



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

CESAG-SANTE

MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION (MBA)
GESTION DES SERVICES DE SANTE (GSS)
OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE (GPS)
Année académique 2014-2015 / 25^{ème} Promotion



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
THEME

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DU
SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE DE ROUTINE AU
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN
GUINEE-BISSAU**

Présenté et soutenu publiquement le 18 mai 2016 à Dakar-Sénégal

Par :

DA SILVA Wica Victoriana

Composition du Jury :

Président de jury : Boubacar WADE, Professeur-General des Armées

Membre de jury : Edoh Pierre GABIAM, Docteur en Droit

Directrice du mémoire : Khady SECK DIOP, Médecin-Pédiatre, Enseignante au CESAG

MAI 2016

DEDICACES

Je dédie ce mémoire :

A MON DIEU TOUT PUISSANT

Je rends grâce à DIEU pour m'avoir comblée de sa grâce, et de m'avoir assistée durant les moments difficiles et tout au long de cette formation.

« Ta bénédiction et ta lumière guident mes pas. Je t'exalte, te glorifie, je t'adore mon Seigneur tout puissant. Que JESUS soit loué, maintenant et à jamais. »

A MON PERE

Tu étais fier de ma réussite à ce concours, reçois à travers ce travail, toute ma gratitude et mes profonds sentiments. Tu m'as montré la véritable richesse d'un être humain : l'amour du travail bien fait, la dignité et la probité.

Le verbe est incapable d'exprimer toute l'affection et la reconnaissance que j'ai pour toi. Puisse Dieu, le Très Haut, t'accorder santé, bonheur et longue vie.

A MA MERE

Mon adorable mère, femme courageuse, aimable, douce et très pieuse. Tes prières et ta bénédiction m'ont protégée tout au long de mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les efforts et les soutiens inlassables que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même maintenant.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le Tout - Puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A MES FRERES

Bessna Bider DA SILVA et **Welena DA SILVA** les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je vous porte.

Vous êtes toujours là pour me soutenir et m'encourager à aller de l'avant, vous m'avez donné la force et le courage nécessaire pour mener cette étude. Chers frères, n'oublions jamais cette colle de l'unité fraternelle, la solidarité et l'entraide fraternelles, qui à toujours régné entre nous. Que Dieu renforce ce lien fraternel et nous ouvre grandement les portes du succès.

Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite. Malgré la distance vous êtes toujours dans mon cœur.

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès. Que Dieu vous protège et vous garde.

A MON CHER NEVEU

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour toi **Welena DA SILVA JUNIOR (MENINO ANPUNTU)**, ta joie et ta gaieté me comblent de bonheur.

Puisse Dieu te garder et éclairer ta route et t'aider à réaliser tous tes vœux les plus chers.

A MES AMIS ET CONNAISSANCES

Pour leur soutien inconditionnel et leur encouragement. A tous ceux qui me sont chers, je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de cette formation.

J'exprime ma profonde reconnaissance envers **le Président de la Commission de L'UEMOA** et tous les peuples de la zone de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine. Merci pour l'aide financière qui m'a permis de suivre cette formation. Que Dieu vous le rende au centuple.

A ma Directrice de Mémoire **Dr. Khady SECK**, pour avoir accepté de m'encadrer pour ce mémoire, malgré vos multiples occupations. Je ne vous remercierai jamais assez pour l'honneur que vous m'avez fait par cet acte, de même que votre soutien, vos remarques pertinentes et vos encouragements. Veuillez Chère maître trouver dans ce modeste travail l'expression de ma haute considération, ma sincère reconnaissance et mon profond respect. Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Je tiens à exprimer mes vifs remerciements à ma grande et respectueuse **Mme Edith BALIMA**, votre sagesse, votre solidarité, votre empathie et vos qualités professionnelles m'ont permis de rester au CESAG. Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent toute admiration. Veuillez trouver ici l'expression de mon estime, ma considération et ma très profonde et éternelle gratitude.

Mes profondes gratitude s'orientent vers mon cher cousin Simão **N'BINE** qui m'a informée, et orientée vers le test d'entrée au CESAG. Veuillez trouver ici, l'expression de mon estime et ma considération.

J'exprime mes remerciements au Dr Pedro **ROSA CO** qui m'avait chaleureusement accueillie au moment où je cherchais un financement. Merci pour m'avoir informé de l'existence de la bourse de l'UEMOA pour la formation et la recherche de l'excellence et, pour avoir veillé à ce que je présente ma candidature à cette bourse. Ce travail est pour moi l'occasion de vous témoigner ma profonde gratitude.

A Mme la Directrice de l'Ecole Nationale de Santé (ENS) Dr Maram **MANE** pour le soutien et les conseils. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

Un remerciement particulier et sincère à mes professeurs de Français **Mr BAMBA, Mr FAYE** et Mr Brahima **CONTE** pour leur générosité, la grande patience et tous les efforts fournis. Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude et mon profond respect.

Plus qu'un professeur, tu es mon frère et mon ami. Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance et toutes mes pensées de gratitude à mon professeur de français Emmanuel **NDECKY**, qui m'a accompagné de près durant cette formation, par sa disponibilité, par la confiance qu'il a su m'accorder et les conseils précieux qu'il m'a prodigués tout au long de la réalisation de ce projet.

A tous les départements du CESAG et en particulier le département CESAG-SANTE : son Chef le Docteur Amani **KOFFI** et ses collaboratrices, Mme GUEYE chargée des programmes, Mme DIOP Assistante du chef de département et Mme BONAMOUYFFE Assistante de programme. Merci pour votre disponibilité et votre assistance.

A tous les enseignants qui ont contribué à la formation du MBA-GSS/GPS 2014-2015. Merci pour votre instruction, en spécial Dr Malick **NIANG**. Un remerciement particulier et sincère de tous vos efforts fournis.

Je remercie la solidarité personnelle et professionnelle du Chef de Département d'Anglais du CESAG, Mr Moussa **DIENG** pour son aide précieuse qui m'a permis de suivre le cours d'Anglais. Merci infiniment.

A tous mes collègues de la 25^o promotion MBA-GSS/GPS votre soutien et vos encouragements ont été un grand levier et un solide appui pour moi, et m'ont beaucoup revigoré chaque fois que le découragement voulait m'atteindre ; je pense particulièrement Dr Aboubacar **KONA HAROUNA**, Tchao **BLEZA** et Dr Soukeyna **AIDARA**. Que ce lien fraternel se consolide davantage même au-delà de nos frontières géographiques. Dr Drissa Brehima **TRAORE** et Dr Diarra **KASSOUMOUNE FALIBO** merci pour l'appui. Brillante carrière à nous tous.

Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes du **MINSAP** et du **SIS/INASA** qui nous ont permis de réaliser notre stage.

A Dr Paulo **DJATA** coordinateur du PNLP et toute son équipe qui ont facilité la réalisation de notre stage. Votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marquées. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A Dr Inacio C. **ALVARENGA JUNIOR**, qui m'a beaucoup aidé quand je cherchais les informations sur le thème. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et mon admiration.

A tous mes collègues de l'Ecole Nationale de Santé, en particulier Jorge **GOMES CO** : vous êtes pour moi des amis sur qui je peux compter. Je vous dédie ce travail et, je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Mon cher petit frère Nicolau **MANDAMI** présent dans tous les moments. Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité. J'exprime à travers ce travail, mes sentiments de fraternité et d'amour.

Agostinho **IALA**, Ildo **OCUNDO**, Inácio **CA**, Jaime **MANGA**, Dr Aboubacar Lamine **AMADOU ROUFAYE**, Dianke **NANKY** et Fatima **NANQUE**, je ne trouve pas les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de succès.

Je remercie l'Etat et le peuple sénégalais pour l'hospitalité.

A tous ceux que j'ai omis de citer, je vous prie de trouver l'expression de ma profonde reconnaissance éternelle.

La vie, pour les défis et les opportunités qui m'ont été accordés.

A Guinée-Bissau, sempre dentro de mim.

Obrigadu pa tudu quilis ku fassi parti des historia, DEUS na paga bós!

Merci infiniment à tous !

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ACT** : Combinaison Thérapeutique à Base d'Artémisinine
- ASC** : Agents de Santé Communautaires
- CCC** : Communication pour le Changement de Comportement
- CECOME** : Central d'Achat des Médicaments Essentiels
- CESAG** : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
- CPN** : Consultation Périnatale
- CS** : Centres de Santé
- DDUI** : Déterminants de la Demande et de l'Utilisation de l'Information
- DENARP** : Document de la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté
- DQA** : Assurance de la Qualité des données
- DRS** : Directions Régionales de Santé
- ERS** : Equipes Régionaux de Santé
- FAR** : Femmes en Age de Reproduction
- FM** : Fond Mondial
- GE** : Goutte Epaisse
- GMAP** : Plan Mondial de Lutte Contre le Paludisme
- GSS** : Gestion des Services de Santé
- HMIS**: Health Management Information System
- HNSM**: Hôpital National Simão Mendes
- IDH** : Indice de Développement Humain
- IEC** : Information, Education, Communication
- INASA** : Institut National de Santé Public
- INE** : Institut National de Statistique
- INPS** : Institut National de la Prévoyance Social
- IRA** : Infections Respiratoires Aigues
- IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- LAV** : Lutte Anti-vectorielle
- MBA** : Master in Business Administration
- MDA** : Maladie Diarrhéique Aigue
- MICS** : Enquête des Indicateurs Multiples
- MII** : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
- MILDA** : Moustiquaires Imprégnées de Longue Durée d'Action
- MINSAP** : Ministère de la Santé Publique

ODD : Objectifs de Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non-Gouvernementale
PIB : Produit Intérieur Brut
PID : Pulvérisation Intra-domiciliaire
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PNDRHS : Plan National des Ressources Humaines pour la Santé
PNDS : Plan National du Développement Sanitaire
PNLP : Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PPCPEV : Plan Pluriannuel Complet du Programme Elargi de Vaccination
PRISM : Performance de la Gestion de Système d'Information de Routine
PS : Postes de Santé
RDQA : Assurance de la Qualité des données de Routine
RGPH : Recensement Général de Population et Habitation
RH : Ressources Humaines
SAB : Secteur Autonome de Bissau
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIG : Système d'Information pour la Gestion
SIS : Système d'Information Sanitaire
SISR : Système d'Information Sanitaire de Routine
SNIS : Service National de l'Information Sanitaire
SNS : Système National de Santé
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
TB : Tuberculose
TDR : Test de Diagnostic Rapide
TIC : Technologie d'Information et Communication
TPI : Traitement Préventif Intermittent
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement
USC : Unités de Santé Communautaires
USD : Dollard Américain
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Carte Administrative de la Guinée-Bissau montrant le découpage par région | 6 |
| Figure 2: Pyramide Sanitaire de la Guinée-Bissau..... | 10 |
| Figure 3: Carte sanitaire avec répartition des régions sanitaires de la Guinée-Bissau | 11 |
| Figure 4: Circuit normal de transmission des données de routine du SNIS en Guinée-Bissau..... | 21 |
| Figure 5: Processus de production des données de routine | 41 |
| Figure 6: Cadre conceptuel de PRISM..... | 44 |
| Figure 7: Cadre conceptuel de demande des données et de l'utilisation de l'information (DDUI) | 46 |
| Figure 8: Repartition des agents enquêtés selon l'anciennete au poste..... | 55 |
| Figure 9: Taux de complétude totale des rapports des aires sanitaires envoyés aux régions sanitaires - 2° trimestre 2015 | 60 |
| Figure 10: Taux de complétude totale des rapports des régions sanitaires envoyés au SIS - 2° trimestre 2015 | 61 |
| Figure 11: Taux de complétude totale des rapports du SIS envoyé au PNLP - 2° trimestre 2015..... | 62 |
| Figure 12: Taux de promptitude totale des rapports des aires sanitaires envoyés aux régions sanitaires - 2° trimestre 2015..... | 63 |
| Figure 13: Taux de promptitude totale des rapports des régions sanitaires envoyés au SIS - 2° trimestre 2015..... | 64 |
| Figure 14: Taux de promptitude totale des rapports du SIS envoyé au PNLP - 2° trimestre 2015..... | 65 |
| Figure 15: Taux d'exactitude des rapports des aires sanitaires envoyés aux régions sanitaires - 2° trimestre 2015..... | 67 |
| Figure 16: Taux d'exactitude des rapports des aires sanitaires envoyés aux régions sanitaires - 2° trimestre 2015..... | 68 |
| Figure 17: Taux d'exactitude des rapports des aires sanitaires envoyés aux régions sanitaires - 2° trimestre 2015..... | 69 |
| Figure 18: Diagramme d'ISHIKAWA | 76 |

TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau I: Indicateurs de santé en Guinée-Bissau | 18 |
| Tableau II: Catégories professionnelles du personnel du PNLP | 29 |
| Tableau III: Financement reçus en 2014 par le PNLP | 30 |
| Tableau IV: Synthèse de l'environnement interne | 32 |
| Tableau V: Priorisation des problèmes du PNLP | 34 |
| Tableau VI: Déroulement du stage | 50 |
| Tableau VII: Caractéristiques de la population d'étude | 54 |
| Tableau VIII: Nombre d'aires et de sites par région sanitaire | 59 |
| Tableau IX: Présentation des aires sanitaires de notre étude..... | 66 |
| Tableau X: Priorisation des causes | 77 |
| Tableau XI: Priorisation des solutions..... | 79 |
| Tableau XII : Matrice de cadre logique..... | 82 |
| Tableau XIII: Plan de mise en œuvre..... | 85 |
| Tableau XIV: Budgétisation | 86 |
| Tableau XV: Plan de mise en œuvre des activités de suivi-évaluation du projet de formation/recyclage..... | 88 |

SOMMAIRE

| | |
|---|-------------|
| DEDICACES | i |
| REMERCIEMENTS | iii |
| SIGLES ET ABREVIATIONS | vi |
| TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX | viii |
| SOMMAIRE | x |
| INTRODUCTION | 1 |
| PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE | 4 |
| CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE | 5 |
| CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE | 35 |
| DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE | 48 |
| CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE | 49 |
| CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE | 53 |
| TROISIEME PARTIE : DETERMINATION DES CAUSES, IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET LEUR PRIORISATION | 72 |
| CHAPITRE 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES DU PROBLEME | 73 |
| CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS | 78 |
| CHAPITRE 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION | 80 |
| RECOMMANDATIONS | 89 |
| CONCLUSION | 92 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 95 |
| ANNEXES | 99 |

INTRODUCTION

CESAG
BIBLIOTHEQUE

Le paludisme est une maladie grave qui sévit de façon endémique un peu partout dans les régions tropicales. Cette gravité fait du paludisme un des objectifs de développement durable (ODD).

