ARV.....2 NSP.....98	SCHEMA DE 3 ARV...1 SCHEMA DE MOINS DE 3 ARV.....2 NSP.....98	Dossier mère – enfant
11	La mise sous ARV de la femme séropositive a-t-elle été encadrée par un médecin de la file active (pour les CSPS)	OUI 1 NON..... 2→13 NSP 98→13	OUI 1 NON 2→13 NSP 98→13	OUI 1 NON 2→13 NSP 98→13	OUI 1 NON 2→13 NSP 98→13	Dossier mère – enfant
12	La femme a-t-elle commencé un traitement ARV à vie après l'accouchement ?	OUI 1→1203 NON..... 2 NSP 98	OUI1→1203 NON 2 NSP 98	OUI 1→1203 NON 2 NSP 98	OUI 1→1203 NON 2 NSP 98	Dossier mère – enfant
13	La femme a-t-elle reçu un traitement préventif au Cotri ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Dossier mère – enfant
14	Le statut sérologique du partenaire est-il enregistré ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Dossier mère – enfant
15	Existe-t-il un document attestant que le test VIH a été proposé au partenaire de la FE ?	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Dossier mère – enfant Registre PTME

1203 Commentaires :

MODULE 3 : TUBERCULOSE (Nouveaux cas et rechutes)

1500	OFFRE DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE 	N'OFFRE PAS DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE 	FIN
CRITERES D'EXCLUSION : TOUS LES PATIENTS QUI ONT ABANDONNÉ AVANT 6 MOIS DE TRAITEMENT OU QUI ONT ÉTÉ RÉFÉRÉS POUR LE TRAITEMENT DE MEME QUE LES CAS PHARMACORESISTANT			
1501 SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON : IDENTIFIER LE DOCUMENT SOURCE (REGISTRE DE TRAITEMENT) POUR LES ENREGISTREMENTS ET NUMEROTER LES PATIENTS ELIGIBLES			
9301	PERIODE A PRENDRE EN COMPTE (26 NOVEMBRE AU 25 MAI 2016) (a)	NOMBRE DE PATIENTS REpondant AUX CRITERES D'ELIGIBILITE <input type="text"/> <input type="text"/> (b)	
RENSEIGNEMENTS POUR UN ÉCHANTILLONAGE SYSTÉMATIQUE			
01	02. Intervalle d'échantillonnage (pas de sondage) : NOMBRE DE PATIENTS SELECTIONNÉS A L'ORIGINE PUIS REMPLACÉS EN RAISON DES DONNEES MANQUANTES <input type="text"/>	03. Enregistrer le numéro de départ de la sélection aléatoire : Numéro de départ: NOMBRE DE REMPLACEMENT <input type="text"/> AUCUN REMPLACEMENT..... <input type="text"/>	
01	ENCERCLER LE NUMÉRO POUR LE TYPE DE SERVICES DE LA TB OFFERT PAR LA FORMATION SANITAIRE	APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENT, SUIVI DES PATIENTS ET DE L'OBSERVANCE (pas de prescription de médicaments, pas de suivi biologique) 1 PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX, SUIVI BIOLOGIQUE MAIS PAS DE SUIVI DE L'OBSERVANCE 2→03 OFFRE DES TROIS SERVICES : DIAGNOSTIC, PRESCRIPTION, SUIVI BIOLOGIQUE ET DE L'OBSERVANCE .. 3→03	
02	L'information est-elle disponible pour identifier les patients éligibles?	OUI..... 1 NON..... 2→Fin	

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PATIENT (À L'AIDE DES INFORMATIONS DU REGISTRE ET / OU DE LA BASE DE DONNÉES OU DU DOSSIER DU PATIENT)

1502	QUESTIONS	PATIENT 1	PATIENT 2	PATIENT 3	SOURCE DE VRFICATION
	a	b	c	d	
01	Existe –t-il une fiche/dossier individuel ?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	Formation sanitaire
02	Nombre de mois de traitement TB bouclé	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP..... 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
03	Le diagnostic du patient était-il basé sur 2 échantillons d'expectoration positifs ?	OUI.....1→07 NON 2 NSP..... 98	OUI1→07 NON..... 2 NSP 98	OUI 1→07 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
04	Le diagnostic du patient était-il basé sur 1 échantillon d'expectoration positif ?	OUI.....1→07 NON 2 NSP..... 98	OUI1→07 NON..... 2 NSP 98	OUI 1→07 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
05	Le diagnostic du patient était-il basé sur le test de diagnostic rapide Xpert MTB / RIF ? ⁸	OUI.....1→07 NON 2 NSP..... 98	OUI1→07 NON..... 2 NSP 98	OUI 1→07 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
06	Le diagnostic du patient était-il basé sur des antécédents cliniques?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
07	Nombre de jours entre le diagnostic et le début du traitement (le jour du diagnostic est le "jour 0")	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> MEME JOUR 00 NSP..... 98	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> MEME JOUR 00 NSP 98	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> MEME JOUR 00 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
08	Le schéma thérapeutique de première ligne a-t-il été prescrit?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement
09	Le patient a-t-il eu des jours sans traitement ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement

⁸ If clinically diagnosed cases are not included in the sample make all 3 responses skip to '07'.

10	Est-ce que le patient présente l'une des situations suivantes ?	Rechute..... 1 Nouveau cas 2 NSP..... 98	Rechute 1 Nouveau cas..... 2 NSP 98	Rechute 1 Nouveau cas..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement
11	Un test de sensibilité à la rifampicine a-t-il été prescrit ou réalisé ?	OUI..... 1 NON2→13 NSP98→13	OUI 1 NON2→13 NSP98→13	OUI 1 NON 2→13 NSP 98→13	Fiche de traitement du patient Registre de traitement
12	Le test de sensibilité aux médicaments était-il négatif, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de résistance aux médicaments ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement
13	Le schéma thérapeutique de deuxième ligne a-t-il été prescrit ⁹ ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement
14	Existe-t-il un résultat de dépistage du test VIH pour le patient ?	OUI..... 1 NON2→19	OUI 1 NON2→19	OUI 1 NON 2→19	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
15	Le patient était-il VIH positif ?	OUI..... 1 NON2→19	OUI 1 NON2→19	OUI 1 NON 2→19	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de laboratoire pour la Tuberculose
16	Le patient a-t-il commencé un TARV ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de la file active
17	Le patient est-il éligible pour la prophylaxie au Cotri ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Registre de la file active Dossier individuel Cahier de suivi ARV
18	Est-ce que le dossier montre que le patient est mis sous prophylaxie au cotri (CTX) ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Registre de la file active Dossier individuel Cahier de suivi ARV
19	Les résultats de la microscopie d'expectoration ont-ils été documentés pour le 2ème mois de traitement ?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Dossier individuel

⁹ Country adapt the 2nd line regimen to be checked.

20	Les résultats de la microscopie d'expectoration ont-ils été documentés pour le 5ème mois de traitement ?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Dossier individuel
21	Les résultats de la microscopie d'expectoration ont-ils été documenté pour le dernier mois de traitement?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Dossier individuel
22a	A-t-on mesuré ou évalué cliniquement le changement de poids à la dernière consultation?	OUI..... 1 NON2→23	OUI 1 NON.....2→23	OUI 1 NON..... 2→23	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Dossier individuel
22b	Existe-t-il une courbe de croissance pour les enfants de moins de 5 ans?	OUI..... 1 NON2→23 PATIENT DE PLUS DE 5 ANS95→23	OUI 1 NON.....2→23 PATIENT DE PLUS DE 5 ANS95→23	OUI 1 NON..... 2→23 PATIENT DE PLUS DE 5 ANS 95→23	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Dossier individuel
22c	La courbe est-elle spécifique au sexe?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Dossier individuel
22d	Le poids le plus récent est-il inscrit sur la courbe ?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Dossier individuel
23	Une évaluation clinique des changements de symptômes est-elle documentée à chaque consultation ?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	Fiche de traitement du patient Registre de traitement Registre de consultation du CDT Dossier individuel
24	Une liste des sujets contacts du patient est-elle disponible ?	OUI..... 1 NON2→29	OUI 1 NON.....2→29	OUI 1 NON..... 2→29	Registre de sujet contact
25	Y-a-t-il des enfants <5 sur la liste des contacts ?	OUI..... 1 NON2→28 NSP98→28	OUI 1 NON.....2→28 NSP98→28	OUI 1 NON..... 2→28 NSP 98→28	Registre de sujet contact
26	Tous les enfants <5 de la liste des sujets contacts ont-ils été dépistés?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Registre de laboratoire pour la Tuberculose Registre de collecte de crachat Registre de traitement
27	Est-ce que tous les enfants <5 sur la liste de contacts ont commencé un traitement préventif ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	OUI 1 NON..... 2 NSP 98	Registre de laboratoire pour la Tuberculose Registre de collecte de crachat Registre de traitement

28	Tous les membres du ménage du patient ont-ils fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose ?	OUI1→30 NON 2 NSP 98	OUI1→30 NON 2 NSP 98	OUI 1→30 NON 2 NSP 98	Registre de laboratoire pour la Tuberculose Registre de collecte de crachat Registre de traitement
29	Au moins un membre du ménage a-t-il été dépisté pour la tuberculose ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Registre de laboratoire pour la Tuberculose Registre de collecte de crachat Registre de traitement

30	ENCERCLER LA LETTRE POUR CHAQUE TYPE DE DOSSIER UTILISÉ POUR COLLECTER DES INFORMATIONS SUR LA TB POUR CETTE STRUCTURE	SOURCES DOCUMENTAIRES REGISTRE DE COUNSELING A REGISTRE DE PRETRAITEMENT ARV B REGISTRE DE MISE SOUS TAR C FICHE/CARTE INDIVIDUELLE DE TAR..... D REGISTRE DE TRAITEMENT DE LA TB E FICHE/CARTE INDIVIDUELLE DE TRAITEMENT DE LA TB..... F REGISTRE OU BASE DE DONNEES POUR LE LABO..... I REGISTRE OU BASE DE DONNEES POUR LA PHARMACIE..... J AUTRES W (A PRECISER)
----	--	---

Q1503 Commentaires:

.....