La transmission du paludisme est active dans les six régions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La population susceptible d'être infectée par le parasite s'élève à 3,2 milliards dans 97 pays. Au niveau mondial, le nombre de cas de paludisme était estimé en 2015 à 214 millions et le nombre de décès associés à 438 000. Environ 88% des cas de paludisme et 90% des décès associés ont été enregistrés dans la région Afrique de l'OMS. Selon le rapport sur le paludisme dans le monde 2015.

Le paludisme n'est pas seulement un problème de santé en Afrique, il représente aussi un poids social et économique énorme pour la population et, constitue un véritable problème de développement des pays concernés, en particulier la Guinée-Bissau.

En Guinée-Bissau, le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Il est aussi la principale cause d'absentéisme scolaire et d'absentéisme professionnel et par là, il exerce un impact négatif sur les revenus des familles et sur l'économie du pays, (PNLP/plan stratégique, 2013-2017). En 2014, la Guinée-Bissau a notifié 98.952 cas de paludisme (85.806 cas simples et 13.146 cas graves), dont 357 décès, (PNLP/rapport, 2014).

Un effort conjoint au niveau mondial a été fait pour intensifier la lutte contre le paludisme à travers des programmes de santé ces dernières années. Malgré les progrès remarquables, des millions des personnes à risque n'ont toujours pas accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), aux tests de diagnostic et aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. L'une des raisons pour que les programmes de lutte contre le paludisme ne parviennent pas à atteindre les objectifs fixés, est la faiblesse du système d'information sanitaire de routine à produire les informations de qualité sur les activités du paludisme.

Les décisions prises par les programmes de santé doivent s'appuyer sur des données complètes, fiables et pertinentes. Ce qui justifie la nécessité de disposer d'un bon système d'information sanitaire de routine pour aider les décideurs à la prise de décision.

L'information constitue une des matières premières pour toute organisation ou institution ; elle représente une étape fondamentale dans la prise de décisions, dans l'engagement de l'action et dans l'évaluation des résultats obtenus.

L'information de qualité générée par le système d'information sanitaire de routine appuie les décideurs surtout à la prise de décisions telles que la planification, la gestion des services de soins de santé, la compréhension des déterminants de santé, le suivi et

l'évaluation des politiques et programmes de santé, le financement et l'allocation des ressources, (Altilia J. P et col, 1996)

Le système d'information sanitaire de routine (SISR) joue un rôle essentiel dans la collecte, le traitement et la diffusion de l'information. Un système d'information sanitaire de routine est dit performant lorsqu'il fournit l'information de qualité, utilisée pour la prise de décision.

Le système d'information sanitaire de routine (SISR) de la Guinée-Bissau rencontre des difficultés liées à la production de l'information de qualité et son utilisation, (SNIS, 2016). Cette faiblesse constatée dans le SISR constitue un obstacle majeur dans la gestion du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) : le SISR ne fournit pas toutes les informations sur les activités du paludisme. Pour cette raison, le PNLP, ne disposant pas des données fiables sur la situation réelle du paludisme au pays, est souvent confronté à des prises de décision inadéquates qui ont comme conséquences, des ruptures fréquentes de tests de diagnostic rapide (TDR), de combinaisons thérapeutiques à base Artémisinine (ACT) et de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII).

C'est dans ce contexte que notre étude conduite au Ministère de la Santé Publique (MINSAP), spécifiquement au PNLP, se propose comme objectif général de contribuer à l'amélioration de la performance du système d'information sanitaire de routine au programme national de lutte contre le paludisme en Guinée-Bissau.

A cet effet, nous proposons le plan suivant :

- la première partie de l'étude portera sur l'analyse situationnelle et le cadre théorique ;
- la deuxième partie sera destinée à la méthodologie et la présentation des résultats ;
- la troisième partie sera dédiée à la détermination des causes, l'identification des solutions et leur priorisation et, l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de la solution choisie et la formulation des recommandations.

PREMIERE PARTIE :

ANALYSE SITUATIONNELLE ET

CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Pour rendre efficace et efficiente un système d'information sanitaire de routine, il convient de mettre en place un cadre général qui définisse les besoins et les priorités nationales en matières d'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé. Pour mieux comprendre le système d'information sanitaire de routine, il importe de situer l'analyse situationnel et le cadre théorique de l'étude.

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. L'analyse de l'environnement externe de l'étude

Dans ce chapitre, nous allons présenter la situation du pays de façon générale, et définir notre milieu d'étude puis, nous identifierons les problèmes liés à cette étude et leur priorisation.

1.1.1. La présentation de la Guinée Bissau

❖ Le contexte physique, écosystème et climat

La Guinée-Bissau est située sur la côte Occidentale de l'Afrique, entre 10° 59' et 12° 20' latitude nord et 13° 40' et 16° 43' de longitude Ouest, avec une superficie de 36. 125 km², dont plus de 28 000 km² de zones arides (Analyse situationnelle Guinée-Bissau, 2014).

Le pays comprend deux régions physico-géographiques : une partie continentale couvrant 78% des terres et l'autre insulaire. Cette dernière, appelée Archipel de Bijagos, est composée de 88 îles et îlots parmi lesquelles seulement 21 sont habités ; il existe encore d'autres îles adjacentes constitués d'étroits cours d'eau comme les îles de Como, Melo, Jeta, Pecixe etc. L'altitude de la région est en moyenne de 300 m (Analyse situationnelle Guinée-Bissau, 2014).

La Guinée-Bissau est limitée au Nord par la République du Sénégal, à l'Est et au Sud par la République de la Guinée Conakry et à l'Ouest par l'Océan Atlantique, elle est divisée en trois régions naturelles :

-les zones côtières Nord et Sud sont des terres basses ; elles sont constituées d'îles et de bassins versant des cours d'eau. Ces zones sont très fragmentées et souvent envahies par la mangrove ;

-les zones des plaines et des vallées occupent une grande partie du territoire dans les régions centre et Nord - Est du pays ; elles sont périodiquement inondées et, sont favorables à l'agriculture ;

-et les zones intérieures Sud - Est plus accidentées, sont caractérisées par les collines de Boé. La partie la plus élevée du territoire de ces zones présentée de très bonnes conditions pour la culture de l'anacarde (noix de cajou) et de l'arachide (huile et cacahuète).

Le climat est tropical, chaud et humide caractérisés par l'alternance de deux saisons : la saison pluvieuse de Mai à Novembre et la saison sèche de Décembre à Mai avec une température moyenne annuelle qui varie entre 26,5°C et 28°C, (www.guinee-bissau.net).

Les différentes caractéristiques observées entre les deux saisons constituent un obstacle au contrôle de certaines endémies comme le paludisme.

❖ **Le contexte administratif et territorial**

Sur le plan administratif, la Guinée-Bissau est divisée en (08) huit régions : Bafatá, Biombo, Bolama, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara et Tombali ; lesquelles sont réparties en 36 secteurs et, plus (01) un secteur autonome qui est la capitale Bissau. Les secteurs sont divisés en plusieurs sections regroupant 10 à 25 villages. Le secteur autonome de Bissau (SAB) est considéré dans son entièreté comme urbain, alors que les régions ont une partie urbaine et une autre rurale. L'administration est organisée à trois niveaux : le niveau central, le niveau régional et le niveau sectoriel (Analyse situationnelle Guinée-Bissau, 2014).

- Le niveau central : le gouvernement est dirigé par le premier ministre.
- Le niveau régional : est dirigé par un gouverneur avec son équipe.
- Le niveau sectoriel : est dirigé par un administrateur du secteur et son équipe.

Les départements ministériels constituent la structure de base de l'administration centrale. La perspective d'élection autarcique pourrait éventuellement conduire à l'implantation d'une véritable consolidation et une autonomie des départements avec la mise en place de moyens et de pouvoirs pour la planification régionale et locale, lesquels permettront le développement économique et social des régions.



Figure 1: Carte Administrative de la Guinée-Bissau montrant le découpage par région

Source : <https://www.google.sn/search?q=carte+administrative+de+la+guinée+bissau&biw>

❖ Le contexte démographique

Les indicateurs démographiques montrent que la population de la Guinée-Bissau recensée en 2009 est estimée à 1.449.230 habitants, elle aurait atteint 1.530.653 habitants en 2015. Les hommes représentent 48,6% et les femmes 51,4%. La population est essentiellement jeune ; en effet, 44,5% de la population Bissau-guinéenne a entre 0 et 25 ans, 17,6% ont entre 35 et 64 ans, et 3,2% 65 ans et plus (RGPH de mars 2009).

La majeure partie de la population réside dans le secteur autonome de Bissau (SAB). La capitale du pays compte environ 25,1% de la population. Approximativement 56% de la population de la Guinée-Bissau habitent en zones rurales et 44% en zones urbaines (MICS, 2014).

La Guinée-Bissau est un pays laïc, la religion prédominante est l'islam (45,1%) suivi du christianisme (22,1%) puis l'animisme (14,9%) et 2% sans religion. Néanmoins, 15,9% de la population refuse de donner des précisions sur leur appartenance religieuse et, une part non négligeable de la population pratique deux religions (RGPH de mars 2009).

La Guinée-Bissau est un pays lusophone, la langue officielle est le Portugais, elle est parlée par 27,1% de la population. Le Créole constitue la langue nationale : il est parlé par 90,4% de la population (RGPH de mars 2009).

Le pays est constitué d'une grande diversité ethnique, estimée entre vingt et trente groupes ethniques différents. Ainsi, cinq groupes ethniques représentent à elles seules, plus de 85% de la population totale. L'ethnie Fula, qui était jadis à la deuxième position dans le classement des groupes ethniques les plus représentés du pays, vient maintenant en tête avec 28,5%, suivi des Balantas : 22,5%. Les proportions pour les autres groupes ethniques se présentent de la manière suivante : Mandingas (14,7%), Papels (9,1%), Manjacos (8,3%) et les personnes appartenant aux ethnies Nalu, Saracole et Sossos sont moins de (1%). Il existe une petite partie de la population (2,2%) qui ne fait pas partie des groupes ethniques cités de la population, de même que 13,7% (RGPH de mars 2009).

Les données sur le taux de fécondité sont rares en Guinée Bissau. Cependant, quelques données existantes font état d'un niveau élevé du taux de fécondité, tout comme l'ensemble des pays africains au Sud du Sahara. La Guinée Bissau est caractérisée par un niveau du taux de fécondité avec en moyenne 7 enfants par femme au niveau national. Ce niveau de fécondité varie selon le milieu de résidence : 7 enfants par femme en milieu urbain contre 8 enfants par femme en milieu rural. L'application des politiques et des programmes au cours de ces dernières années aura un impact futur sur la réduction de la fécondité (PNDS II, 2008-2017).

Le taux de croissance démographique est estimé à 2% voire 3% par an et une densité de population d'approximativement de 47 habitants/km². L'espérance de vie à la naissance se situait à 48,6 ans en 2009. Le pays enregistre un taux d'urbanisation rapide passant de 18% en 1991 à 30% en 2010, avec une accélération de l'exode rural (DENARP II, 2011-2015).

❖ Le contexte socioéconomique

La Guinée-Bissau est un petit pays qui essaie de combattre la pauvreté malgré son manque de ressources financières. Environ 69,3% de la population sont pauvres dont 33% extrêmement pauvres, la pauvreté touche davantage les femmes que les hommes. Près de la moitié de la population vit avec moins de 2 Dollars Américain (USD) par jour (DENARP II, 2011-2015). L'économie Bissau-guinéenne est fragile et vulnérable, la croissance économique repose sur plusieurs secteurs : en premier lieu l'agriculture, en particulier la chaîne de production et d'exportation de noix de cajou, le commerce, puis l'exploitation des ressources naturelles notamment : la pêche, la collecte et l'exploitation des produits forestières, et enfin l'industrie, le transport, l'horticulture, l'élevage et le tourisme.

Le pays est classé parmi les plus pauvres du monde. Il occupe le 164^{ème} rang mondial sur 169 pays avec un indice de développement humain (IDH) de 0,353 et un taux de croissance économique de 3,5% (DENARP II, 2011-2015).

Le taux de croissance réelle du PIB était de 0,9% en 2012, alors que la moyenne pour l'Afrique subsaharienne était de 2,1% et celle des pays à très faible IDH était de 1,68%.

Le faible niveau de revenu monétaire et la précarité de l'état de santé de la population justifient les difficultés d'accès aux services de santé et la dégradation de leur cadre de vie.

La croissance économique durable et le développement des ressources humaines constituent des conditions déterminantes pour une réduction significative de la pauvreté (DENARP II, 2011-2015).

❖ Le contexte politique

Les instabilités politiques depuis plusieurs décennies n'ont pas permis de créer les meilleures conditions et la mise en place des politiques publiques ambitieuses et durables.

La politique Bissau-guinéenne se caractérise par de profondes divisions, entre les acteurs politiques et la société civile.

Depuis le conflit politico-militaire de 1998 jusqu'à nos jours, le pays n'a pas été en mesure de surmonter les difficultés politiques, économiques et sociales. La vie publique en Guinée-Bissau a été marquée principalement par le non-respect des règles de l'Etat de droit

démocratique, surtout en ce qui concerne la subordination de l'armée au pouvoir civil. Ce qui a conduit à une instabilité politique chronique avec des changements fréquents de gouvernements et des coups d'Etat (DENARP II, 2011-2015).