.....

MODULE 4 : TRAITEMENT ANTIRETORVIRAL DU VIH

ELIGIBILITE : PATIENTS DE LA FILE ACTIVE AYANT ETE MIS SOUS TARV A PARTIR DE 2016 AVEC AU MOINS 06 MOIS DE TRAITEMENT			
1400	OFFRE DE SERVICE DE TRAITEMENT ARV OUI	N'OFFRE PAS DE SERVICE DE TRAITEMENT ARV NON	→FIN

9301	MOIS A PRENDRE EN COMPTE (26 DECEMBRE 2015 AU 25 NOVEMBRE 2016) (a)	NOMBRE TOTAL DE PATIENTS MIS SOUS ARV AU COURS DE LA PERIODE (2016) (b)	NOMBRE DE PATIENTS REpondANT AUX CRITERES D'ELIGIBILITE (c)
		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
RENSEIGNEMENTS POUR UN ÉCHANTILLONAGE SYSTÉMATIQUE			
02. <i>Intervalle d'échantillonnage</i> Tous les patients doivent être évalués.		03. Enregistrer le numéro de départ de la sélection aléatoire : Numéro de départ :	
1401 SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON : Examiner le registre de TARV et identifier 06 patients qui ont au moins 6 mois de TARV en 2016. Sélectionnez au hasard 1 ou 2 comme point de départ, puis sélectionnez tous les autres patients (jusqu'à un maximum de 3) pour l'examen des dossiers			
01	NOMBRE DE PATIENTS ELIGIBLES IDENTIFIÉS	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
02	NOMBRE DE PATIENTS SELECTIONNÉS A L'ORIGINE PUIS REPLACÉS EN RAISON DES DONNEES MANQUANTES	NOMBRE DE REMPLACEMENT..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AUCUN REMPLACEMENT..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

1402	QUESTIONS	PATIENT 1	PATIENT 2	PATIENT 3	SOURCE DE VERIFICATION
	a	b	c	d	
01	Existe-t-il une fiche/dossier individuel ?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	Formation sanitaire
02	La fiche (ou le dossier) est-elle (ou est-il) à jour ?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	Fiche/dossier individuel
03	Patient avait-il reçu un counseling ?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	Registre de counseling Fiche de traitement Dossier individuel du patient
04	Depuis combien de mois le patient est-il sous TARV ?	<div><div></div><div></div><div></div></div> NSP 98	<div><div></div><div></div><div></div></div> NSP 98	<div><div></div><div></div><div></div></div> NSP 98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
05	Un test de confirmation du diagnostic a-t-il été effectué avant que le patient commence le TARV ?	OUI.....1 NON.....2 NSP98	OUI.....1 NON.....2 NSP98	OUI.....1 NON.....2 NSP98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
06	Le dosage des CD4 a-t-il été effectué avant le début du TARV ?	OUI.....1 NON.....2 NSP98	OUI.....1 NON.....2 NSP98	OUI.....1 NON.....2 NSP98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
07	Le dosage des CD4 a-t-il été effectué au cours des 6 premiers mois de TARV ?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
08	La charge virale du patient est-elle mesurée périodiquement (selon le protocole) ?	OUI.....1 NON2→13	OUI.....1 NON2→13	OUI.....1 NON2→13	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
09	La charge virale du patient a-t-elle été mesurée à 6 mois de TARV ?	OUI.....1 NON2	OUI.....1 NON2	OUI.....1 NON2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
10	La charge virale du patient a-t-elle été mesurée à 12 mois de TARV ?	OUI.....1 NON2 NON APPLICABLE.....95	OUI.....1 NON2 NON APPLICABLE.....95	OUI.....1 NON2 NON APPLICABLE.....95	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
11	Quel était le résultat de la charge virale la plus récente du patient ?	DéTECTABLE 1 INDÉTECTABLE 2 NSP 98→13	DéTECTABLE 1 INDÉTECTABLE 2 NSP98→13	DéTECTABLE 1 INDÉTECTABLE.....2 NSP98→13	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
12	La charge virale était-elle supérieure ou égale à 1000 ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient

13	Un bilan biologique complet après 6 mois de traitement est-il fait ? (NFS)	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
14	L'amélioration de l'observance ou la résistance aux médicaments sont-elles notées ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
15	Des informations sur l'observance au traitement sont-elles disponibles pour la dernière consultation ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient Base de données ESOPE
16	Le patient a-t-il retiré son traitement dans le délai ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient Base de données ESOPE Registre de pharmacie
17	Le patient est-il éligible pour la prophylaxie au Cotri ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
18	Est-ce que le dossier montre que le patient est actuellement sous prophylaxie au cotri (CTX) ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
19	Existe-t-il des documents attestant que le patient a été examiné pour la toux lors de la dernière consultation dans la période objet de l'évaluation ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
20	Y a-t-il des informations sur la mesure de la température ou des antécédents de la fièvre au cours de la dernière consultation ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
21	Y a-t-il des informations sur la mesure du poids ou sur des antécédents de perte de poids au cours de la dernière consultation ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
22	Le patient a-t-il bénéficié d'un test de TB lors de la dernière consultation ?	OUI 1 NON 2 → 26	OUI 1 NON 2 → 26	OUI 1 NON 2 → 26	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
23	Quel était le statut du patient vis-à-vis de la tuberculose la dernière fois qu'il a été documenté ?	NEGATIF 1 → 26 POSITIF 2 NSP 98	NEGATIF 1 → 26 POSITIF 2 NSP 98	NEGATIF 1 → 26 POSITIF 2 NSP 98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient

24	Le patient est-il actuellement sous traitement de la tuberculose ?	OUI 1→26 NON 2 NSP 98	OUI1→26 NON 2 NSP 98	OUI.....1→26 NON 2 NSP.....98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
25	Le patient co-infecté a-t-il terminé son traitement TB?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	Fiche de traitement Dossier individuel du patient
26	Le traitement ARV du patient est-il conforme aux directives nationales ?	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	OUI 1 NON 2 NSP 98	Fiche de traitement Dossier individuel du patient

1403	ENCERCLER LA LETTRE POUR CHAQUE TYPE DE DOCUMENT UTILISÉ POUR COLLECTER DES INFORMATIONS SUR LE TARV POUR CETTE STRUCTURE	TYPE DE REGISTRE REGISTRE DE COUNSELING..... A REGISTRE DE PRE-TARV B REGISTRE DE TRAITEMENT ARV C FICHE/CARTE/DOSSIER INDIVIDUEL DE TARV..... D REGISTRE TUBERCULOSE E FICHE/CARTE INDIVIDUELLE DE LA TB..... F FICHE/CARTE INDIVIDUELLE DE TRAITEMENT DES IO..... G BASE DE DONNES INFORMATISEE..... H REGISTRE OU BASE DE DONNEES DU LABORATOIRE..... I REGISTRE OU BASE DE DONNEES DE LA PHARMACIE J Autre W (à préciser)
10	HEURE DE FIN DE LA REVUE DOCUMENTAIRE (utiliser le système de temps sur 24 heures)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> : <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

1404 Commentaires:

.....

.....

.....

Cachet et signature du responsable de la FS

FICHE D'ECHANTILLONNAGE

Date :

DRS.....

DISTRICT SANITAIRE DE

NOM DE LA FORMATION SANITAIRE.....

MODULE_PALU/_____/TUBERCULOSE/_____/TARV/_____/PTME/_____/

TOTAL DES PATIENTS AU COURS DE LA PERIODE.....

TOTAL PATIENTS ELIGIBLES.....

PAS D'ECHANTILLONNAGE.....

NUMERO DU PATIENT DE DEPART.....

Numéro affecté au Registre	Numéro d'enregistrement / mois (selon le registre)	Numéro attribué lors du décompte	Si échantillon de départ cocher	Si échantillon de remplacement cocher	OBSERVATIONS

NB : EN OBSERVATIONS, APPORTER TOUTE PRECISION PERMETTANT DE RETROUVER LE PATIENT.