Dans le cadre de la recherche de solutions, les alternances successives de gouvernement ont déployé d'importants efforts en vue de doter le pays de politiques lui permettant de poursuivre des objectifs d'amélioration de la gouvernance. Le développement socio-économique durable et la stabilité politique dépendent de la création d'opportunités de revenus pour les populations.

❖ L'éducation

L'éducation et la formation constituent une priorité du Gouvernement de la Guinée-Bissau. Le secteur de l'éducation a enregistré des progrès remarquables au cours de ces dernières années. Malgré ces progrès réalisés, il reste encore beaucoup à faire. Les indicateurs du système éducatif reflètent encore nettement les situations des redoublements successifs et les abandons qui continuent à toucher plus les filles que les garçons. Les filles sont en retard par rapport aux garçons principalement en milieu rural (DENARP II, 2011-2015).

Le taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans est de 70,4% pour les hommes et 50,5% pour les femmes (MICS, 2014).

Les principaux défis éducationnels à relever se résument :

- ✓ à l'amélioration du rendement du système éducatif permettant de réduire les échecs et les abandons scolaires, surtout pour les filles ;
- ✓ au relèvement de taux de scolarisation, surtout en milieu rural ;
- ✓ à l'amélioration du ratio fille/garçon en vue de réduire les inégalités actuelles, principalement au niveau secondaire et supérieur (DENARP II, 2011-2015).

1.1.2. Le système national de santé en Guinée-Bissau

Le système national de santé (SNS) comprend le secteur public et le secteur privé. A côté de ses deux secteurs, il y a la médecine traditionnelle qui est relativement développée, dont l'objectif principal est la prestation de soins de qualité à la population (PNDS II, 2008-2017).

1.1.3. L'organisation du système national de santé en Guinée-Bissau

Le système national de santé (SNS) est organisé selon une structure pyramidale et s'articule autour de trois niveaux : local, régional et central.

La figure ci-dessous illustre les différents niveaux (PNDS II, 2008-2017).

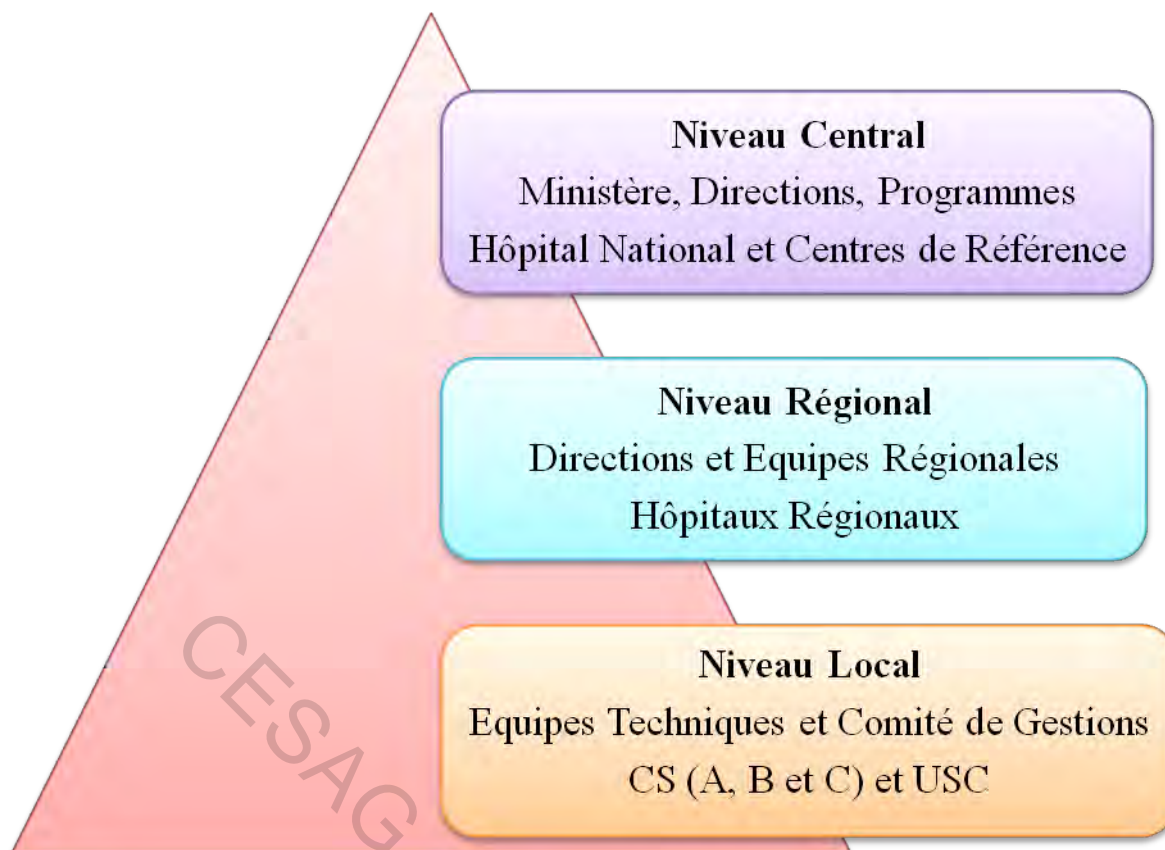


Figure 2: Pyramide Sanitaire de la Guinée-Bissau

Source : PNDS II, 2008-2017

La carte sanitaire de la Guinée-Bissau comprend 11 régions sanitaires divisées en 111 aires sanitaires et 151 sites (les hôpitaux, les centres de référence, les ONG et les dispensaires) à travers des critères géographiques qui recouvrent une population qui varie entre 5.000 à 12.000 habitants. La couverture sanitaire est actuellement supérieure à 40% sur un rayon de 5 km (PNDS II, 2008-2017).

Il est à souligner que la carte sanitaire ne correspond pas à celui administrative en deux (02) régions : Bolama séparée en région de Bolama et région de Bijagos et, Oio divisée en région d'Oio et région de Farim pour des raisons liées aux contraintes logistiques et communications. Il n'y a pas des documents qui caractérisent l'endémie du paludisme en Guinée-Bissau. Mais les deux dernières rapports annuels d'activités du PNLP (2013 et 2014) ont démontré que les régions de forte prévalence du paludisme sont : Bissau, Bafatá et Gabú ; Celles de moyenne prévalence sont : Bijagos, Biombo, Cacheu et Tombali ; et de faible prévalence sont : Bolama, Farim, Oio et Quinara.



Figure 3: Carte sanitaire avec répartition des régions sanitaires de la Guinée-Bissau

Source : nous-même

➤ Le niveau local ou base

Le niveau local est responsable pour l'implémentation de paquet minimum d'activités (PMA), l'objectif de PMA est d'assurer les soins curatifs et préventifs dans chaque aire sanitaire. Ce niveau est divisé en trois types de formations sanitaires à savoir : les Unités de Santé Communautaires (USC), les Postes de Santé (PS) et les Centres de Santé (CS).

Les USC sont les structures gérées par les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les Accoucheuses Traditionnelles qui jouent le rôle de premier niveau de contact entre l'homme malade et les structures de santé, où commencent les soins de santé primaires. Les CS, sont classés de la manière suivante : Type A, B et C. Cette division vise une rationalisation de l'utilisation des ressources matérielles, financières et humaines et, se distinguent par la capacité de l'intervention de soins qui peut être plus ou moins complexe.

Les CS de type A et B sont dans les zones ayant une capacité d'hospitalisation qui varie entre 20 à 30 lits, pour une population plus dense. Les centres de type A sont destinés à des zones dont l'accessibilité géographique est très difficile donc, ils doivent être munies d'un petit bloc opératoire pour assurer les interventions d'urgence en particulier, les cas de césarienne. Tandis que, les centres de type C sont destinés à des zones où la densité de la population est très faible avec un rayon d'action entre 5 à 10 km. Ces centres sont classés en ruraux et urbains, dirigés par les Equipes Techniques et Comites de Gestion. L'aire de couverture

compte avec des équipes mobiles et celles de la stratégie avancée par les zones d'accessibilité difficile (PNDS II, 2008-2017).

➤ **Le niveau régional ou intermédiaire**

Ce niveau comprend : dix (10) Directions Régionales de la Santé (DRS), les Equipes Régionales de Santé (ERS) et les cinq (5) Hôpitaux Régionaux (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú et Mansoa). Le niveau régional est responsable de la mise en œuvre de la politique de santé, l'analyse de la situation régionale, la prévision des plans et des ressources humaines, matérielles et financières, mais surtout de la programmation annuelle, du suivi et d'évaluation y compris la collaboration intersectorielle (PNDS II, 2008-2017).

➤ **Le niveau central ou stratégique**

C'est le niveau qui comprend le Ministère de la Santé Publique (MINSAP), les Directions, les Services, les Programmes Nationaux, l'Hôpital National Simão Mendes (HNSM) et les Centres de Référence. La gestion de ce niveau est assurée par le MINSAP et les Directions de Services responsables pour la définition et les orientations majeures pour le niveau régional en fonction des priorités nationales : l'élaboration des politiques, la mobilisation des ressources financières et humaines, la programmation annuelle, le suivi et l'évaluation (PNDS II, 2008-2017).

○ **Le système de référence et de contre référence**

Il est basé sur le système pyramidal. Ce système vise le transfert d'informations sanitaires entre les niveaux et l'orientation des malades entre les différents niveaux de soins. Mais, la référence pose certains problèmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les facteurs mentionnés sont liés à la prise de décision, la défaillance du système sanitaire, le transport, et la mauvaise qualité des infrastructures routières (PNDS II, 2008-2017).

1.1.4. Le système des soins

Selon PNDS II, (2008-2017), les structures des soins de santé sont diversifiées et relèvent du secteur public, privé ou de la médecine traditionnelle.

❖ Le secteur public

Les structures de soins de santé publique comprennent :

- 01 hôpital national ;
- 03 hôpitaux spécialisés de niveau tertiaire ;

- 05 hôpitaux régionaux de niveau secondaire ;
- 07 centres spécialisés ;
- 03 centres maternels - infantile ;
- 07 centres de santé type A ;
- 07 centres de santé type B ;
- 108 centres de santé type C ;
- 01 centre de prothèse ;
- 01 centre de médecine traditionnelle ;
- 02 hôpitaux de force nationale de la défense et de la sécurité ;
- 10 centres de santé de force nationale de la défense et de la sécurité ;
- 01 laboratoire national de santé publique ;
- 01 centrale d'achat des médicaments essentiels (CECOME) au secteur autonome de Bissau (SAB) et 09 dans les régions.

Les hôpitaux régionaux, les centres de référence et certains centres de santé ont leurs laboratoires pour la réalisation des analyses simples.

❖ **Le secteur privé**

Le secteur privé de santé est peu développé en Guinée-Bissau. La création de l'environnement favorable à l'intervention du secteur privé de santé (national et étranger) contribuera d'une manière cruciale pour la diminution de pression sur le secteur public, surtout en ce qui concerne l'accès au service et la qualité des soins. Le secteur privé est divisé en :

✓ **les prestataires privés à but non lucratif**

Ils sont essentiellement formés par les missionnaires (l'église catholique et l'évangélique) et les organisations non-gouvernementales (ONG) nationaux et internationaux. Dans ce cas, il existe des relations à travers des protocoles de partenariat entre le MINSAP et eux-mêmes. Mais aussi, ce protocole permet que les ONG contribuent à la formation de personnel technique, à la construction des infrastructures et les approvisionnements des équipements, matérielles et médicaments (PNDS II, 2008-2017).

✓ **les prestataires privés à but lucratif**

Ils comprennent :

- 60 cliniques et cabinets médicaux ;
- 05 laboratoires d'analyses médicales ;

- 300 pharmacies approvisionnées par les différents grossistes répartiteurs ;
- 10 centres médicaux d'entreprise.

Les structures privées dans les régions se situent principalement aux sièges régionaux, en raison de la concentration des médecins aux hôpitaux régionaux.

❖ La médecine traditionnelle

Il existe au MINSAP une structure de la médecine traditionnelle responsable de la coordination et la gestion de ce secteur. Cette structure est intégrée à la Direction de soins de santé primaire et, est constituée d'un bureau dirigé par un médecin. La médecine traditionnelle est omniprésente sur le terrain, elle continue à occuper une importante place au sein de la population Bissau-guinéenne, à cause de la précarité du Service National de Santé et de l'insuffisance de structures sanitaires et aussi du prix élevé des médicaments. Les populations font toujours recours à la pharmacopée traditionnelle, pour cette raison, les autorités sanitaires du pays ont l'intérêt de développer les programmes et les activités afin de développer le secteur (PNDS II, 2008-2017).

1.1.4.1. Les ressources du MINSAP

❑ Les ressources humaines

Il existe un Plan National des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS, 2008-2017). L'effectif total du personnel de santé est passé de 2.118 en 2007 à 2.622 en 2014. Le ratio personnel médical, paramédical et population est loin d'être atteint. Le déséquilibre est plus important au niveau des zones rurales.

Le système de santé de la Guinée-Bissau fait face à un problème aigu de l'insuffisance en ressources humaines (RH) en qualité et en nombre. Cette carence porte préjudice dans la gestion des programmes notamment la planification, la mise en œuvre des activités, la supervision et l'évaluation des activités.

La faiblesse de ressources humaines pour la santé du pays résulte d'une multitude des facteurs liés essentiellement à la disparité dans la distribution entre les différentes régions et les structures sanitaires, le bas niveau de salaire, les mauvaises conditions de travail, la fermeture des écoles de formations des professionnels de santé de 1998 à 2005 et la fuite de cerveaux à cause du conflit politico-militaire et l'instabilité constante. Cet effectif est inégalement reparti sur le territoire avec une concentration du personnel dans les grandes villes particulièrement à Bissau et ses environs qui regroupent 51% du personnel de santé. Les femmes sont plus représentées dans le secteur de soins, avec 52%.

Pour pallier ce déficit, le gouvernement procède régulièrement au recrutement de personnel médical et paramédical (PNDRHS, 2008-2017).