Annexe 3

LISTE DES FORMATIONS SANITAIRES POUR L'ENQUETE QoC 2017

N°	CODES	REGION	DISTRICTS	COMMUNE	NOM DE LA FORMATION SANITAIRE	TYPE	STATUT
1	010801	Boucle du Mouhoun	Boromo	Boromo	CMA Boromo	CMA	Public
2	010802	Boucle du Mouhoun	Boromo	Bagassi	CSPS Vy	CSPS	Public
3	0101	Boucle du Mouhoun	Dedougou	Dedougou	CHR Dedougou	CHR	Public
4	011604	Boucle du Mouhoun	Dédougou	Kona	CSPS Dangouna	CSPS	Public
5	014401	Boucle du Mouhoun	Nouna	Nouna	CMA Nouna	CMA	Public
6	014406	Boucle du Mouhoun	Nouna	Dokuy	CSPS Gassingo	CSPS	Public
7	015901	Boucle du Mouhoun	Solenzo	Solenzo	CMA (Solenzo)	CMA	Public
8	016401	Boucle du Mouhoun	Toma	Toma	CMA Toma	CMA	Public
9	016402	Boucle du Mouhoun	Toma	Gassan	CSPS de Tissi	CSPS	Public
10	016501	Boucle du Mouhoun	Tougan	Tougan	CMA Tougan	CMA	Public
11	016502	Boucle du Mouhoun	Tougan	Kiembara	CM Kiembara	CM	Public
12	020102	Cascades	Banfora	Banfora	CM Urbain de Banfora	CM	Public
13	020103	Cascades	Banfora	Niangoloko	CM Niangoloko	CM	Public
14	020105	Cascades	Banfora	Banfora	CSPS Karfiguéla	CSPS	Public
15	020113	Cascades	Banfora	Tiéfora	CSPS Boussanra	CSPS	Public
16	023901	Cascades	Mangodara	Sidéradougou	CM Sidéradougou	CM	Public
17	023906	Cascades	Mangodara	Sidéradougou	CSPS Faradjan	CSPS	Public
18	025801	Cascades	Sindou	Sindou	CMA Sindou	CMA	Public
19	025809	Cascades	Sindou	Niankorodougou	CSPS Zégnédougou	CSPS	Public
20	030701	Centre	Bogodogo	Bogodogo	HD de Bogodogo (ex-Secteur 30)	CMA	Public
21	030708	Centre	Bogodogo	Bogodogo	CSPS Dassasgho	CSPS	Public
22	030717	Centre	Bogodogo	Saaba	CM Saaba	CM	Public

23	030901	Centre	Boulmiougou	Boulmiougou	CMA Pissy	CMA	Public
24	030909	Centre	Boulmiougou	Tanghin Dassouri	CM Tanghin Dassouri	CM	Public
25	030910	Centre	Boulmiougou	Boulmiougou	CSPS Boassa	CSPS	Public
26	030920	Centre	Boulmiougou	Tanghin Dassouri	CSPS Lougsi	CSPS	Public
27	034301	Centre	Nongre-Massom	Nongre-Massom	CMA Kossodo	CMA	Public
28	035705	Centre	Sig-Nonghin	Pabré	CSPS de Bilgo	CSPS	Public
29	040501	Centre-Est	Bittou	Bittou	CMA Bittou	CMA	Public
30	042401	Centre-Est	Garango	Garango	CMA Garango	CMA	Public
31	042405	Centre-Est	Garango	Komtoèga	CSPS Komtoèga	CSPS	Public
32	043501	Centre-Est	Koupéla	Koupéla	CMA Koupéla	CMA	Public
33	043513	Centre-Est	Koupéla	Tensobentenga	CSPS Zéologhin	CSPS	Public
34	044701	Centre-Est	Ouargaye	Ouargaye	CMA Ouargaye	CMA	Public
35	045001	Centre-Est	Pouytenga	Pouytenga	CMA Pouytenga	CMA	Public
36	046101	Centre-Est	Tenkodogo	Tenkodogo	CHR Tenkodogo	CHR	Public
37	046103	Centre-Est	Tenkodogo	Bagré	CSPS Bagré V2	CSPS	Public
38	046801	Centre-Est	Zabré	Zabré	CMA Zabré	CMA	Public
39	046802	Centre-Est	Zabré	Zabré	CSPS Béka	CSPS	Public
40	050201	Centre-Nord	Barsalogho	Barsalogho	CMA Barsalogho	CMA	Public
41	051001	Centre-Nord	Boulsa	Boulsa	CMA Boulsa	CMA	Public
42	051003	Centre-Nord	Boulsa	Boulsa	CSPS Mokin Yarcé	CSPS	Public
43	0501	Centre Nord	Kaya	Kaya	CHR Kaya	CHR	Public
44	053102	Centre-Nord	Kaya	Kaya	CSPS Basnéré	CSPS	Public
45	053301	Centre-Nord	Kongoussi	Kongoussi	CMA Kongoussi	CMA	Public
46	053303	Centre-Nord	Kongoussi	Kongoussi	CSPS Temnaoré (DS Kongoussi)	CSPS	Public
47	056604	Centre-Nord	Tougouri	Tougouri	CSPS Namtenga	CSPS	Public
48	063407	Centre-Ouest	Koudougou	Koudougou	CSPS Godin-Walogtenga	CSPS	Public
49	063414	Centre-Ouest	Koudougou	Ramongho	CSPS Boulo-Nab	CSPS	Public

50	063701	Centre-Ouest	Léo	Léo	CMA Leo	CMA	Public
51	064101	Centre-Ouest	Nanoro	Nanoro	CMA Nanoro	CMA	Privé confessionnel
52	064104	Centre-Ouest	Nanoro	Pella	CSPS Somassi	CSPS	Public
53	065101	Centre-Ouest	Réo	Reo	CM Reo	CM	Public
54	065201	Centre-Ouest	Sabou	Sabou	CSPS Godé	CSPS	Public
55	065401	Centre-Ouest	Sapouy	Sapouy	CMA Sapouy	CMA	Public
56	065405	Centre-Ouest	Sapouy	Bougnounou	CSPS Bougnounou	CSPS	Public
57	073201	Centre-Sud	Kombissiri	Kombissiri	CMA Kombissiri	CMA	Public
58	073206	Centre Sud	Kombissiri	Kombissiri	CSPS Nagnimi	CSPS	Public
59	073801	Centre-Sud	Manga	Manga	CMA Manga	CMA	Public
60	073806	Centre Sud	Manga	Gogo	CSPS Manga-est	CSPS	Public
61	073815	Centre Sud	Manga	Manga	CSPS Zaptenga	CSPS	Public
62	074901	Centre-Sud	Pô	Pô	CMA Pô	CMA	Public
63	075301	Centre-Sud	Saponé	Saponé	CMA Saponé	CMA	Public
64	075302	Centre Sud	Saponé	Kayao	CSPS Goumsin	CSPS	Public
65	080601	Est	Bogandé	Bogandé	CMA Bogandé	CMA	Public
66	080606	Est	Bogandé	Piéla	CSPS Notre Dame de l'espérance	CSPS	Confessionnel
67	081701	Est	Diapaga	Diapaga	CMA Diapaga	CMA	Public
68	081703	Est	Diapaga	Diapaga	CSPS Urbain Diapaga	CSPS	Public
69	081704	Est	Diapaga	Kantchari	CSPS confessionnel Kantchari	CSPS	Confessionnel
70	0801	Est	Fada	Fada	CHR Fada	CHR	Public
71	082203	Est	Fada	Diabo	CSPS Zonatenga	CSPS	Public
72	082211	Est	Fada	Matiacoali	CSPS Matiacoali	CSPS	Public
73	082213	Est	Fada	Tibga	CSPS Dianga	CSPS	Public
74	082501	Est	Gayéri	Gayéri	CMA Gayéri	CMA	Public
75	084001	Est	Manni	Manni	CM Manni	CM	Public
76	084801	Est	Pama	Pama	CMA Pama	CMA	Public

77	084804	Est	Pama	Pama	CSPS Koalou	CSPS	Public
78	091301	Hauts-Bassins	Dafra	Dafra	CMA Dafra	CMA	Public
79	091310	Hauts-Bassins	Dafra	Dafra	CSPS Sarfalao	CSPS	Public
80	091401	Hauts-Bassins	Dandé	Dandé	CMA Dandé	CMA	Public
81	091408	Hauts-Bassins	Dandé	Padema	CSPS Nématoulaye	CSPS	Public
82	092001	Hauts-Bassins	Do	Arrondissement de Dô	CMA Do	CMA	Public
83	092014	Hauts-Bassins	Do	PENI	CSPS Moussobadougou	CSPS	Public
84	092801	Hauts-Bassins	Houndé	Houndé	CMA Houndé	CMA	Public
85	093002	Hauts-Bassins	Karangasso-Vigué	Karangasso-Vigué	CSPS Yéguéré	CSPS	Public
86	094501	Hauts-Bassins	Orodara	Orodara	CMA Orodara	CMA	Public
87	094503	Hauts-Bassins	Orodara	Kangala	CSPS Sayaga	CSPS	Public
88	102701	Nord	Gourcy	Gourcy	CMA Gourcy	CMA	Public
89	102703	Nord	Gourcy	Bassi	CSPS Tougouya Koko	CSPS	Public
90	104603	Nord	Ouahigouya	Ouahigouya	CSPS Bissiguin	CSPS	Public
91	104611	Nord	Ouahigouya	Ouahigouya	CSI SOS Enfant	CSI	Privé
92	105601	Nord	Seguenega	Séguénéga	CMA Séguénéga	CMA	Public
93	106203	Nord	Thiou	Kain	CSPS Kain	CSPS	Public
94	106301	Nord	Titao	Titao	CMA Titao	CMA	Public
95	106701	Nord	Yako	Yako	CMA Yako	CMA	Public
96	106703	Nord	Yako	Arbollé	CSPS Zongbega	CSPS	Public
97	111101	Plateau Central	Boussé	Boussé	CMA Boussé	CMA	Public
98	111105	Plateau central	Boussé	Boussé	CSPS Sandogo de Boussé	CSPS	Public
99	116901	Plateau Central	Ziniaré	Ziniaré	CMA Ziniaré	CMA	Public
100	116902	Plateau central	Ziniaré	Dapelogo	CSPS Dapelogo (SECT.1)	CSPS	Public
101	116909	Plateau central	Ziniaré	Ziniaré	CSPS Tanghin Gombo	CSPS	Public
102	117001	Plateau Central	Zorgho	Zorgho	CMA Zorgho	CMA	Public
103	117007	Plateau central	Zorgho	Meguet	CSPS Koulweogo	CSPS	Public