❑ Les ressources financières

Le financement du système de santé provient de différentes sources, à savoir : le Budget de l'Etat, le produit intérieur brut (PIB), les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les recettes propres, les cotisations de la sécurité sociale à travers l'Institut National de la Prévoyance Social (INPS) et le recouvrement des coûts provenant des utilisateurs des services de santé (l'initiative de Bamako) (PNDS II, 2008-2017).

Le budget de l'Etat attribué au secteur de santé, est loin, sinon très-très loin des 15% du budget total, conformément à la recommandation de la déclaration d'Abuja (déclaration que la Guinée-Bissau a ratifié (PPCPEV, 2013-2017).

En 2006, les dépenses en santé représentaient 1,22% du PIB. Le total du budget de l'Etat destiné au MINSAP est de 5.08%. La participation externe en ce qui concerne le budget de la santé représentait 11.19% du PIB lequel, correspond à 46,54% du budget de l'Etat. Ces données montrent que le pays nécessite de l'intervention des entités externes pour maintenir un niveau de soins minimum de santé à la population (PNDS II, 2008-2017).

Dans les dix dernières années, la proportion du budget de l'Etat allouée à la santé n'a jamais atteint les 10% et représente moins de 15% des besoins financiers du fonctionnement du secteur de la santé. Ce qui implique que le budget ordinaire du MINSAP est entièrement dépendant de l'appui des partenaires au développement (PNDS II, 2008-2017).

Dans ce contexte, le pays est bien loin des objectifs de la Déclaration d'Abuja selon laquelle 15% du budget national devrait être allouée au secteur de santé. Ces contraintes entravent également le chemin l'atteint des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le financement communautaire qui est l'un des piliers importants du secteur, est confronté à un problème de gestion et d'utilisation judicieuse de ces fonds, faute de supervision de l'utilisation adéquate d'outils de gestion et de l'implication de la communauté dans la planification des activités.

1.1.5. Les problèmes prioritaires de santé en Guinée-Bissau

Les problèmes prioritaires de santé continuent à être dominés par les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les complications obstétricales. Cette dernière est justifiée par l'indice de mortalité maternelle et néonatale très élevée en Guinée-Bissau due à cette cause. Il existe d'autres situations qui menacent la santé de la population telles que la persistance des comportements à risque comme : le tabagisme, l'alcoolisme, les

comportements sexuels à risque, le régime alimentaire déséquilibré et l'incapacité du système national de santé à apporter une solution appropriée à ces problèmes.

Au cours des dix dernières années, le profil épidémiologique n'a pas changé. Au contraire il y a eu une augmentation des pathologies habituelles et émergentes, notamment la tuberculose (TB) et le VIH/SIDA.

Il n'y a pas beaucoup d'indicateurs sur les morbidités et les mortalités générales et spécifiques qui permettent la description et la caractérisation de l'état de santé de la population. Le système des statistiques ne fonctionne pas, il n'y a pas des registres obligatoires des décès. Cependant, la majeure partie des malades et des décès se passent en dehors des structures de santé (PNDS II, 2008-2017).

❖ Les maladies transmissibles

Elles continuent à engendrer des problèmes majeurs de santé publique au pays. Les principales causes de morbidité et de mortalité liées aux maladies transmissibles sont : le paludisme, la tuberculose, les maladies diarrhéiques aiguës (MDA), les infections respiratoires aiguës (IRA) et les IST/VIH/SIDA, qui constituent les raisons principales de recours aux services des soins. En plus, la forte prévalence des maladies parasitaires et intestinales, ainsi que d'autres maladies liées à la transmission féco-orale découle du faible niveau de l'assainissement du milieu, de l'accès à l'eau potable et aux conditions d'habitations (PNDS II, 2008-2017).

▪ Le paludisme

Le paludisme est plus qu'un problème de santé publique, il est ainsi un véritable problème de développement socio-économique en Guinée-Bissau. C'est une maladie endémique en Guinée-Bissau, la transmission est stable avec une recrudescence pendant la saison de pluie (juin à octobre) et la prévalence est très élevée. Tenant compte de la condition climatique et le niveau de l'endémicité, toutes les personnes sont considérées comme exposées au paludisme. Le paludisme est le principal motif de consultation et d'hospitalisation et, constitue la première cause de morbidité et de mortalité surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, mais aussi, d'absentéisme scolaire et d'absentéisme au lieu du travail. De ce fait, il y a un impact négatif sur l'économie du pays et aux revenus des familles (PNLP/plan stratégique, 2013-2017)

Plus de 90% des cas de paludisme sont causés par le *Plasmodium falciparum*. Les espèces prévalent sont le *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium Malariae* et *Plasmodium Ovale*.

En 2014, selon le rapport d'activités du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), le pays a notifié 98.952 cas de paludisme (85.806 simples et 13.146 graves), dont 357 décès. Environ 28.318 cas de paludisme correspondant à 29% et 126 décès avec une proportion 35% des enfants de moins de cinq ans (PNLP rapport, 2014).

▪ **Les maladies évitables par la vaccination**

Ces maladies ne constituent plus l'importante cause de morbidité et de mortalité infantile. La rougeole est pratiquement contrôlée comme le problème de santé infantile. Surtout depuis la campagne de masse réalisée en 2006 qui couvrait les enfants de 6 mois aux adolescentes de 14 ans. L'évolution de cas de tétanos démontre une situation favorable à son élimination. En 2007, les cas de tétanos ont baissé considérablement, seulement 08 cas notifiés grâce au partenariat entre MINSAP et UNICEF à travers l'élaboration et l'exécution du programme élargi de vaccination et de renfort de soins de santé primaire. Le programme élargi de vaccination à des problèmes comme : La faible couverture anti-tétanos aux femmes en âge de reproduction, la faible couverture au niveau de l'utilisation des services des soins prénataux, surtout la faible couverture des accouchements assistés attenante aux conditions adéquates d'hygiène et en présence du personnel de santé. La Guinée-Bissau est en train de faire des efforts en effectuant des interventions programmatiques pour l'élimination de tétanos (PPCPEV, 2013-2017).

❖ **Les maladies non transmissibles**

Compte tenu de la déficience du Système de l'Information Sanitaire (SIS) qui ne permet pas d'obtenir les informations réelles sur les maladies non transmissibles en Guinée-Bissau et malgré le manque d'informations générales, il est constaté que certaines maladies non transmissibles constituent déjà un problème de santé publique. La mal nutrition constitue le premier problème de santé publique parmi les maladies non transmissibles. Les autres maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires particulièrement l'hypertension artérielle et l'accident vasculaire cérébral, le diabète et les autres maladies chroniques dégénératives comme le cancer qui accroit rapidement au pays (PNDS II, 2008-2017).

❖ **Les complications obstétricales**

La fécondité est extrêmement élevée, soit 7 enfants par femmes en âge de reproduction (FAR), en milieu rural le chiffre augmente, soit 8 enfants par FAR. Environ 90% des femmes

en âge de reproduction entre 15 à 49 ans ont une vie conjugale régulière et n'utilise aucune méthode contraceptive (ni moderne ni traditionnel). Cette perception estimée à 93,2% en milieu rural contre 81% en milieu urbain. A ceci s'ajoute le démarrage précoce de rapport sexuel général surtout chez les filles. Presque 95% des filles entre 15 à 24 ans sont sexuellement actives.

Les données sur les maladies obstétricales sont rares. En 2002, la létalité par les complications obstétricales ont été de 7% contre 1% tolérer par l'OMS. Les principales causes de décès et des complications obstétricales se suivent de la manière suivante : 42% hémorragie (pré et post-accouchement), 19% dystocies, 16% infections post-accouchement, 9% avortement et 6% éclampsies. Ces causes sont dues au manque d'espacement des naissances, la grossesse précoce, la multiparité et l'avortement provoqué.

Pour relever le défi sur la mortalité maternelle et néonatale, les autorités sanitaires ont mis en place plusieurs stratégies, parmi ces stratégies on note le renforcement des capacités en consultations prénatales, les constructions des USC, la formation des matrones et la construction de maison d'attente avant l'accouchement "*casa de Mãe*" dans certaines régions sanitaires destinées aux femmes enceintes avec haut risque obstétrical (PNDS II, 2008-2017).

❖ Les principaux indicateurs de santé en Guinée-Bissau

L'état de santé de la population Bissau-guinéenne est précaire, en raison de plusieurs facteurs.

Tableau I: les indicateurs de santé en Guinée-Bissau

| INDICATEURS | VALEURS |
|--|----------------|
| Taux de mortalité néonatale (0/000) | 35,5 |
| Taux de mortalité infantile (0/000) | 55,4 |
| Taux de mortalité post-néonatale (0/000) | 19,7 |
| Taux de mortalité juvénile (0/000) | 35,4 |
| Taux de mortalité infanto-juvénile (0/000) | 88,8 |
| Taux de mortalité maternelle (0/00.000) | 900 |
| Taux synthétique de fécondité (nombre d'enfant par femme) | 4,9 |
| Esperance de vie à la naissance | 48,9 ans |
| Taux de prévalence de la méthode contraceptive moderne | 14,4% |
| Pourcentage d'enfants âges de 12-23 mois complètement vaccinés | 37,4% |
| Taux de prévalence de VIH/SIDA | 5,3% |
| Excision féminine (15-49 ans) | 49,7% |

Sources : enquête des indicateurs multiples MICS, 2014 Guinée-Bissau

1.1.6. Le système national de l'information sanitaire de la Guinée-Bissau

En Guinée-Bissau le service national de l'information sanitaire (SNIS) a été créé en 1992 pour faciliter la formulation et l'évaluation des politiques, les plans et les programmes de santé, ainsi que la définition des priorités et la prise de décisions qui contribueront à l'amélioration de l'état de santé de la population. Le SNIS comporte plusieurs sous-systèmes existants, gérés par divers programmes selon leurs besoins sans interaction (PNDS II, 2008-2017).

En 2003, le SNIS a lancé deux défis, le premier consistait à améliorer la qualité de l'information sanitaire à cause de l'exigence des partenaires, en particulier le Fond Mondial qui finance les programmes prioritaires VIH, TB et Paludisme. Ces partenaires exigent l'information de qualité et à temps. Le deuxième défi a trait à la nécessité de suivre et d'évaluer les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et les autres initiatives mondiales, régionales et sous-régionales.

Depuis 2008 le SNIS est piloté par l'institut national de santé publique (INASA) qui a initié le processus de planification stratégique afin de réorganiser le SNIS pour une meilleure coordination de tous les processus de production des données, à tous les niveaux du système de santé. L'actuel système d'information sanitaire de routine inclut seulement les données des établissements de santé publique qui sont souvent incomplètes et de mauvaises qualités. Pour cette raison le PNLP n'a jamais des données complètes du paludisme de tous les secteurs de santé (SNIS, 2016).

1.1.6.1. La vision et la mission du SNIS

La vision : «être la principale référence statistique du secteur de la santé».

La mission : «est de produire, élaborer et disséminer l'information pour la prise de décisions à tous les niveaux».

1.1.6.2. Les valeurs et les principes du SNIS

Le SNIS partage les onze (11) valeurs et principes du système statistique national inclus dans le plan stratégique de l'Institut National de Statistique (INS). Ces valeurs et principes sont : le professionnalisme, l'impartialité, la pertinence, la coordination, l'efficacité, l'intégration, la qualité, la synergie, l'équilibre, la simplicité, la flexibilité, l'utilisateur et la finalité (SNIS, 2016).

Les objectifs du SNIS consistent à :

- développer des stratégies qui renforcent le cadre institutionnel ;
- renforcer la capacité des ressources humaines ;
- rendre disponibles les ressources et les infrastructures à tous les niveaux ;
- intégrer les bases de données ;
- assurer la gestion du SNIS et la coordination du système national de l'information sanitaire pour la santé.

Le circuit de transmission de l'information sanitaire de routine de la Guinée-Bissau respecte les procédures qui prévoient la remontée des informations vers le niveau supérieur de la pyramide sanitaire.

- **Le niveau local** : les aires sanitaires sont formées par les centres de santé et les unités de santé communautaires qui envoient les rapports entre le 5 et le 10 de chaque mois à la Direction Régionale de Santé de leur appartenance.
- **Le niveau régional** : la Direction Régionale de Santé (DRS) reçoit les rapports des hôpitaux régionaux, les centres de santé et les centres de référence du 5 au 10 de chaque mois pour le traitement et l'analyse des données. Après la compilation, la synthèse de l'information traitée sont transmis au niveau central (SIS) du 10 au 15 de chaque mois.
- **Le niveau central** : le SIS reçoit les rapports des régions du 10 au 15 de chaque mois. Après la complication le SIS envoie l'information au PNLP et aux partenaires.

La figure ci-dessous montre le circuit normal de transmission des données de routine du SNIS en Guinée-Bissau.

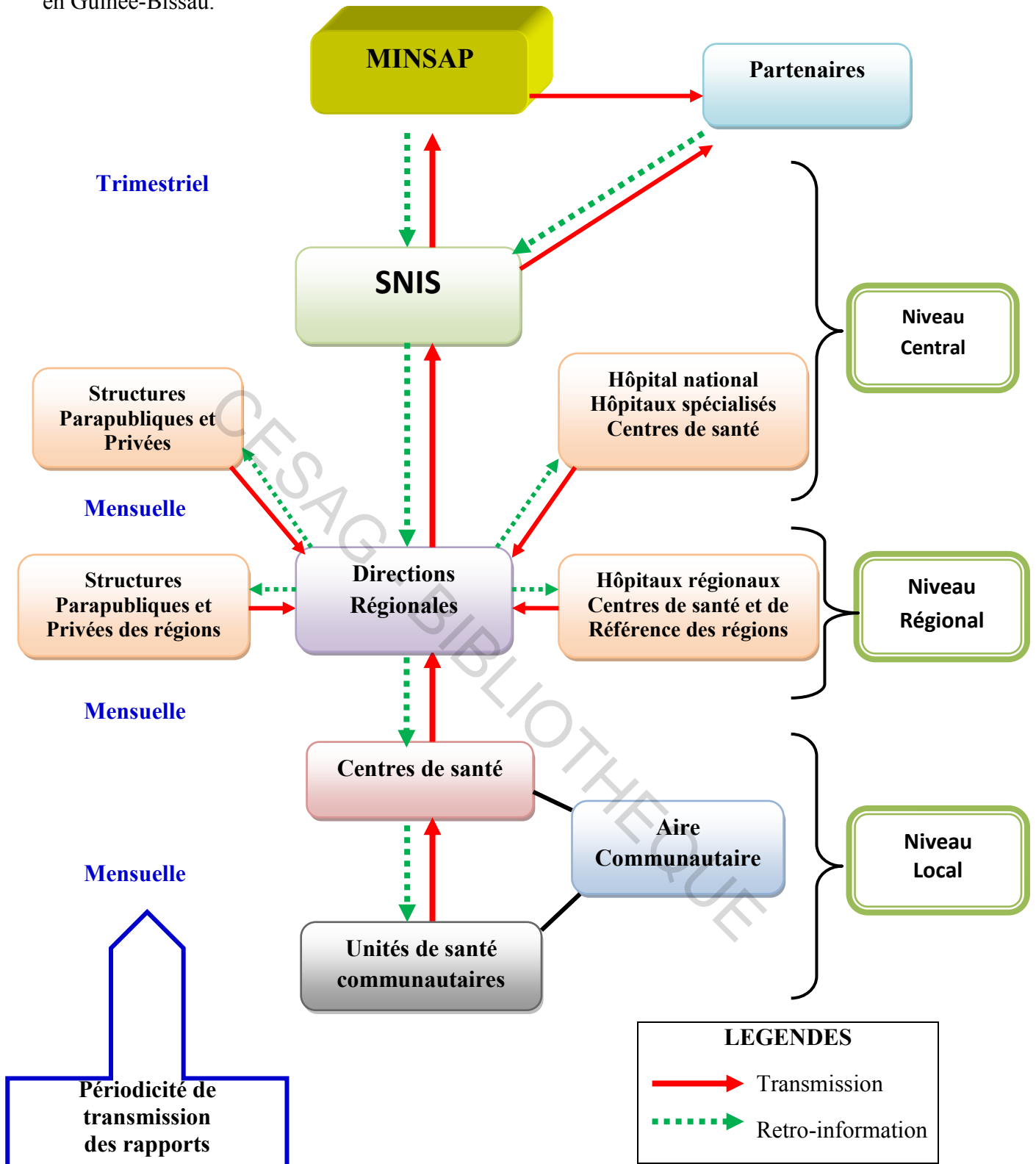


Figure 4: Circuit normal de transmission des données de routine du SNIS en Guinée-Bissau

Source : nous-même

1.2. L'analyse de l'environnement interne de l'étude

L'analyse de l'environnement interne de l'étude consiste à présenter notre milieu d'étude, son historique, sa mission, sa vision et ses valeurs, son organisation et les ressources dont il dispose.

1.2.1. La présentation de notre cadre d'étude : le Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP)

1.2.1.1. L'historique de lutte contre le paludisme en Guinée-Bissau

La lutte contre le paludisme a été toujours intégrée dans la Politique Nationale de Santé, en Guinée-Bissau. Des efforts importants avaient été faits même avant la création du Programme National de Lutte Contre le Paludisme (PNLP). La lutte contre la plus grande endémie du pays a été déclarée en 1992 avec la création du PNLP ; au cours de la même année, la Guinée-Bissau a participé à la conférence de l'OMS sur le paludisme à Amsterdam.

Comme les autres 42 pays endémiques de la région africaine, la Guinée-Bissau a adhéré à tous les engagements internationaux relatifs à la lutte contre le paludisme, notamment l'initiative "Faire Reculer le Paludisme" en 1999 lancé par l'OMS, UNICEF, PNUD et Banque Mondiale.

En 2006 la Guinée-Bissau a accueilli la 6^{ème} réunion annuelle de révision et de planification des activités de lutte contre le paludisme avec la participation des 16 pays endémiques de l'Afrique de l'Ouest.

C'est dans ce contexte que le pays a inscrit comme priorité nationale, la lutte contre le paludisme à travers la définition de politiques et l'élaboration des stratégies d'interventions. Les interventions du PNLP sont articulées autour des plans stratégiques quinquennaux. Les plans stratégiques ont couvert respectivement les périodes suivantes : le premier plan 2001-2005, a permis au pays d'exécuter des interventions pour contribuer à la réalisation des objectifs d'Abuja en 2006 ; le deuxième plan 2006-2010 a été revu par l'élaboration du troisième plan stratégique établi pour la période 2009-2013 lequel a accompagné la soumission de propositions au 9^{ème} round de Fond Mondial. Ce plan était focalisé sur l'accès universel et la réduction de 50% de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme. Le quatrième plan en cours d'exécution s'étale sur la période de 2013-2017, et prend en compte les derniers objectifs développés pour le Plan Mondial de Lutte Contre le Paludisme (GMAP). Pendant cette période, il a été demandé aux pays endémiques de redoubler les efforts pour arriver à l'objectif Zéro décès dû au paludisme.

La récente révision de la performance du PNLP qui se situe entre 2000 et 2011 a permis de constater une tendance de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme, lesquelles sont passées respectivement de 20% à 11% de cas de paludisme et 4% à 2% de décès respectivement.

Depuis 2001, il existe une politique de distribution de moustiquaires centrée particulièrement sur les groupes ciblés (les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes). A partir de 2011, le pays a commencé la distribution des moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MILDA) à toute la population, à travers la campagne nationale de distribution de MILDA. Traditionnellement, la population Bissau-guinéenne utilise la moustiquaire "Tenda" depuis des générations, laquelle constitue une force pour le PNLP dans le cadre de l'implémentation des moustiquaires imprégnées. Ainsi chaque trois ans, s'organise la campagne de distribution nationale de MILDA à toute la population, y compris les institutions spéciales (hôpitaux, hôtels, internats, pénitentiaires, caserne etc.).

Les documents du PNLP contiennent toutes les informations sur la lutte contre le paludisme. Ces documents permettent d'informer les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire sur les orientations relatives à la lutte contre le paludisme, tout en visant l'harmonisation de toutes les activités de lutte contre le paludisme sur le terrain. Ils donnent une précision sur les différents domaines de lutte contre le paludisme notamment ; la prévention, la gestion de cas de paludisme et l'intervention d'appui. Le respect des orientations décrites dans ces documents permettra d'atteindre les objectifs plus facilement (PNLP/plan stratégique, 2013-2017).

1.2.1.2. La vision et la mission du PNLP

La vision du PNLP est que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique en Guinée-Bissau.

La mission principale est d'assurer l'accès universel à la prévention et au traitement correct du paludisme en vue de la réduction du taux de morbidité et de mortalité dû au paludisme.

1.2.1.3. Le but du PNLP

Réduire la mortalité liée au paludisme pour qu'il ne constitue plus un obstacle à la croissance et au développement socioéconomique de la Guinée-Bissau.

1.2.1.4. Les objectifs du PNLP

✓ L'objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité due au paludisme pour permettre le développement socio-économique global de la Guinée-Bissau.

✓ Les objectifs spécifiques

- Réduire le nombre de cas de paludisme à 75% jusqu'en 2015 par rapport à l'année 2000.
- Réduire le nombre de cas de décès liés au paludisme à un nombre proche de zéro en 2015 par rapport à l'année 2000 et, le maintenir jusqu'à 2017.

1.2.1.5. Les valeurs

Les valeurs qui orientent la politique du PNLP sont tirées du plan national du développement sanitaire (PNDS) à savoir : l'équité, la qualité, l'efficacité, la responsabilité, le partenariat, la collaboration intersectorielle (avec la société civile, le secteur privé et les autres ministères), la décentralisation, l'intégration, la participation communautaire, la gratuité et la solidarité.

1.2.1.6. Les priorités nationales de lutte contre le paludisme

Les priorités nationales de la lutte contre le paludisme sont :

- assurer la couverture universelle de paquet pour l'intervention de prévention intégrée et de contrôle du paludisme, avec l'accès, gratuits ou fortement subventionnés aux médicaments et produits de lutte contre le paludisme ;
- renforcer la surveillance du paludisme, du système d'information sanitaire, le suivi et l'évaluation ;
- renforcer la structure et le système du PNLP pour la planification, la gestion et la prestation de services.

1.2.1.7. Les axes stratégiques d'intervention 2013-2017

Le PNLP intervient dans trois grands axes qui sont :

- la gestion précoce et correcte des cas du paludisme ;
- la lutte anti-vectorielle (LAV) ;
- la prévention et le traitement préventif du paludisme aux femmes enceintes et les nouveau-nés.

La mise en œuvre de ces axes stratégiques s'appuie sur les interventions de soutien qui sont :

- la gestion du programme et de partenariat ;
- le renforcement de la capacité des professionnels de santé pour lutter contre le paludisme ;
- la gestion de l'approvisionnement des produits de la lutte contre le paludisme ;
- le plaidoyer, le développement d'IEC/CCC et la mobilisation sociale ;
- la surveillance de l'épidémiologie, le suivi et l'évaluation et la recherche opérationnelle.

❖ La gestion précoce et correcte des cas du paludisme

En 2008, le PNLP a élaboré la politique sur la gestion des cas de paludisme, ce document a défini les orientations relativement au diagnostic (test de diagnostic rapide (TDR) et les critères d'analyses microscopiques) au niveau du système national de santé pour les cas de paludisme simples et graves. Un diagnostic précoce et un traitement rapide sont les deux composantes essentielles de la stratégie globale visant à réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme. Tous les cas suspects de paludisme qui arrivent au niveau des structures sanitaires publiques, privées et communautaires doivent être confirmés à partir de TDR ou d'analyses microscopiques (frottis de sanguins). En 2014, le PNLP a enregistré 304.418 analyses, dont 197.536 TDR et 106.882 frottis de sanguins.

Les cas suspects de paludisme testés positifs dans les structures sanitaires publiques, privées et par les agents de santé communautaire (ASC) recevront le traitement spécifique et rapide, le cas simple ACT et, quinine ou Artesunate injectable pour les cas graves. Il est donc fondamental d'assurer le suivi du traitement immédiat dans les premières 24 heures, en respectant l'âge et le poids du patient, pour permettre conséquemment la réduction de la morbidité et la mortalité liés au paludisme (PNLP, 2012)

La garantie de la qualité des services de laboratoire, par le contrôle de qualité, est très importante.

❖ **La lutte anti-vectorielle (LAV)**

La lutte anti-vectorielle comprend différentes interventions, à savoir :

✓ **La distribution gratuite des moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MILDA)**

Au fil des années, le pays a adopté la distribution de MILDA qui se fait périodiquement pour les groupes ciblés : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes pendant la session de vaccination et de consultations prénatales (CPN) respectivement, mais également durant les stratégies avancées et campagnes de distribution universelle de masse. En CPN normalement la moustiquaire est distribuée au moment de la première consultation prénatale et de la même manière pour la session de vaccination chez les enfants de moins de cinq ans.

En 2014, pendant les CPN et les sessions de vaccination le PNLP a distribué 81.079 MILDA, et durant la campagne universelle de distribution de MILDA 1.028.489 MILDA dont 1.017.969 MILDA pour les foyers et 10.520 par les institutions spéciales (hôpitaux, hôtels, internats, pénitentiaires, caserne etc.) (PNLP/rapport, 2014).

Le PNLP a obtenu des résultats remarquables par rapport à la distribution de MILDA. Mais, il existe encore de grands défis, à savoir :

- maintenir la couverture universelle jusqu'à fin 2015 ;
- augmenter l'utilisation de MILDA à 80% pour assurer l'impact ;
- remplacer les MILDA endommagés et déchirés ;
- assurer le monitoring de la résistance du vecteur aux insecticides.

✓ **La pulvérisation intra-domiciliaire (PID) et la lutte anti-larvaire (LAV)**

Ces interventions sont les moins efficaces pour la lutte contre le paludisme. Néanmoins, la Guinée-Bissau n'a pas défini leurs stratégies de mise en œuvre, car elles exigent une mobilisation constante de fonds additionnels et une certaine périodicité.

La combinaison d'une augmentation significative de l'accès au traitement efficace, d'une couverture adéquate en moustiquaires imprégnées et en chimio-prévention aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes devraient avoir un certain impact sur la transmission du paludisme au sein de la population (PNLP/plan stratégique, 2013-2017).

❖ Le traitement préventif du paludisme aux femmes enceintes et les nouveau-nés.

Environ 50% des femmes vivant dans les pays endémiques, tombent enceintes et plus de la moitié d'entre elles habitent dans les zones tropicales de l'Afrique où la transmission de *Plasmodium falciparum* est intense. Dans les régions tropicales et subtropicales, le paludisme touche particulièrement les deux groupes vulnérables (rapport mondial sur le paludisme, 2015).

Le PNLP a inscrit la chimio-prévention avec la stratégie du traitement préventif intermittent (TPI) qui est réalisé gratuitement durant la vaccination et la CPN dans les structures sanitaires sous l'orientation directe du personnel de santé.

En 2005, la Guinée-Bissau a changé la politique de traitement préventif du paludisme en adoptant l'Artemether-Lumefantrine, la Quinine et l'Artesunate comprimés pour le traitement de paludisme simple et, la Quinine injectable pour le paludisme grave. En effet, certaines études ont confirmé la résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine.

Cette politique vise à éliminer les difficultés et la lacune rencontrée par différents acteurs de la lutte contre le paludisme et, à proposer les bonnes pratiques pour renforcer l'efficacité des interventions dans les domaines suivants :

- consultation prénatale de qualité ;
- utilisation de SP au traitement préventif intermittent ;
- promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- gestion précoce et correcte des cas du paludisme ;
- prévention de l'anémie durant la grossesse.

❖ Le suivi et l'évaluation

Durant les premières années, le PNLP ne disposait pas d'un plan de suivi, ni de données fiables pouvant édifier sur l'évaluation de la morbidité et de la mortalité. C'est seulement en 2009 que le PNLP a élaboré un plan de suivi et d'évaluation pour la période de 2009-2013. Ce plan avait comme objectif d'accompagner les données routinières de la morbidité, la mortalité, le traitement préventif intermittent et le nombre de cas de traitement à travers la Direction d'hygiène et l'épidémiologie qui contribuera à l'amélioration de l'état de santé de population conséquemment la réduction du paludisme,.