104	117014	Plateau central	Zorgho	Zorgho	CSPS Zempasgo	CSPS	Public
105	121901	Sahel	Djibo	Djibo	CMA Djibo	CMA	Public
106	121904	Sahel	Djibo	Aribinda	CSPS Aribinda	CSPS	Public
107	121909	Sahel	Djibo	Pobémengao	CSPS Pobémengao	CSPS	Public
108	1201	Sahel	Dori	Dori	CHR Dori	CHR	Public
109	122104	Sahel	Dori	Dori	CSPS M'Bamga	CSPS	Public
110	122112	Sahel	Dori	Seytenga	CSPS Soffokel	CSPS	Public
111	122601	Sahel	Gorom-Gorom	Gorom-Gorom	CMA Gorom-Gorom	CMA	Public
112	125501	Sahel	Sebba	Sebba	CMA Sebba	CMA	Public
113	125502	Sahel	Sebba	Mansila	CSPS Mansila	CSPS	Public
114	130401	Sud-Ouest	Batié	Batié	CMA Batié	CMA	Public
115	130404	Sud-Ouest	Batié	Legmoin	CSPS Legmoin	CSPS	Public
116	131501	Sud-Ouest	Dano	Dano	CMA Dano	CMA	Public
117	131503	Sud-Ouest	Dano	Dissin	CM Dissin	CM	Public
118	131509	Sud-Ouest	Dano	Oronkua	CSPS Orpoune	CSPS	Public
119	151801	Sud-Ouest	Diebougou	Diebougou	CMA Diebougou	CMA	Public
120	151806	Sud-Ouest	Diebougou	Dolo	CSPS Saptan	CSPS	Public
121	152301	Sud-Ouest	Gaoua	Gaoua	CHR Gaoua	CHR	Public
122	152306	Sud-Ouest	Gaoua	Loropéni	CSPS Dipéo	CSPS	Public

CALCUL DES FACTEURS DE PONERATION

1. PALUDISME

	Weight_Individu Paludisme (p =tirer un patient TB parmi ceux vus dans la période)	Weight_FS (p =inclusion d'une formation sanitaire selon le type	Weight_FSSara (p= tirer une formation sanitaire QoC dans celles de SARA)	Poids_Inc Produits des poids calculés
CHR BANFORA	80,33	1,00	1,00	80,33
CHR DE DEDOUGOU	26,67	1,00	1,00	26,67
CHR DE DORI	38,17	1,00	1,00	38,17
CHR DE FADA	659,67	1,00	1,00	659,67
CHR DE GAOUA	31,00	1,00	1,00	31,00
CHR DE KAYA	95,17	1,00	1,00	95,17
CHR DE KOUDOUGOU	19,83	1,00	1,00	19,83
CHR DE OUAHIGOYA	166,50	1,00	1,00	166,50
CHR TENKODOGO	73,67	1,00	1,00	73,67
CHU CHARLES DE GAULLE	48,00	1,00	1,00	48,00
CHU TINGANDOGO	51,50	1,00	1,00	51,50
CHU YALGADO OUEDRAOGO	90,00	1,00	1,00	90,00
CHUSS	75,00	1,00	1,00	75,00
CM D'ARBINDA	120,50	6,20	2,87	2144,90
CM DE DISSIN	40,83	6,00	3,27	800,33
CM DE KIEMBARA	74,33	7,40	5,41	2973,33
CM DE MANNI	139,17	4,25	3,85	2278,85
CM DE NIANGOLOKO	29,83	5,17	2,48	382,86
CM DE SAABA	252,33	11,67	3,17	9336,33
CM DE SIDERADOUGOU	173,17	5,17	2,48	2222,31
CM TANGHIN DASSOURI	275,17	11,67	3,17	10181,17
CMA DANDE	123,83	9,75	4,38	5293,88
CMA DANO	69,83	6,00	3,27	1368,73
CMA DE BARSALOGHO	122,83	8,50	3,94	4114,92
CMA DE BATIE	90,50	6,00	3,27	1773,80
CMA DE BITTOU	127,50	8,50	3,53	3823,23
CMA DE BOGANDE	6,83	4,25	3,85	111,90
CMA DE BOROMO	385,17	7,40	5,41	15406,67
CMA DE BOULSA	739,33	8,50	3,94	24767,67
CMA DE BOUSSE	92,67	6,60	4,00	2446,40
CMA DE DAFRA	356,17	9,75	4,38	15226,13
CMA DE DIAPAGA	79,33	4,25	3,85	1299,08
CMA DE DIEBOUGOU	381,67	6,00	3,27	7480,67
CMA DE DJIBO	63,50	6,20	2,87	1130,30
CMA DE DO	321,17	9,75	4,38	13729,88
CMA DE GARANGO	24,33	8,50	3,53	729,66
CMA DE GAYERI	2,17	4,25	3,85	35,48
CMA DE GOURCY	44,50	9,00	4,97	1991,38
CMA DE KOMBISSIRI	653,00	8,50	2,85	15835,25
CMA DE KONGOUSSI	231,33	8,50	3,94	7749,67

CMA DE KOSSODO	387,83	11,67	3,17	14349,83
CMA DE KOUPELA	50,17	8,50	3,53	1504,30
CMA DE LEO	105,67	8,20	4,49	3888,53
CMA DE MANGA	150,50	8,50	2,85	3649,63
CMA DE NOUNA	226,33	7,40	5,41	9053,33
CMA DE OUNDE	131,33	9,75	4,38	5614,50
CMA DE PAMA	347,50	4,25	3,85	5690,31
CMA DE PO	400,50	8,50	2,85	9712,13
CMA DE SAPONE	202,83	8,50	2,85	4918,71
CMA DE SEBBA	137,33	6,20	2,87	2444,53
CMA DE SOLENZO	422,00	7,40	5,41	16880,00
CMA DE TOMA	131,83	7,40	5,41	5273,33
CMA DE TOUGAN	19,00	7,40	5,41	760,00
CMA DE YAKO	78,00	9,00	4,97	3490,50
CMA DE ZABRE	257,67	8,50	3,53	7726,42
CMA DE ZINIARE	127,17	6,60	4,00	3357,20
CMA DE ZORGHO	124,33	6,60	4,00	3282,40
CMA GOROM-GOROM	16,00	6,20	2,87	284,80
CMA NANORO	161,50	8,20	4,49	5943,20
CMA ORODARA	37,17	9,75	4,38	1588,88
CMA OUARGAYE	93,67	8,50	3,53	2808,70
CMA POUYTENGA	166,17	8,50	3,53	4982,69
CMA REO	254,83	8,20	4,49	9377,87
CMA SAPOUY	99,50	8,20	4,49	3661,60
CMA SEGUENEGA	56,17	9,00	4,97	2513,46
CMA SINDOU	42,83	5,17	2,48	549,69
CMA TITAO	109,00	9,00	4,97	4877,75
CMU BANFORA	32,00	5,17	2,48	410,67
CSPS BISSINGHIN	180,50	9,00	4,97	8077,38
CSPS BOUGNOUNOU	174,00	8,20	4,49	6403,20
CSPS BOULOUM NAAB YIRI	35,67	8,20	4,49	1312,53
CSPS CONFESIONNEL KANTCHARI	338,00	4,25	3,85	5534,75
CSPS DE BAGRE V2	382,83	8,50	3,53	11479,68
CSPS DE BASNERE	83,00	8,50	3,94	2780,50
CSPS DE BEKA	164,33	8,50	3,53	4927,72
CSPS DE BILGO	417,17	11,67	3,17	15435,17
CSPS DE BOASSA	573,50	11,67	3,17	21219,50
CSPS DE BOUSSORA	167,00	5,17	2,48	2143,17
CSPS DE DAPELOGO(SECT 1)	227,50	6,60	4,00	6006,00
CSPS DE DIANGA	13,67	4,25	3,85	223,79
CSPS DE DIPEO	45,67	6,00	3,27	895,07
CSPS DE GASSINGO	100,83	7,40	5,41	4033,33
CSPS DE GOUMSIN	174,83	8,50	2,85	4239,71
CSPS DE KAIN	52,33	9,00	4,97	2341,92
CSPS DE KOALOU	109,00	4,25	3,85	1784,88
CSPS DE KOMTOEGA	37,17	8,50	3,53	1114,48

CSPS DE KOULWEOGO	122,00	6,60	4,00	3220,80
CSPS DE LEGMOIN	70,83	6,00	3,27	1388,33
CSPS DE MANGA EST	28,00	8,50	2,85	679,00
CSPS DE MATIACOALI	19,00	4,25	3,85	311,13
CSPS DE MBAMGA	173,50	6,20	2,87	3088,30
CSPS DE MOKIN YARCE	390,33	8,50	3,94	13076,17
CSPS DE MOUSSOBADOUGOU	59,67	9,75	4,38	2550,75
CSPS DE NAGNIMI	308,33	8,50	2,85	7477,08
CSPS DE NAMTENG	157,17	8,50	3,94	5265,08
CSPS DE ORPOUNE	68,83	6,00	3,27	1349,13
CSPS DE POBE MENGAO	30,50	6,20	2,87	542,90
CSPS DE SANDOGO DE BOUSSE	67,00	6,60	4,00	1768,80
CSPS DE SAPTAN	141,67	6,00	3,27	2776,67
CSPS DE SARFALAO	49,67	9,75	4,38	2123,25
CSPS DE SAYAGO	103,67	9,75	4,38	4431,75
CSPS DE SOFFOKEL	35,33	6,20	2,87	628,93
CSPS DE SOLHAN	59,33	6,20	2,87	1056,13
CSPS DE TANGHIN GOMBOGO	407,50	6,60	4,00	10758,00
CSPS DE TEMNAORE	3,17	8,50	3,94	106,08
CSPS DE TISSI	147,83	7,40	5,41	5913,33
CSPS DE TOUGOUYA KOKO	74,17	9,00	4,97	3318,96
CSPS DE VY	114,67	7,40	5,41	4586,67
CSPS DE YEGUERESSO	18,50	9,75	4,38	790,88
CSPS DE ZAPTENGA	169,50	8,50	2,85	4110,38
CSPS DE ZEMPASGO	35,17	6,60	4,00	928,40
CSPS DE ZONATENGA	42,33	4,25	3,85	693,21
CSPS DE ZONGBEGA	49,00	9,00	4,97	2192,75
CSPS E DANGOUNA	111,00	7,40	5,41	4440,00
CSPS FARADJAN	129,83	5,17	2,48	1666,19
CSPS GODIN WALOGTINGA	213,33	8,20	4,49	7850,67
CSPS NOTRE DAME D'ESPERANCE/PIELA	3,17	4,25	3,85	51,85
CSPS SOMASSI	123,33	8,20	4,49	4538,67
CSPS URBAIN DE DIAPAGA	249,17	4,25	3,85	4080,10
CSPS ZEGNEBOUGOU	332,00	5,17	2,48	4260,67
CSPS ZEOLGHIN	252,67	8,50	3,53	7576,49
HOPITAL DE DISTRICT DU 30	110,33	11,67	3,17	4082,33

2. PTME

	Weight_Individu PTME (p =tirer un patient TB parmi ceux vus dans la période)	Weight_FS (p =inclusion d'une formation sanitaire selon le type)	Weight_ FSSara (p= tirer une formation sanitaire QoC dans celles de SARA)	Poids_ Inc Produits des poids calculés
CHR BANFORA	0,00	1,00	1,00	0,00
CHR DE DEDOUGOU	2,25	1,00	1,00	2,25
CHR DE DORI	9,25	1,00	1,00	9,25
CHR DE FADA	0,00	1,00	1,00	0,00
CHR DE GAOUA	0,00	1,00	1,00	0,00
CHR DE KAYA	2,75	1,00	1,00	2,75
CHR DE KOUDOUGOU	0,00	1,00	1,00	0,00
CHR TENKODOGO	0,00	1,00	1,00	0,00
CHU CHARLES DE GAULLE	0,00	1,00	1,00	0,00
CHU TINGANDOGO	0,00	1,00	1,00	0,00
CHU YALGADO OUEDRAOGO	0,00	1,00	1,00	0,00
CHUR DE OUAHIGOUYA	2,75	1,00	1,00	2,75
CHUSS	14,00	1,00	1,00	14,00
CM D'ARBINDA	125,50	6,20	2,87	2233,90
CM DE DISSIN	340,25	6,00	3,27	6668,90
CM DE KIEMBARA	22,00	7,40	5,41	880,00
CM DE MANNI	0,00	4,25	3,85	0,00
CM DE NIANGOLOKO	50,50	5,17	2,48	648,08
CM DE SAABA	43,75	11,67	3,17	1618,75
CM DE SIDERADOUGOU	18,00	5,17	2,48	231,00
CM TANGHIN DASSOURI	28,25	11,67	3,17	1045,25
CMA DANDE	28,50	1,00	1,00	28,50
CMA DANO	6,25	1,00	1,00	6,25
CMA DE BARSALOGHO	103,00	1,00	1,00	103,00
CMA DE BATIE	33,75	1,00	1,00	33,75
CMA DE BITTOU	1,25	1,00	1,00	1,25
CMA DE BOGANDE	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE BOROMO	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE BOULSA	12,00	1,00	1,00	12,00
CMA DE BOUSSE	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE DAFRA	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE DIAPAGA	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE DIEBOUGOU	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE DJIBO	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE DO	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE GARANGO	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE GAYERI	4,00	1,00	1,00	4,00
CMA DE GOURCY	7,00	1,00	1,00	7,00
CMA DE HOUNDE	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE KOMBISSIRI	20,75	1,00	1,00	20,75
CMA DE KONGOUSSI	30,25	1,00	1,00	30,25

CMA DE KOSSODO	49,75	1,00	1,00	49,75
CMA DE KOUPELA	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE LEO	7,00	1,00	1,00	7,00
CMA DE MANGA	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE NOUNA	1,75	1,00	1,00	1,75
CMA DE PAMA	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE PO	41,50	1,00	1,00	41,50
CMA DE SAPONE	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA DE SEBBA	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE SOLENZO	2,75	1,00	1,00	2,75
CMA DE TOMA	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA DE TOUGAN	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE YAKO	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE ZABRE	81,25	1,00	1,00	81,25
CMA DE ZINIARE	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA DE ZORGHOU	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA GOROM-GOROM	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA NANORO	12,25	1,00	1,00	12,25
CMA ORODARA	15,00	1,00	1,00	15,00
CMA OUARGAYE	2,75	1,00	1,00	2,75
CMA POUYTENG	140,50	1,00	1,00	140,50
CMA REO	36,00	1,00	1,00	36,00
CMA SAPOUY	2,25	1,00	1,00	2,25
CMA SEGUENEGA	0,00	1,00	1,00	0,00
CMA SINDOU	4,00	1,00	1,00	4,00
CMA TITAO	0,00	1,00	1,00	0,00
CMU BANFORA	6,25	5,17	2,48	80,21
CSPS BISSINGHIN	8,00	9,00	4,97	358,00
CSPS BOUGNOUNOU	21,25	8,20	4,49	782,00
CSPS BOULOU NAAB YIRI	12,00	8,20	4,49	441,60
CSPS CONFESIONNEL KANTCHARI	15,50	4,25	3,85	253,81
CSPS DE BAGRE V2	10,50	8,50	3,53	314,85
CSPS DE BASNERE	23,25	8,50	3,94	778,88
CSPS DE BEKA	26,50	8,50	3,53	794,63
CSPS DE BILGO	4,75	11,67	3,17	175,75
CSPS DE BOASSA	12,50	11,67	3,17	462,50
CSPS DE BOUSSORA	38,50	5,17	2,48	494,08
CSPS DE DAPELOGO(SECT 1)	10,50	6,60	4,00	277,20
CSPS DE DIANGA	39,00	4,25	3,85	638,62
CSPS DE DIPEO	29,50	6,00	3,27	578,20
CSPS DE GASSINGO	17,00	7,40	5,41	680,00
CSPS DE GOUMSIN	4,75	8,50	2,85	115,19
CSPS DE KAIN	38,50	9,00	4,97	1722,87
CSPS DE KOALOU	25,25	4,25	3,85	413,47
CSPS DE KOMTOEGA	28,50	8,50	3,53	854,60
CSPS DE KOULWEOGO	13,75	6,60	4,00	363,00

CSPS DE LEGMOIN	362,75	6,00	3,27	7109,90
CSPS DE MANGA EST	11,75	8,50	2,85	284,94
CSPS DE MATIACOALI	68,25	4,25	3,85	1117,59
CSPS DE MBAMGA	23,75	6,20	2,87	422,75
CSPS DE MOKIN YARCE	31,25	8,50	3,94	1046,88
CSPS DE MOUSSOBADOUGOU	33,25	9,75	4,38	1421,44
CSPS DE NAGNIMI	16,00	8,50	2,85	388,00
CSPS DE NAMTENG	24,25	8,50	3,94	812,38
CSPS DE ORPOUNE	16,50	6,00	3,27	323,40
CSPS DE POBE MENGAO	47,75	6,20	2,87	849,95
CSPS DE SANDOGO DE BOUSSE	4,25	6,60	4,00	112,20
CSPS DE SAPTAN	8,00	6,00	3,27	156,80
CSPS DE SARFALAO	73,25	9,75	4,38	3131,44
CSPS DE SAYAGO	4,50	9,75	4,38	192,38
CSPS DE SOFFOKEL	58,25	6,20	2,87	1036,85
CSPS DE SOLHAN	85,75	6,20	2,87	1526,35
CSPS DE TANGHIN GOMBAGO	5,50	6,60	4,00	145,20
CSPS DE TEMNAORE	25,75	8,50	3,94	862,63
CSPS DE TISSI	9,50	7,40	5,41	380,00
CSPS DE TOUGOUYA KOKO	10,00	9,00	4,97	447,50
CSPS DE VY	23,00	7,40	5,41	920,00
CSPS DE YEGUERE	21,25	9,75	4,38	908,44
CSPS DE ZAPTENGA	3,50	8,50	2,85	84,87
CSPS DE ZEMPASGO	14,75	6,60	4,00	389,40
CSPS DE ZONATENGA	2,00	4,25	3,85	32,75
CSPS DE ZONGBEGA	14,00	9,00	4,97	626,50
CSPS E DANGOUNA	11,75	7,40	5,41	470,00
CSPS FARADJAN	55,75	5,17	2,48	715,46
CSPS GODIN WALOGTINGA	17,25	8,20	4,49	634,80
CSPS NOTRE DAME D'ESPERANCE/PIELA	7,75	4,25	3,85	126,91
CSPS SOMASSI	14,75	8,20	4,49	542,80
CSPS URBAIN DE DIAPAGA	97,75	4,25	3,85	1600,66
CSPS ZEGNEBOUGOU	36,50	5,17	2,48	468,42
CSPS ZEOLOGHIN	17,25	8,50	3,53	517,26
HOPITAL DE DISTRICT DU 30	0,00	1,00	1,00	0,00