Ce système dispose de mécanisme de collecte des données, de transmissions, d'analyses et de diffusion de l'information permettant de répondre aux préoccupations des acteurs sur le

terrain, des décideurs et des bailleurs de fonds. Malgré tout, ce système est caractérisé par d'innombrables faiblesses.

Les informations nécessaires sur la performance d'un système de santé ne peuvent être obtenues seulement qu'à partir des données recueillies soit dans les structures de prestation des soins de santé (publiques, privées et communautaires) soit à travers l'enquête ponctuelle ou systématique réalisée auprès de la population usuelle de services (PNLP, 2012).

❖ **La stratégie de communication**

C'est l'une des principales stratégies du PNLP en faveur de la lutte contre le paludisme. Avec l'appui des partenaires, le programme réalise régulièrement les séances de programmes radiophoniques ; le thème varie à travers la radio publique, privées et communautaires et, vise au renforcement de l'engagement des différents acteurs de la lutte contre le paludisme.

La mobilisation des communautés en faveur de la lutte contre le paludisme et le changement de comportement souhaitable passent par la disponibilité d'informations pratiques, utiles et réalisables pour la communauté.

En vue d'améliorer les interventions au niveau communautaire, le PNLP a noué un partenariat avec les ONG, pour intensifier les interventions de grand impact (PNLP, 2012).

1.2.1.8. L'administration et la gestion du PNLP

Le programme national de lutte contre le paludisme est géré par un coordinateur médecin, spécialiste en santé publique. Le programme est intégré au niveau central, sous l'orientation de la Direction Générale de Prévention et Promotion de la Santé. Le PNLP est responsable de la coordination, du monitoring, de l'évaluation et de la mobilisation de ressources pour la lutte contre le Paludisme en Guinée-Bissau, ainsi que de la définition des orientations et du développement des politiques stratégiques du programme.

1.2.1.9. Les ressources du PNLP

✓ **Les ressources humaines**

Tous les documents du programme signalent l'insuffisance de ressources humaines pour le PNLP. Le programme dispose de manuels de procédure et d'une fiche de poste pour chaque responsable.

Le tableau ci-dessous montre le nombre et la catégorie du personnel du PNLP.

Tableau II: les catégories professionnelles du personnel du PNLP

| Effectifs | Fonction occupée | Profil |
|------------------|--|---|
| 01 | Coordinateur | Médecin spécialiste en Santé Publique International |
| 01 | Coordinatrice adjointe | Médecin spécialiste en Médecine Générale et Intégrale |
| 01 | Gestionnaire de données | Infirmier spécialiste en Epidémiologie |
| 01 | Responsable de la lutte anti-vectorielle | Infirmier spécialiste en Gestion Sanitaire |
| 01 | Responsable de suivi et l'évaluation | Infirmier spécialiste en Santé Publique International et en suivi et évaluation |
| 01 | Responsable de logistique | Infirmier spécialiste en Gestion Sanitaire |
| 01 | Secrétaire | Licence en Administration et en Langue Portugaise et l'Histoire |
| 02 | Chauffeurs | Conducteur |

Source : PNLP, 2015

Au niveau régional, il existe un point focal pour chaque région sanitaire qui s'occupe des activités de lutte contre le paludisme, mais aussi des autres programmes (TB et VIH/SIDA). L'équipe du PNLP reçoit l'appui d'une Assistance Technique de l'OMS, d'un point focal de PNUD et de deux membres de Cellule de Gestion du PNDS, surtout lors de l'élaboration de la politique, du plan technique, de la quantification des médicaments, des campagnes et des rapports.

✓ **Les ressources financières**

Le PNLP est financé par l'Etat, les partenaires et la communauté (les ménages). Le budget théorique de l'Etat destiné au PNLP s'élève à 60 millions FCFA par an. Mais, le PNLP depuis sa création jusqu'à maintenant n'a jamais reçu de financement de l'Etat destiné au programme. Habituellement, l'Etat collabore plus particulièrement au niveau des biens d'équipements et des aménagements des installations et de l'affectation de ressources

humaines. Les Ménages sont appelés à contribuer aux services et aux produits du programme qui font l'objet de recouvrement de coûts (Initiative de Bamako) ; la part des ménages n'est pas clairement définie dans le chapitre de financements du PNLP (PNLP/rapport, 2014).

Le tableau ci-dessous montre le financement du PNLP en 2014.

Tableau III: les financements reçus en 2014 par le PNLP

| Activités réalisées | Montant programmé (FCFA) | Montant reçu (FCFA) | Bailleur de fonds |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Validation du plan de suivi-évaluation | 32.000.000 | 4.217.500 | UNICEF |
| Achat des produits, formation du personnel, supervisons à tous les niveaux, campagne de MILDA | 1.722.286.603 | 1.722.286.603 | FM/PNUD |
| Consultant international | 36.500.000 | 9.839.355 | OMS |
| Total | 1.790.786.603 | 1.736.343.458 | |

Source : PNLP/rapport, 2014

1) Les ressources matérielles

Actuellement, le programme est logé au Ministère de la Santé Publique. Il dispose de 2 ordinateurs, 02 imprimantes (une simple et une multifonctionnelle), 01 vidéo rétroprojecteur, 01 voiture et du matériel du bureau.

1.2.1.10. Les partenaires de la lutte contre le paludisme

Pour la réalisation de ses missions, le PNLP bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires qui sont :

Pour la collaboration intersectorielle

- le Ministère de l'Education
- le Ministère de Commerce
- le Ministère des Finances
- le Ministère d'Economie
- le Ministère de l'Agriculture

- le Ministère d'Intégration Régionale
- l'Assemblée Nationale Populaire (ANP)
- le Gouvernement Régional et Sectoriel

Pour les Institutions Privées, Associations Communautaires

- la Nouvelle VIE
- la CARITAS Guinée-Bissau
- l'Association Guinéenne pour le bien être familial (AGUIBEF)
- l'Association Guinéenne de Réhabilitation et Intégration des Aveugles (AGRICE)
- l'Ordre des Médecins, Infirmiers et Pharmaciens
- le Conseil National de la Jeunesse (CNJ)
- l'Effective Intervention
- la Croix Rouge de la Guinée-Bissau

Pour les Instituts de Recherche et Universités

- l'Institut National de Santé Publique (INASA)
- la Faculté de Médecine
- l'Ecole Nationale de Santé (ENS)

Pour les Medias

- la Télévision Nationale de la Guinée-Bissau (TGB)
- la Radiodiffusion Nationale de la Guinée-Bissau (RDN)
- les Radios privées
- les Radios communautaires

Pour les Institutions Bilatérales et Multilatérales

- l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
- le Fonds des Nation Unies pour l'enfance (UNICEF)
- le Fond mondial (FM)
- l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)
- la Banque Mondiale (BM)
- le PLAN Guinée-Bissau
- le Réseau Ouest Africain pour la Lutte Contre le Paludisme (WARN)
- le Roll Back Malaria (RBM)

1.2.2. La synthèse de l'environnement interne

Tableau IV: la synthèse de l'environnement interne

| Synthèse de l'environnement interne | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;"><u>Les points forts du PNLP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence du PNLP depuis 1992 avec la constitution d'un organigramme ; ▪ L'existence des documents nationaux : la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme, le Plan Stratégique National, le Plan de Suivi et d'Evaluation, la Politique du Diagnostic et de Traitement du Paludisme ; ▪ La gratuité de TDR, de la goutte épaisse et la subvention des médicaments ; ▪ La distribution gratuite de MILDA : lors de vaccination des enfants, de la consultation prénatale et de la réalisation de campagne universelle de MILDA ; ▪ La participation du personnel du PNLP aux réunions internationales de gestion de la lutte contre le paludisme. | <p style="text-align: center;"><u>Les points à améliorer pour le PNLP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'Insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières ; ▪ La défaillance du système d'archivage des documents du PNLP ; ▪ L'exiguïté des locaux du PNLP ; ▪ La dissémination de l'information sur le paludisme ; ▪ L'inexistence d'un système de monitoring de résistance des médicaments et d'insecticide ; ▪ Le partenariat avec le Ministère de l'environnement, de la famille et les associations des femmes ; ▪ La collaboration intersectorielle ; ▪ Le partenariat avec les musiciens. |
| <p style="text-align: center;"><u>Les opportunités du PNLP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence de partenariat entre les ONG, les associations communautaires et le PNLP pour faire reculer le paludisme ; ▪ L'existence des radios communautaires dans les régions ; ▪ L'existence de fonds des partenaires (UNICEF, FM, OMS, RBM). | <p style="text-align: center;"><u>Les Menaces du PNLP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'instabilité politique et sociale au pays ; ▪ La pérennisation du financement ; ▪ La fuite des cerveaux. |

Source : nous-même

1.3. L'identification et la priorisation des problèmes

1.3.1. L'identification des problèmes

Pour l'identification des problèmes, nous avons fait des recherches centrés sur le thème. Le démarrage du stage au PNLP, nous a permis d'avoir accès aux documents, et de tenir des réunions avec l'équipe du Programme. Nous avons aussi pu réaliser plusieurs visites au SIS/INASA. Grâce à toutes ces démarches et rencontres préliminaires, nous avons pu identifier les principaux problèmes.

Les principaux problèmes que nous avons pu identifier sont :

- ➔ la faible qualité des données sur le paludisme ;
- ➔ le retard de transmission des données sur le paludisme ;
- ➔ l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements au PNLP ;
- ➔ l'insuffisance de ressources humaines au PNLP ;
- ➔ la faible utilisation de l'information sur le paludisme au PNLP.

1.3.2. La priorisation des problèmes

Le choix du problème prioritaire a été faite grâce à la méthode du groupe nominal. Un certain nombre de critères ont été définis, à savoir :

- **la gravité du problème** est appréciée par rapport aux différentes conséquences liées à sa non - résolution ;
- **l'ampleur du problème** est basée sur son étendue avec son impact sur la population. Ce critère prend en compte les différents domaines touchés par le problème et ses répercussions sur les performances du programme ;
- **la solvabilité du problème** a trait à la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens dont dispose la structure ;
- **la perception du problème** réside dans la manière avec laquelle les prestataires perçoivent l'évidence du problème.

Ces différents critères sont notés de 0 à 5 selon leur importance :

- ✗ 0 : aucune importance
- ✗ 1 : une importance faible
- ✗ 2 : une importance modérée
- ✗ 3 : une importance moyenne

- ✘ 4 : l'importance du critère est élevée
- ✘ 5 : l'importance du critère est très élevée

La priorisation du problème est notée par le recours à la méthode du groupe nominal. Les membres sont au nombre de cinq (05) personnes dont quatre (04) personnels du PNLP et une (01) stagiaire.

Les membres du groupe sont :

- le Coordinateur de PNLP ;
- la Coordinatrice adjointe ;
- le Gestionnaire des données ;
- le Responsable de suivi et évaluation ;
- la stagiaire.

Tableau V: la priorisation des problèmes du PNLP

| Problèmes | Appréciation | | | | | |
|---|--------------|-----------|-------------|------------|-------|------------------|
| | Ampleur | Gravité | Solvabilité | Perception | Score | Rang |
| Retard de transmission des données | 3+4+4+5+5 | 5+5+3+4+4 | 3+4+3+2+2 | 4+3+5+5+3 | 76 | 3 ^{ème} |
| <u>Faible qualité des données</u> | 5+4+5+4+5 | 5+5+4+5+5 | 4+2+2+5+5 | 4+5+5+3+5 | 87 | 1 ^{er} |
| Insuffisance d'infrastructures et d'équipements | 4+3+3+5+3 | 2+3+3+5+4 | 2+2+3+4+3 | 4+5+5+4+3 | 70 | 4 ^{ème} |
| <u>Faible utilisation de l'information</u> | 4+4+5+4+5 | 5+5+4+3+3 | 5+4+5+2+3 | 5+4+4+3+4 | 81 | 2 ^{ème} |
| Insuffisance de ressources humaines | 5+3+4+3+4 | 2+5+3+4+3 | 2+5+4+2+3 | 3+4+2+4+3 | 68 | 5 ^{ème} |

Source : nous-même

Après la priorisation des problèmes, l'analyse des résultats de ce tableau nous permet de montrer que le problème relatif à **faible qualité des données et à faible l'utilisation de l'information** apparaît comme prioritaires, ils ont obtenu 87 et 81 qui sont les scores plus élevés. C'est ce qui justifie le choix de notre sujet intitulé «Contribution à l'amélioration de la performance du système d'information sanitaire de routine au Programme National de Lutte Contre le Paludisme en Guinée-Bissau».

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, il s'agit d'abord de poser la problématique de l'étude avec l'énoncé du problème, son ampleur, ses conséquences, la justification, l'intérêt de l'étude et les objectifs ; et en suite nous allons aborder le cadre conceptuel et définir les concepts en rapport avec l'étude.

2.1. La problématique de l'étude

2.1.1. L'énoncé du problème

Généralement, c'est dans les pays où la charge du paludisme est la plus grande que le problème des données se pose et la surveillance épidémiologique est insuffisante en raison de sous-investissement dans le système de collecte, d'analyse, de diffusion et de la supervision des données. Il devient alors difficile d'évaluer avec précision les tendances de la maladie et, de planifier les interventions (OMS, 2007).

La coordination et la supervision solides, à tous les niveaux du système de santé, sont importantes pour le bon fonctionnement du système d'information sanitaire de routine. Dans le contexte actuel, disposer de l'information sanitaire de qualité devient une nécessité incontournable, car l'information facilite la prise de décisions et permet d'arrêter les actions à engager, de contrôler qu'elles sont effectivement prises, et d'évaluer les résultats. En effet, une bonne gestion est axée sur les résultats.