3. TARV

	Weight_Individu sous TARV (p =tirer un patient TB parmi ceux vus dans la période)	Weight_FS (p =inclusion d'une formation sanitaire selon le type)	Weight_ FSSara (p= tirer une formation sanitaire QoC dans celles de SARA)	Poids_Inc Produits des poids calculés
CHR BANFORA	7,00	1,00	1,00	7,00
CHR DE DEDOUGOU	18,33	1,00	1,00	18,33
CHR DE DORI	5,00	1,00	1,00	5,00
CHR DE FADA	6,33	1,00	1,00	6,33
CHR DE GAOUA	3,00	1,00	1,00	3,00
CHR DE KAYA	7,00	1,00	1,00	7,00
CHR DE KOUDOUGOU	3,67	1,00	1,00	3,67
CHR TENKODOGO	9,00	1,00	1,00	9,00
CHU CHARLES DE GAULLE	4,00	1,00	1,00	4,00
CHU YALGADO OUEDRAOGO	55,67	1,00	1,00	55,67
CHUR DE OUAHIGOUYA	5,67	1,00	1,00	5,67
CHUSS	26,00	1,00	1,00	26,00
CM DE MANNI	0,33	4,25	3,85	5,46
CM DE NIANGOLOKO	4,67	5,17	2,48	59,89
CM DE SIDERADOUGOU	2,33	5,17	2,48	29,94
CMA DANDE	6,33	1,00	1,00	6,33
CMA DANO	35,00	1,00	1,00	35,00
CMA DE BARSALOGHO	6,00	1,00	1,00	6,00
CMA DE BATIE	4,67	1,00	1,00	4,67
CMA DE BITTOU	7,00	1,00	1,00	7,00
CMA DE BOGANDE	2,33	1,00	1,00	2,33
CMA DE BOROMO	16,33	1,00	1,00	16,33
CMA DE BOULSA	5,33	1,00	1,00	5,33
CMA DE BOUSSE	4,33	1,00	1,00	4,33
CMA DE DAFRA	26,00	1,00	1,00	26,00
CMA DE DIAPAGA	4,67	1,00	1,00	4,67
CMA DE DIEBOUGOU	22,33	1,00	1,00	22,33
CMA DE DJIBO	2,00	1,00	1,00	2,00
CMA DE DO	21,67	1,00	1,00	21,67
CMA DE GARANGO	8,33	1,00	1,00	8,33
CMA DE GAYERI	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA DE GOURCY	15,33	1,00	1,00	15,33
CMA DE HOUNDE	6,33	1,00	1,00	6,33
CMA DE KOMBISSIRI	8,00	1,00	1,00	8,00
CMA DE KONGOUSSI	13,67	1,00	1,00	13,67
CMA DE KOSSODO	15,33	1,00	1,00	15,33
CMA DE KOUPELA	10,67	1,00	1,00	10,67
CMA DE LEO	7,33	1,00	1,00	7,33
CMA DE MANGA	4,00	1,00	1,00	4,00
CMA DE NOUNA	28,33	1,00	1,00	28,33
CMA DE PAMA	2,33	1,00	1,00	2,33

CMA DE PO	10,00	1,00	1,00	10,00
CMA DE SAPONE	3,33	1,00	1,00	3,33
CMA DE SEBBA	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA DE SOLENZO	13,67	1,00	1,00	13,67
CMA DE TOMA	13,67	1,00	1,00	13,67
CMA DE TOUGAN	13,00	1,00	1,00	13,00
CMA DE YAKO	6,00	1,00	1,00	6,00
CMA DE ZABRE	6,33	1,00	1,00	6,33
CMA DE ZINIARE	13,67	1,00	1,00	13,67
CMA DE ZORGHO	10,33	1,00	1,00	10,33
CMA GOROM-GOROM	8,00	1,00	1,00	8,00
CMA NANORO	1,67	1,00	1,00	1,67
CMA ORODARA	13,33	1,00	1,00	13,33
CMA OUARGAYE	5,67	1,00	1,00	5,67
CMA POUYTENGA	11,00	1,00	1,00	11,00
CMA REO	28,67	1,00	1,00	28,67
CMA SAPOUY	5,67	1,00	1,00	5,67
CMA SEGUENEGA	10,00	1,00	1,00	10,00
CMA SINDOU	9,33	1,00	1,00	9,33
CMA TITAO	7,33	1,00	1,00	7,33
CMU BANFORA	14,67	5,17	2,48	188,22
CSPS DE SAPTAN	1,67	6,00	3,27	32,67
HOPITAL DE DISTRICT DU 30	47,67	1,00	1,00	47,67

4. TUBERCULOSE

	Weight_Individu TB (p =tirer un patient TB parmi ceux vus dans la période)	Weight_FS (p =inclusion d'une formation sanitaire selon le type)	Weight_ FSSara (p= tirer une formation sanitaire QoC dans celles de SARA)	Poids_Inc Produits des poids calculés
CHR DE DEDOUGOU	6,33	1,00	1,00	6,33
CHR DE DORI	22,00	1,00	1,00	22,00
CHR DE FADA	9,33	1,00	1,00	9,33
CHR DE GAOUA	9,00	1,00	1,00	9,00
CHR DE KAYA	11,67	1,00	1,00	11,67
CHR TENKODOGO	9,00	1,00	1,00	9,00
CHUSS	22,33	1,00	1,00	22,33
CM D'ARBINDA	2,00	6,20	2,87	35,60
CM DE DISSIN	1,33	6,00	3,27	26,13
CM DE KIEMBARA	1,33	7,40	5,41	53,33
CM DE MANNI	1,33	4,25	3,85	21,83
CM DE NIANGOLOKO	2,00	5,17	2,48	25,67
CM DE SIDERADOUGOU	2,67	5,17	2,48	34,22
CM TANGHIN DASSOURI	1,00	11,67	3,17	37,00
CMA DANDE	6,67	1,00	1,00	6,67
CMA DANO	4,33	1,00	1,00	4,33
CMA DE BARSALOGHO	1,33	1,00	1,00	1,33
CMA DE BATIE	7,33	1,00	1,00	7,33
CMA DE BITTOU	3,00	1,00	1,00	3,00
CMA DE BOGANDE	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA DE BOROMO	4,00	1,00	1,00	4,00
CMA DE BOULSA	2,00	1,00	1,00	2,00
CMA DE BOUSSE	8,00	1,00	1,00	8,00
CMA DE DAFRA	20,33	1,00	1,00	20,33
CMA DE DIAPAGA	2,67	1,00	1,00	2,67
CMA DE DIEBOUGOU	9,00	1,00	1,00	9,00
CMA DE DJIBO	16,33	1,00	1,00	16,33
CMA DE DO	13,00	1,00	1,00	13,00
CMA DE GARANGO	4,33	1,00	1,00	4,33
CMA DE GAYERI	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA DE GOURCY	6,33	1,00	1,00	6,33
CMA DE HOUNDE	3,00	1,00	1,00	3,00
CMA DE KOMBISSIRI	16,00	1,00	1,00	16,00
CMA DE KONGOUSSI	105,67	1,00	1,00	105,67
CMA DE KOSSODO	4,33	1,00	1,00	4,33
CMA DE KOUPELA	5,22	1,00	1,00	5,22
CMA DE LEO	7,33	1,00	1,00	7,33
CMA DE MANGA	8,67	1,00	1,00	8,67
CMA DE NOUNA	12,33	1,00	1,00	12,33
CMA DE PAMA	2,00	1,00	1,00	2,00
CMA DE PO	2,00	1,00	1,00	2,00

CMA DE SAPONE	1,33	1,00	1,00	1,33
CMA DE SEBBA	3,67	1,00	1,00	3,67
CMA DE SOLENZO	5,67	1,00	1,00	5,67
CMA DE TOMA	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA DE TOUGAN	1,67	1,00	1,00	1,67
CMA DE YAKO	7,67	1,00	1,00	7,67
CMA DE ZABRE	5,00	1,00	1,00	5,00
CMA DE ZINIARE	6,33	1,00	1,00	6,33
CMA DE ZORGHO	7,67	1,00	1,00	7,67
CMA GOROM-GOROM	18,33	1,00	1,00	18,33
CMA ORODARA	8,67	1,00	1,00	8,67
CMA OUARGAYE	1,67	1,00	1,00	1,67
CMA POUYTENGA	3,33	1,00	1,00	3,33
CMA REO	1,00	1,00	1,00	1,00
CMA SEGUENEGA	4,33	1,00	1,00	4,33
CMA SINDOU	2,00	1,00	1,00	2,00
CMA TITAO	2,67	1,00	1,00	2,67
CMU BANFORA	6,33	5,17	2,48	81,28
CSPS DE BILGO	1,00	11,67	3,17	37,00
CSPS DE MATIACOALI	1,33	4,25	3,85	21,83
CSPS DE NAMTENGGA	1,00	8,50	3,94	33,50
CSPS DE ORPOUNE	1,00	6,00	3,27	19,60
CSPS DE SAPTAN	1,00	6,00	3,27	19,60
CSPS DE SOFFOKEL	1,00	6,20	2,87	17,80
CSPS DE SOLHAN	1,00	6,20	2,87	17,80
CSPS FARADJAN	1,00	5,17	2,48	12,83