L'Etat a créé le système d'information sanitaire pour que les décideurs prennent des décisions basées sur les informations réelles. Le Ministère de la Santé Publique (MINSAP) et ses partenaires n'ont réalisé que deux évaluations du système d'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique dans l'histoire de la santé en Guinée-Bissau (1997, 2000) ; Cependant, de nombreux problèmes ont été soulevés lors de ces deux évaluation. Au cours de notre stage (en 2015), les rencontres avec le personnel du PNLP et du SIS, aussi que l'étude de différents documents nous ont permis de relever plusieurs problèmes pouvant entraver le bon fonctionnement de la chaîne de production de l'information. Ce sont entre autres :

- le manque de la coordination de la base des données ;
- l'inexistence de document d'appui pour guider la gestion des données du SIS ;
- la confusion dans la collecte des données avec des risques de doublon ;
- le manque de suivi et d'évaluation directe des acteurs du SIS ;
- la démotivation générale des travailleurs au niveau du SIS ;
- la méconnaissance des acteurs de l'importance et de l'utilité des données recueillies ;
- l'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles ;

- la faible l'utilisation de l'information pour la planification et la définition des priorités.

Tous ces problèmes cités entravent la performance du programme et, ne permettent pas de disposer d'informations fiables pour repérer les problèmes et les besoins, de formuler des politiques et des programmes sur des bases factuelles, et d'allouer d'une manière optimale le peu de ressources dont il dispose. Les données de qualité permettent de concevoir des interventions sanitaires efficaces et de mesurer l'impact du programme.

2.1.2. L'ampleur du problème

Le dysfonctionnement dans la chaîne de production des données est la base fondamentale de la mauvaise qualité des données et de leur non utilisation.

Le manque d'usage de données de qualité dans le PNLP est un facteur déterminant pour sa performance. Les données de qualité dans le cadre d'une gestion sanitaire constituent des informations essentielles pour une meilleure intervention sanitaire.

Les données constituent un appui référentiel d'une action efficace et efficiente. Celles-ci doivent, être bien produites et bien stockées.

Le manque des données de qualité implique un déficit d'information lequel constitue un élément important pour la prise de décision. Tout programme de santé qui manque de renseignements sur les cibles rate nécessairement ses objectifs, car l'efficacité de son action dépend de l'information sur la population cible (cadre social et cadre physique).

En guise d'exemple, en 2011 lors de la première campagne nationale de la distribution de MILDA, le PNLP en agissant dans la région de Bafatá a dû créer des frustrations au sein des populations du fait du manque d'informations sur les effectifs des familles : certains ménages ont reçu des moustiquaires disproportionnellement à leur effectif.

La question des données surtout de qualité et de leur utilisation pour une bonne performance, nécessite assurément une synergie entre un système qui va produire des données fiables et un programme qui va se charger de sortir l'information pour la décision.

2.1.3. Les conséquences du problème

Les producteurs des données, du fait de leur charge de travail, sont souvent débordés, surtout ceux du niveau périphérique. Ils sont confrontés à des problèmes dans différent niveau de recueil des données. Les difficultés de collecte des données dans le pays sont liées, en plus des contraintes techniques, à la négligence, à la défaillance au niveau des sources de collecte. Cet état de fait dans la production des données est responsable de l'insuffisance, de la faible qualité, du mauvais enregistrement des données dans la base et de la faible l'utilisation de l'information. Les données de mauvaise qualité ne reflètent pas la réalité de la charge du

paludisme dans le pays. La complétude est faible car le secteur privé et certaines structures du secteur public ne sont pas prise en compte, les rapports ne sont pas reçus à temps. L'expression des besoins pour les prestataires n'est pas correctement faite.

Une mauvaise quantification dans le cadre d'une gestion des approvisionnements (ACT, TDR, MILDA, insecticides etc.), conduit à des risques de ruptures ou de surestimation. L'orientation stratégique, le plaidoyer pour la mobilisation de ressources auprès des partenaires ne sont pas à l'abri des effets de l'usage de la mauvaise information.

L'incomplétude des données au niveau régional peut produire aussi des impacts négatifs sur la prise de décisions au niveau national.

La faible qualité des données sanitaires et leur utilisation dans la coordination du PNLP peuvent engendrer des contraintes comme :

- la difficulté d'expression des besoins réels des médicaments et des produits de la lutte contre le paludisme par rapport aux activités réalisées ;
- la rupture fréquente de stock de TDR, ACT, SP et matériel de laboratoire ;
- la non maîtrise de la prévalence du paludisme au pays ;
- le retard des décaissements des ressources financières et la perturbation dans le chronogramme de mise en œuvre des activités ;
- la non pérennisation des projets de lutte contre le paludisme.

Du fait que toutes les couches sociales sont exposées au paludisme et que certaines catégories sociales (enfants et femmes enceintes) sont majoritairement atteintes par cette maladie, il est de nos jours judicieux d'avoir des bases des données qui puissent aider à la prise de décisions pour éradiquer ce fléau.

2.1.4. La justification de l'étude

Le Système d'information sanitaire est le pilier d'un système de santé. Les données permettent de disposer d'information sur la santé des populations, les services de soins, de savoir si les objectifs sont atteints et si les stratégies mises en place sont efficaces.

Le SISR en Guinée-Bissau a connu des progrès surtout en ce qui concerne la décentralisation du service. Néanmoins, il reste encore confronté à des difficultés liés au déficit de collecte des données, au retard de transmission des rapports, de traitement et d'analyse des données, la faible utilisation des données pour la prise de décision et l'insuffisance de retro-information. Le PNLP a besoin d'informations pour la prise de décisions, la mise en place des politiques, pour l'allocation des ressources financières, l'amélioration des services et le suivi et l'évaluation du programme.

L'accès à une information actualisée de qualité et la capacité réelle des acteurs à utiliser l'information la plus pertinente restent donc les conditions préalables indispensables pour que les décisions prises dans le domaine sanitaire soient les plus rationnelles possibles afin d'améliorer de la qualité des services, des soins et de l'état de santé de la population.

Pour cette raison notre étude contribue de façon efficace à l'amélioration de la performance du système de l'information sanitaire de routine au programme national de lutte contre le paludisme.

2.1.5. L'intérêt de l'étude

La nécessité de disposer d'informations sanitaires de qualité et actualisées sur la santé de population et sur les services de soins pour mener des actions de santé est largement reconnue pour les acteurs qui interviennent dans le domaine de santé.

❑ Pour le PNLP

Notre étude qui contribue à l'amélioration de la performance du SIS au PNLP va permettre au programme de disposer des informations de qualité pour la prise de décisions adéquate pour lutter contre le paludisme.

❑ Pour le SIS

Cette étude pourra permettre l'amélioration, la modernisation du travail et la mise en place des actions concrètes au renforcement de la qualité des données.

❑ Pour le CESAG

De même que, les autres études menées dans le cadre du management des services de santé, la présente étude constituera également pour le CESAG un nouvel outil pédagogique qui servira de revue de littérature pour d'autres études, et enrichira aussi la bibliothèque.

❑ Pour le stagiaire

Nous avons effectué cette étude dans le cadre du stage devant aboutir à la rédaction du mémoire de fin de formation en Master in Business Administration (MBA)/Gestion des Services de Santé (GSS), option Gestion des Programmes de Santé ; elle permet acquérir des connaissances et des compétences d'une grande importance sur le plan professionnel. En effet, ce mémoire permet de confronter la théorie avec la pratique.

2.2. Les objectifs de l'étude

2.2.1. L'objectif général

Contribuer à l'amélioration de la performance du système d'information sanitaire de routine au programme national de lutte contre le paludisme.

2.2.2. Les objectifs spécifiques

- ❖ Evaluer le système de gestion des données sur le paludisme.
- ❖ Apprécier la qualité des données générées par le système d'information sanitaire de routine au PNLP.
- ❖ Apprécier l'utilisation de l'information sur le paludisme générée par le SISR au PNLP.

2.3. Le Cadre Conceptuel

2.3.1. La définition des concepts liés à l'étude

Définir et expliquer les termes significatifs du sujet, afin de permettre à tout lecteur d'en cerner le contenu.

- **Le système** : c'est un certain nombre d'éléments interdépendants qui travaillent ensemble pour atteindre un même but.
- **Le Système de santé** : inclut toutes les personnes et toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé (OMS).
- **Acteur du système** : désigne toute personne impliquée dans le SIS soit à titre d'agents producteur, soit à titre de l'information.
- **Les données** : ce sont des faits bruts (non traités) collectés formant les bases de notre connaissance.
- **L'information** : c'est un ensemble de données traitées portant sur un sujet précis et présentées dans un contexte particulier.
- **Le système d'information** : « ... est un système qui produit un soutien informationnel spécifique au processus de prise de décisions à chaque niveau d'une organisation » (Hurtubise, 1984).
- **Le système d'information sanitaire (SIS)** « ... est un système qui produit un soutien informationnel spécifique au processus de prise de décisions à chaque niveau du secteur de la santé ».

- **Le Système d'information pour la gestion (SIG) :** la traduction du terme anglais «Health Management Information System» HMIS : il insiste sur le fait que les systèmes d'information sont destinés également à apporter une aide à la gestion du système de santé.
- **Indicateur :** est une variable qui aide à la mesure d'un état de santé directement ou indirectement et qui évalue la progression vers les objectifs à atteindre. Il fournit une indication pour la prise de décisions.

2.3.2. L'organisation du système d'information sanitaire

2.3.2.1. Les modalités du recueil d'information

L'information de nature sanitaire se distingue en :

- ❑ **le recueil de routine :** l'enregistrement est connu et chaque phénomène ou événement observé est enregistré au moment où il présente en général une information, par exemple chaque consultation est enregistrée dans le registre au moment où le patient se présente.
- ❑ **le recueil ponctuel :** l'enregistrement des événements observés est réalisé lors d'une étude limitée dans le temps, mais peut être répétée de façon périodique, par exemple une enquête réalisée sur un échantillon.

Néanmoins, les bases du recueil des informations peuvent être variables, selon que les informations sont collectées dans toutes les formations sanitaires, sur une base sélective (site sentinelle, enquêtes sur échantillon), ou à partir de services spécifiques du ministère de la santé ou d'autres administrations ou organisations (données démographiques, enquêtes socio sanitaires).

2.3.2.2. Les composantes du système d'information sanitaire de routine

Pour bien fonctionner, un système d'information sanitaire de routine doit reposer sur des procédures, des règles de gestion et des ressources.

Le schéma ci-après illustre le processus de production des données de routine.

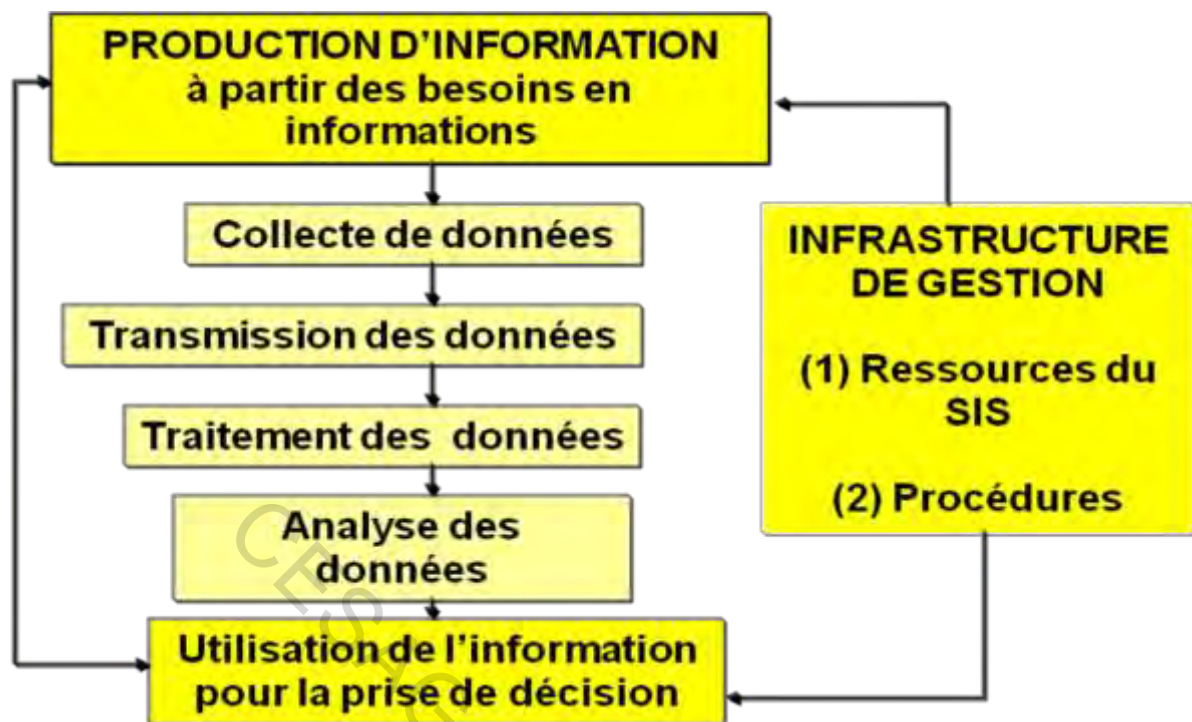


Figure 5 : Processus de production des données de routine

Source : www.cpc.unc.edu/mesure (MESURE évaluation)

- **Les besoins en information** : les besoins d'information doivent être identifiés et les indicateurs définis. Les besoins d'information se définissent selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire en fonction de la gestion du patient, la gestion de l'unité de santé et la gestion du système de santé.
- **La collecte des données** : se fait dans toutes les structures de santé, c'est la première étape de la collecte d'information ; elle consiste à faire noter sur l'instrument adéquat les données recueillies. Les données à enregistrer dépendent donc des technologies disponibles, de la compétence du personnel et de sa disponibilité. Le support de collecte des données doit être simple et adapté aux besoins. Les normes et procédures doivent être claires et, nécessitent l'implication du personnel.
- **La transmission des données** : est le processus par lequel les données sont transférées parmi les acteurs interdépendants dans le système de santé. On distingue deux types de transmission : la transmission verticale qui est le transfert des données entre les différents niveaux d'un système de soins de santé, et la transmission horizontale qui est la circulation d'information entre les acteurs variés du système de

soins de même niveau. Il est important de respecter la périodicité des rapports et l'usage approprié des nouvelles technologies.