Calcul des scores de qualité la prise en charge de la TB par FS

	Score de disponibilité de l'information (%)	Score de diagnostic TB (%)	Score de traitement TB (%)	Score de suiv des patients TB (%)	Score sujet contact (%)	Score global de qualité des soins TB (%)
CHR DE DEDOUGOU	100,0	100,0	77,3	46,7	33,3	67,1
CHR DE DORI	100,0	100,0	72,7	46,7	0,0	59,4
CHR DE FADA	100,0	100,0	53,8	0,0	0,0	38,7
CHR DE GAOUA	100,0	100,0	66,7	53,3	0,0	57,9
CHR DE KAYA	100,0	100,0	65,2	60,0	0,0	58,8
CHR TENKODOGO	100,0	100,0	70,1	60,0	0,0	61,6
CHUSS	100,0	100,0	100,0	53,3	22,2	75,4
CM D'ARBINDA	100,0	100,0	60,6	13,3	0,0	47,0
CM DE DISSIN	100,0	100,0	91,7	80,0	0,0	75,4
CM DE KIEMBARA	100,0	100,0	66,3	66,7	33,3	66,0
CM DE MANNI	0,0	100,0	58,3	6,7	0,0	36,8
CM DE NIANGOLOKO	100,0	100,0	100,0	80,0	0,0	78,9
CM DE SIDERADOUGOU	100,0	100,0	75,0	26,7	22,2	57,9
CM TANGHIN DASSOURI	100,0	100,0	75,6	80,0	0,0	68,7
CMA DANDE	100,0	100,0	81,8	53,3	33,3	71,0
CMA DANO	100,0	100,0	87,5	73,3	33,3	76,6
CMA DE BARSALOGHO	100,0	83,3	70,8	40,0	11,1	56,1
CMA DE BATIE	100,0	100,0	62,5	20,0	0,0	47,4
CMA DE BITTOU	100,0	100,0	91,7	46,7	0,0	66,7
CMA DE BOGANDE	100,0	100,0	62,5	60,0	100,0	73,7
CMA DE BOROMO	100,0	100,0	77,7	46,7	0,0	60,8
CMA DE BOULSA	100,0	100,0	95,8	53,3	0,0	70,2
CMA DE BOUSSE	100,0	100,0	75,0	73,3	0,0	66,7
CMA DE DAFRA	100,0	83,3	95,8	60,0	0,0	70,2
CMA DE DIAPAGA	100,0	100,0	70,8	20,0	0,0	50,9
CMA DE DIEBOUGOU	100,0	100,0	91,7	33,3	0,0	63,2
CMA DE DJIBO	100,0	83,3	100,0	80,0	0,0	77,2
CMA DE DO	100,0	83,3	73,5	60,0	33,3	65,3
CMA DE GARANGO	100,0	100,0	65,9	53,3	33,3	63,6
CMA DE GAYERI	100,0	100,0	66,7	40,0	0,0	54,4
CMA DE GOURCY	100,0	100,0	91,7	46,7	33,3	71,9
CMA DE HOUNDE	100,0	100,0	75,8	33,3	0,0	57,9
CMA DE KOMBISSIRI	100,0	100,0	58,3	33,3	0,0	49,1
CMA DE KONGOUSSI	100,0	100,0	100,0	46,7	0,0	71,9
CMA DE KOSSODO	100,0	83,3	73,5	73,3	0,0	64,3
CMA DE KOUPELA	100,0	100,0	86,7	68,1	0,0	70,2
CMA DE LEO	100,0	100,0	87,5	100,0	0,0	78,9
CMA DE MANGA	100,0	83,3	75,0	20,0	0,0	50,9
CMA DE NOUNA	100,0	100,0	92,8	53,3	0,0	70,3
CMA DE PAMA	100,0	100,0	66,7	60,0	0,0	59,6
CMA DE PO	100,0	66,7	91,7	40,0	0,0	61,4
CMA DE SAPONE	100,0	100,0	62,5	20,0	0,0	47,4

CMA DE SEBBA	100,0	100,0	95,8	46,7	0,0	68,4
CMA DE SOLENZO	100,0	100,0	95,8	73,3	33,3	80,7
CMA DE TOMA	100,0	100,0	54,0	40,0	0,0	49,0
CMA DE TOUGAN	100,0	50,0	87,5	40,0	0,0	57,9
CMA DE YAKO	100,0	100,0	95,8	80,0	0,0	77,2
CMA DE ZABRE	100,0	100,0	95,8	40,0	0,0	66,7
CMA DE ZINIARE	100,0	100,0	84,5	53,3	100,0	79,3
CMA DE ZORGHO	100,0	100,0	83,3	53,3	0,0	64,9
CMA GOROM-GOROM	100,0	100,0	87,9	33,3	0,0	62,0
CMA ORODARA	100,0	100,0	81,8	73,3	0,0	70,3
CMA OUARGAYE	100,0	100,0	91,7	26,7	0,0	61,4
CMA POUYTENGA	100,0	100,0	100,0	66,7	0,0	76,6
CMA REO	100,0	100,0	74,2	86,7	0,0	69,9
CMA SEGUENEGA	100,0	100,0	95,8	73,3	0,0	75,4
CMA SINDOU	100,0	66,7	45,5	80,0	0,0	51,5
CMA TITAO	100,0	100,0	87,5	73,3	0,0	71,9
CMU BANFORA	100,0	83,3	93,9	80,0	0,0	75,4
CSPS DE BILGO	100,0	100,0	63,6	80,0	0,0	63,6
CSPS DE MATIACOALI	100,0	100,0	95,8	80,0	22,2	80,7
CSPS DE NAMTENGGA	100,0	100,0	75,0	50,0	0,0	60,5
CSPS DE ORPOUNE	100,0	50,0	54,5	40,0	0,0	45,5
CSPS DE SAPTAN	100,0	100,0	81,8	60,0	0,0	68,2
CSPS DE SOFFOKEL	100,0	83,3	66,7	73,3	0,0	62,1
CSPS DE SOLHAN	100,0	50,0	54,5	20,0	0,0	40,9
CSPS FARADJAN	100,0	100,0	36,4	60,0	0,0	45,5
NATIONAL	97,4	95,1	81,8	54,4	6,7	65,4

Calcul des scores de qualité de prise en charge de la TARV par FS

	Score disponibilité	Score diagnostic	Score prise en charge	Score suivi	Score global
CMA DE BITTOU	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CMA DE MANGA	0,00	50,00	0,00	0,00	4,55
CMA DE GAYERI	11,11	0,00	75,00	0,00	11,36
CMA DE BARSALOGHO	22,22	50,00	33,33	0,00	16,67
CMA SINDOU	18,52	50,00	50,00	3,70	18,18
CMA DE YAKO	22,22	50,00	83,33	0,00	21,21
CHR DE KAYA	22,22	50,00	50,00	11,11	22,73
CMA DE GOURCY	11,11	100,00	83,33	7,41	24,24
CMA DE TOMA	29,63	50,00	83,33	0,00	24,24
CMA POUYTENGA	11,11	100,00	83,33	11,11	25,76
CMA DE TOUGAN	25,93	100,00	50,00	3,70	25,76
CMA SEGUENEGA	22,22	50,00	100,00	7,41	25,76
CMA DE KONGOUSSI	25,93	100,00	50,00	7,41	27,27
CMA DE SEBBA	22,22	100,00	100,00	0,00	27,27
CMA DE ZABRE	22,22	100,00	100,00	0,00	27,27
CMA REO	29,63	50,00	83,33	7,41	27,27
CHR DE GAOUA	18,52	100,00	16,67	22,22	27,27
CMA DE ZINIARE	25,93	50,00	66,67	14,81	27,27
CMA DE HOUNDE	25,93	100,00	50,00	11,11	28,79
CHUR DE OUAHIGOUYA	25,93	50,00	100,00	11,11	28,79
CHR DE DORI	22,22	100,00	100,00	7,41	30,30
CMA DE GARANGO	22,22	83,33	83,33	14,81	30,30
CMA DE BOUSSE	22,22	100,00	50,00	18,52	30,30
CMA DE KOUPELA	14,81	100,00	66,67	22,22	30,30
CMA DE PAMA	40,74	100,00	33,33	3,70	30,30
CM DE MANNI	22,22	50,00	100,00	22,22	31,82
CMA DE SAPONE	40,74	50,00	100,00	7,41	33,33
CMA ORODARA	44,44	66,67	50,00	14,81	34,85
CMA DANDE	37,04	100,00	66,67	11,11	34,85
CMA DE BATIE	48,15	100,00	66,67	3,70	36,36
CMA DE KOMBISSIRI	55,56	50,00	100,00	0,00	36,36
CMA TITAO	44,44	50,00	83,33	18,52	37,88
CMA DE KOSSODO	59,26	83,33	50,00	14,81	42,42
CMU BANFORA	55,56	50,00	50,00	25,93	42,42
CHR DE FADA	40,74	50,00	100,00	33,33	43,94
CMA DE BOROMO	62,96	50,00	100,00	14,81	45,45
CHR DE DEDOUGOU	66,67	83,33	50,00	22,22	48,48
CMA DE DIAPAGA	55,56	100,00	66,67	25,93	48,48
CMA DE ZORGHO	59,26	100,00	83,33	18,52	48,48
CMA GOROM-GOROM	70,37	50,00	100,00	18,52	50,00
CMA DE BOGANDE	74,07	33,33	100,00	22,22	51,52
CMA DE LEO	70,37	66,67	83,33	25,93	53,03
CMA OUARGAYE	66,67	100,00	83,33	22,22	53,03
CM DE NIANGOLOKO	77,78	33,33	83,33	29,63	54,55

CMA DE DO	74,07	50,00	83,33	29,63	54,55
CMA DE PO	81,48	100,00	100,00	11,11	56,06
CMA DE BOULSA	70,37	50,00	83,33	37,04	56,06
CMA DANO	62,96	50,00	100,00	44,44	57,58
CMA DE DJIBO	81,48	66,67	100,00	22,22	57,58
CMA DE DAFRA	85,19	50,00	66,67	33,33	59,09
CMA DE SOLENZO	81,48	100,00	83,33	22,22	59,09
CMA DE DIEBOUGOU	92,59	66,67	83,33	25,93	62,12
CHR DE KOUDOUGOU	70,37	100,00	100,00	44,44	65,15
CMA NANORO	85,19	66,67	100,00	40,74	66,67
CHR TENKODOGO	96,30	100,00	100,00	25,93	68,18
HOPITAL DE DISTRICT DU 30	92,59	100,00	100,00	29,63	68,18
CMA DE NOUNA	88,89	100,00	100,00	40,74	71,21
CMA SAPOUY	96,30	33,33	100,00	48,15	71,21
CHR BANFORA	81,48	100,00	83,33	55,56	72,73
CHUSS	100,00	100,00	100,00	44,44	77,27
CHU CHARLES DE GAULLE	81,48	100,00	100,00	62,96	77,27
CHU YALGADO OUEDRAOGO	88,89	100,00	100,00	62,96	80,30

Calcul des scores de qualité des prestations PTME par FS

Formation sanitaire	Score PTME
CHR DE DORI	50,0
CHR DE KAYA	50,0
CHUR DE OUAHIGOUYA	33,3
CM DE DISSIN	50,0
CM DE KIEMBARA	50,0
CM DE NIANGOLOKO	50,0
CM DE SAABA	50,0
CM DE SIDERADOUGOU	50,0
CM TANGHIN DASSOURI	37,5
CMA DANDE	50,0
CMA DE BARSALOGHO	50,0
CMA DE BATIE	50,0
CMA DE BOULSA	50,0
CMA DE GAYERI	50,0
CMA DE GOURCY	33,3
CMA DE KOMBISSIRI	50,0
CMA DE KONGOUSSI	50,0
CMA DE KOSSODO	37,5
CMA DE LEO	50,0
CMA DE NOUNA	12,5
CMA DE PO	50,0
CMA DE SAPONE	50,0
CMA DE ZABRE	33,3
CMA NANORO	50,0
CMA ORODARA	50,0
CMA POUYTENGA	31,3
CMA SAPOUY	50,0
CMA SINDOU	50,0
CMU BANFORA	50,0
CSPS BISSINGHIN	33,3
CSPS BOUGNOUNOU	50,0
CSPS BOULOUM NAAB YIRI	50,0
CSPS DE BAGRE V2	33,3
CSPS DE BASNERE	50,0
CSPS DE BEKA	33,3
CSPS DE BILGO	50,0
CSPS DE BOASSA	50,0
CSPS DE BOUSSORA	50,0
CSPS DE DAPELOGO(SECT 1)	50,0
CSPS DE DIANGA	50,0
CSPS DE DIPEO	46,9
CSPS DE GASSINGO	50,0
CSPS DE GOUMSIN	50,0
CSPS DE KAIN	50,0

CSPS DE KOALOU	33,3
CSPS DE KOMTOEGA	50,0
CSPS DE KOULWEOGO	50,0
CSPS DE LEGMOIN	43,8
CSPS DE MANGA EST	50,0
CSPS DE MATIACOALI	33,3
CSPS DE MBAMGA	50,0
CSPS DE MOKIN YARCE	50,0
CSPS DE MOUSSOBADOUGOU	50,0
CSPS DE NAGNIMI	50,0
CSPS DE NAMTENG	50,0
CSPS DE POBE MENGAO	33,3
CSPS DE SANDOGO DE BOUSSE	50,0
CSPS DE SAPTAN	50,0
CSPS DE SARFALAO	50,0
CSPS DE SAYAGO	50,0
CSPS DE SOFFOKEL	50,0
CSPS DE SOLHAN	50,0
CSPS DE TANGHIN GOMBOGO	58,3
CSPS DE TEMNAORE	50,0
CSPS DE TOUGOUYA KOKO	46,9
CSPS DE VY	50,0
CSPS DE YEGUERE	50,0
CSPS DE ZAPTENG	50,0
CSPS DE ZEMPASGO	50,0
CSPS DE ZONATENG	33,3
CSPS DE ZONGBEGA	33,3
CSPS E DANGOUNA	50,0
CSPS FARADJAN	50,0
CSPS GODIN WALOGTINGA	50,0
CSPS NOTRE DAME D'ESPERANCE/PIELA	43,8
CSPS SOMASSI	50,0
CSPS URBAIN DE DIAPAGA	33,3
CSPS ZEGNEDOUYOU	50,0
CSPS ZEOLOGHIN	50,0
Total général	30,9

Calcul des scores de qualité de prise en charge du Paludisme par FS

Formation sanitaire	Score Paludisme
CHR BANFORA	92,9
CHR DE DEDOUGOU	86,9
CHR DE DORI	91,7
CHR DE FADA	67,9
CHR DE GAOUA	73,8
CHR DE KAYA	89,3
CHR DE KOUDOUGOU	91,7
CHR DE OUAHIGOUYA	89,3
CHR TENKODOGO	71,4
CHU CHARLES DE GAULLE	39,3
CHU TINGANDOGO	61,9
CHU YALGADO OUEDRAOGO	70,2
CHUSS	73,8
CM D'ARBINDA	72,6
CM DE DISSIN	84,5
CM DE KIEMBARA	82,1
CM DE MANNI	73,8
CM DE NIANGOLOKO	78,6
CM DE SAABA	69,0
CM DE SIDERADOUGOU	85,7
CM TANGHIN DASSOURI	75,0
CMA DANDE	86,9
CMA DANO	75,0
CMA DE BARSALOGHO	90,5
CMA DE BATIE	64,3
CMA DE BITTOU	79,8
CMA DE BOGANDE	61,9
CMA DE BOROMO	73,8
CMA DE BOULSA	91,7
CMA DE BOUSSE	51,2
CMA DE DAFRA	72,6
CMA DE DIAPAGA	81,0
CMA DE DIEBOUGOU	81,0
CMA DE DJIBO	66,7
CMA DE DO	66,7
CMA DE GARANGO	70,2
CMA DE GAYERI	72,6
CMA DE GOURCY	71,4
CMA DE HOUNDE	83,3
CMA DE KOMBISSIRI	76,2
CMA DE KONGOUSSI	71,4
CMA DE KOSSODO	71,4
CMA DE KOUPELA	77,4
CMA DE LEO	82,1

CMA DE MANGA	60,7
CMA DE NOUNA	89,3
CMA DE PAMA	82,1
CMA DE PO	89,3
CMA DE SAPONE	72,6
CMA DE SEBBA	77,4
CMA DE SOLENZO	78,6
CMA DE TOMA	83,3
CMA DE TOUGAN	92,9
CMA DE YAKO	92,9
CMA DE ZABRE	78,6
CMA DE ZINIARE	86,9
CMA DE ZORGHO	72,6
CMA GOROM-GOROM	81,0
CMA NANORO	85,7
CMA ORODARA	77,4
CMA OUARGAYE	79,8
CMA POUYTENGA	61,9
CMA REO	73,8
CMA SAPOUY	92,9
CMA SEGUENEGA	27,4
CMA SINDOU	58,3
CMA TITAO	78,6
CMU BANFORA	82,1
CSPS BISSINGHIN	71,4
CSPS BOUGNOUNOU	92,9
CSPS BOULOUM NAAB YIRI	92,9
CSPS CONFESIONNEL KANTCHARI	64,3
CSPS DE BAGRE V2	86,9
CSPS DE BASNERE	88,1
CSPS DE BEKA	76,2
CSPS DE BILGO	81,0
CSPS DE BOASSA	78,6
CSPS DE BOUSSORA	84,5
CSPS DE DAPELOGO(SECT 1)	76,2
CSPS DE DIANGA	89,3
CSPS DE DIPEO	88,1
CSPS DE GASSINGO	89,3
CSPS DE GOUMSIN	89,3
CSPS DE KAIN	34,5
CSPS DE KOALOU	66,7
CSPS DE KOMTOEGA	79,8
CSPS DE KOULWEOGO	70,2
CSPS DE LEGMOIN	90,5
CSPS DE MANGA EST	76,2
CSPS DE MATIACOALI	90,5

CSPS DE MBAMGA	85,7
CSPS DE MOKIN YARCE	86,9
CSPS DE MOUSSOBADOUGOU	79,8
CSPS DE NAGNIMI	81,0
CSPS DE NAMTENGGA	84,5
CSPS DE ORPOUNE	83,3
CSPS DE POBE MENGAO	69,0
CSPS DE SANDOGO DE BOUSSE	75,0
CSPS DE SAPTAN	82,1
CSPS DE SARFALAO	85,7
CSPS DE SAYAGO	90,5
CSPS DE SOFFOKEL	84,5
CSPS DE SOLHAN	61,9
CSPS DE TANGHIN GOMBOGO	90,5
CSPS DE TEMNAORE	86,9
CSPS DE TISSI	79,8
CSPS DE TOUGOUYA KOKO	92,9
CSPS DE VY	85,7
CSPS DE YEGUERESSO	79,8
CSPS DE ZAPTENGGA	79,8
CSPS DE ZEMPASGO	63,1
CSPS DE ZONATENGGA	85,7
CSPS DE ZONGBEGA	77,4
CSPS E DANGOUNA	72,6
CSPS FARADJAN	77,4
CSPS GODIN WALOGTINGA	91,7
CSPS NOTRE DAME D'ESPERANCE/PIELA	73,8
CSPS SOMASSI	85,7
CSPS URBAIN DE DIAPAGA	75,0
CSPS ZEGNEBOUGOU	78,6
CSPS ZEOLIGHIN	79,8
HOPITAL DE DISTRICT DU 30	61,9
Total général	78,0