- **Le traitement des données :** est le processus de transformation des données brutes en informations utiles pour la prise de décisions à tous les niveaux du système de santé. Le traitement des données peut se faire par deux méthodes : le traitement manuel ou le traitement informatisé. Il comprend aussi deux étapes principales : le nettoyage des données et le réarrangement de l'information.
- **L'analyse des données :** est le processus qui permet d'identifier l'absence ou l'existence d'écarts, de comprendre et d'expliquer les résultats sous forme de tableau ou graphique ; elle nécessite le développement des applications codifiées et des capacités du personnel.
- **La diffusion des informations :** est le partage des données de bonne qualité à tous les acteurs du système et voire à toute la population. Il faut une politique de communication des résultats des informations obtenues soit par affichage, publication etc.
- **Le feed-back de l'information :** est le retour d'information du niveau supérieur vers le niveau périphérique. Il permet au personnel de comparer ses propres résultats à ceux de ses pairs.
- **L'utilisation de l'information :** est un moyen pour prendre de meilleures décisions dans la formation des politiques de santé, la planification sanitaire, la gestion du système de santé, le suivi et l'évaluation des programmes et services incluant les soins aux patients. La finalité n'est pas d'avoir l'information mais d'améliorer les activités de santé.

2.3.2.3. Les règles de gestion du système d'information sanitaire de routine

Pour avoir un SISR performant, il faut des ressources humaines, financières, matérielles, infrastructures et des procédures. Pour être performant, un SISR doit s'adapter aux fonctions de gestion du système de santé pour qui il produit de l'information à tous les niveaux de gestion, il doit aussi faire face à la nécessité de trouver le consensus entre tous les acteurs (collecteurs de données et utilisateurs potentiels de l'information) autour des besoins en informations et des indicateurs.

✓ **Les ressources suffisantes et appropriées**

- Un personnel qualifié en nombre suffisant : planificateurs, gestionnaires, statisticiens, épidémiologistes, collecteurs de données etc. ;

- Du matériel : des ordinateurs, des imprimantes, des calculatrices, des technologies de communication, logiciels, papier, registres, formulaires de rapport, programmes de traitement des données ;
- Des ressources financières : le SIS comme ligne budgétaire dans le budget récurrent du Ministère de la Santé ;
- Des partenariats.

✓ **Les procédures de gestion générale du SISR**

- Les rôles et les responsabilités de gestion bien définis aussi bien au niveau des unités centrales que des unités périphériques du SISR ;
- Les processus pour la définition et la revue des indicateurs ;
- Les processus pour la restructuration du SISR ;
- L'application des normes diagnostiques et thérapeutiques (définition des cas du paludisme) ;
- Le système de surveillance et de supervision ;
- L'assurance qualité ;
- Les procédures de gestion des fournitures ;
- Les procédures de maintenance informatique, de sauvegarde et de stockage des données ;
- Le guide d'utilisation des ordinateurs et des logiciels.

2.3.3. Les performances d'un système d'information sanitaire de routine

✕ **La définition de la performance d'un SISR**

La performance d'un SISR se définit par la qualité des données produites et l'utilisation de l'information pour la prise de décision.

❖ **Les déterminants de la performance d'un SISR**

La structure analytique de la performance de la gestion de système d'information de routine (PRISM) caractérise trois déterminants principaux de l'utilisation de l'information pour la santé :

- **les déterminants comportementaux** : il s'agit des valeurs, des attitudes et de la motivation de chacun dans le système.
- **les déterminants organisationnels et systémiques** : définissent le leadership et la culture organisationnelle au sein de l'équipe ;

- **les déterminants techniques** : portent sur la conception du système, les indicateurs, la collecte des données, la capacité du personnel et l'adaptation aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

La qualité de l'information est influencée par les facteurs comportementaux, organisationnels et systémiques et techniques. La coordination de tous ces facteurs avec les intrants satisfaisants en qualité et en quantité conduit aux résultats qui montrent que le système d'information sanitaire de routine est performant, c'est-à-dire qu'il donne des informations de bonne qualité, et permet l'utilisation appropriée des informations. Cela conduit à l'amélioration de la performance du système de santé qui a comme impact l'amélioration de l'état de santé de la population.



Figure 6 : Cadre conceptuel de PRISM

Source : www.cpc.unc.edu/mesure (MESURE/évaluation)

❖ La qualité de données

✕ Définition

ISO (International Standard Organisation) définit le concept de qualité comme étant « l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui satisfait autant les besoins explicites et implicites d'un utilisateur ». On considère que les données sont de qualité (suffisamment de qualité) lorsqu'il est approprié de les utiliser pour l'objet en question.

❖ **Les caractéristiques de la qualité des données**

- **L'exactitude ou la validité :** Les données exactes sont des données correctes, réduisent les risques d'erreur à un point négligeable (par exemple : distorsions dues à l'enregistrement ou à l'enquêteur, erreur de transcription, erreur d'échantillonnage).
- **La fiabilité :** Les données issues d'un système d'information d'un programme sont basées sur des protocoles et des procédures qui ne changent pas selon celui qui les utilise. Les données sont fiables parce qu'elles sont mesurées et recueillies invariablement.
- **La précision :** La précision signifie que la marge d'erreur sur les données est inférieure au résultat correspondant au changement attendu dans le programme.
- **L'exhaustivité et la complétude :** l'exhaustivité signifie qu'un système d'information sanitaire tient compte de toutes les données qui devraient être collectées et rapportées.
- **La promptitude :** quand les données sont à jour (courantes), et quand les informations sont disponibles à temps. La promptitude dépend : (1) de la fréquence à laquelle le système d'information du programme est mis à jour ; (2) du rythme de changement des activités du programme ; et (3) du moment où les informations sont réellement utilisées ou demandées.
- **L'intégrité :** est la mesure de la «vérité» des données. On parle d'intégrité quand les données générées par le système d'information d'un programme sont protégées contre toutes sortes de distorsions (délibérées ou inconscientes) ou de manipulations quelconque par des moyens humains ou techniques.
- **La confidentialité :** la Confidentialité signifie que les clients sont assurés que leurs données seront conservées en conformité avec les normes nationales et/ou internationales en matière de données. Cela signifie que les données personnelles ne sont pas divulguées et que les données contenues sur des supports papier et électronique sont traitées avec un niveau de sécurité approprié (par exemple : gardés dans des armoires fermées et des fichiers protégés par des mots de passe).

❖ **La qualité des rapports et des données**

Elles sont appréciées sur la base de 03 éléments :

- la complétude des rapports, il s'agit de la réception du nombre exacte des rapports attendus ;
- la promptitude des rapports c'est-à-dire l'arrivée à temps des rapports attendus ;
- l'exactitude des données relevées dans les registres et dossiers des patients.

2.3.3.1. Les déterminants de la demande et de l'utilisation de l'information (DDUI)

L'objectif du SIS n'est pas seulement de produire de l'information mais de l'utiliser pour gérer et améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé en éclairant les décisions relatives aux programmes, aux politiques et aux financements.

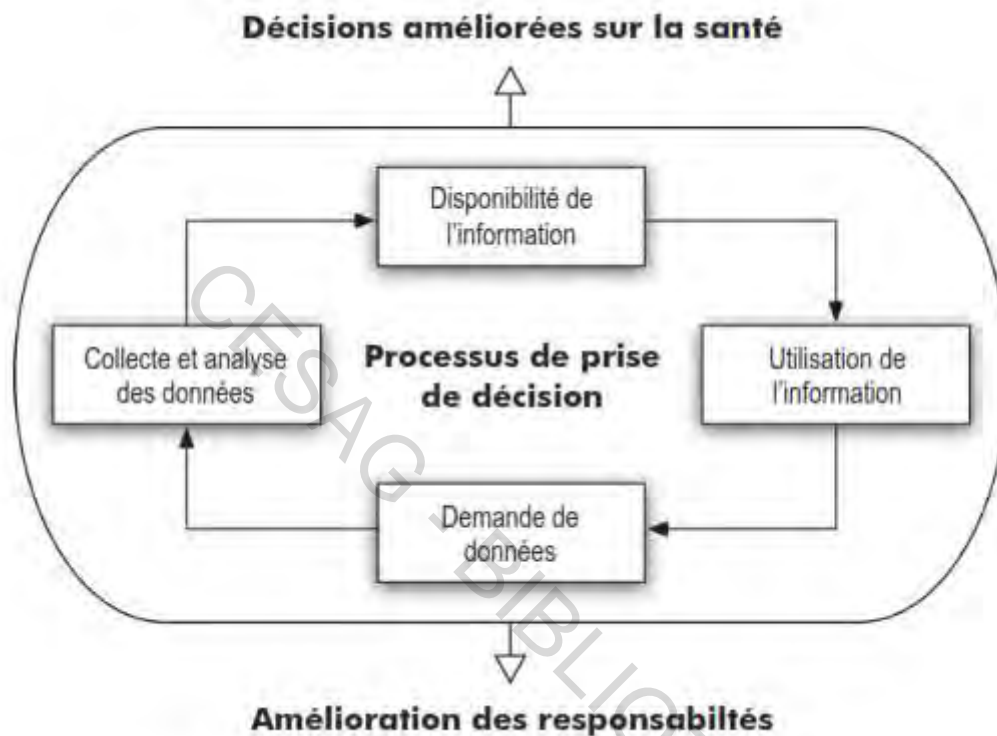


Figure 7 : Cadre conceptuel de demande des données et de l'utilisation de l'information

Source : www.cpc.unc.edu/mesure (MESURE/évaluation)

Les déterminants de la demande et de l'utilisation de l'information (DDUI) se présentent sous forme de cycle qui relie la demande à l'utilisation à travers les étapes intermédiaires de collecte et d'analyse des données, et assurent la disponibilité de l'information sur la santé.

La prise de décision fondée sur les preuves stimule une demande constante de l'information sur la santé, la collecte et l'analyse de données sur la santé permettent la disponibilité de l'information pour la prise de décision et finalement, la facilitation de l'utilisation de cette information pour accroître le rendement du système de santé. Ces éléments de développement continu sont appuyés par des projets qui visent à accroître la capacité des homologues et de leurs institutions, et à développer la coordination et la collaboration parmi les producteurs des données et leurs consommateurs.

Dans ce cadre apparaît un lien clair et constant entre l'utilisation de l'information sur la santé et la responsabilité d'améliorer la qualité des données sur lesquelles elle se base. Plus un décideur aura des expériences positives en utilisant les sources d'information pour appuyer une décision, plus sera fort son engagement à améliorer la qualité et l'opportunité des systèmes de collecte des données.

2.3.4. Les outils d'évaluation de la performance

Nous avons utilisé l'outil d'évaluation de la qualité des données (DQA) et l'outil d'évaluation de la qualité des données de routine (RDQA) élaborés par le Fonds Mondial avec des partenaires (USAID et Banque Mondiale) pour l'évaluation de la performance du système d'information sanitaire ; ces outils fournissent une approche commune pour évaluer et améliorer la qualité globale des données.

L'outil de l'assurance de la qualité des données de routine RDQA est une version simplifiée du DQA (MESURE évaluation, 2008).

❖ Les objectifs de DQA

- La vérification de la qualité des données rapportées.
- L'évaluation de la gestion des données de base et les systèmes rapportant les indicateurs standards.

❖ Les objectifs de RDQA

- Vérifier rapidement la qualité des données rapportées pour les indicateurs principaux dans des sites choisis et la capacité des systèmes de gestion des données de collecter et rapporter des données de qualité.
- Mettre en œuvre des mesures pour des plans d'action appropriés, afin de renforcer la gestion des données et le système de transmission et, améliorer la qualité des données.
- Suivre les améliorations de la capacité et la performance de la gestion des données ainsi que le système de transmission, afin de produire des données de qualité.

DEUXIEME PARTIE :

METHODOLOGIE ET PRESENTATION

DES RESULTATS DE L'ETUDE

La méthode est constituée de l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit et les démontrer. Toute recherche scientifique obéit à une méthodologie stricte pour aboutir à un résultat fiable et acceptable.

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous aborderons dans un premier temps le type de l'étude réalisée, les méthodes et les outils utilisés pour le recueil et l'analyse des données. Puis, nous achèverons par les difficultés et limites rencontrées sur le terrain.

3.1. Le type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive. La méthode choisie est celle qui est axée sur la résolution des problèmes. Cette étude porte sur une réflexion qualitative et qualitative qui consiste à l'identification et la priorisation des problèmes ; son analyse permet la détermination des causes, et permet la proposition de solutions à mettre en œuvre et les recommandations.

3.2. Le déroulement de l'étude

3.2.1. L'intégration au lieu du stage

La prise de contact et l'entretien avec la Directrice de Ressources Humaines du MINSAP pour la demande du stage au PNLP se sont déroulées du 15 au 22 juillet 2015. Le 31 juillet, nous avons pu avoir un entretien avec le Coordinateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme ; cet entretien a permis de discuter de l'objectif de notre étude, des modalités du stage et de sa date de démarrage. Le stage a effectivement débuté le 10 août, avec une présentation de l'ensemble du personnel. Le stage s'est terminé le 15 septembre 2015.

3.2.2. Le déroulement de l'enquête

Nous avons commencé par l'exploitation des documents du PNLP et une série d'entretiens qui a permis d'identifier les différents problèmes, ensuite nous avons passé à la phase de priorisation du problème ; le problème le plus important et le plus fréquent qui a été retenu, est la faible qualité des données et la faible utilisation de l'information. Enfin, nous avons fait la priorisation des causes et les solutions pour la mise en œuvre de plan d'actions.

Le tableau ci-dessous récapitule le déroulement de nos activités.

Tableau VI: le déroulement du stage

| Activités | Période | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 2015 | | | | | | | 2016 | | | |
| | Juin | Juil. | Août | sept | Oct. | Nov. | Déc. | Jan. | Fév. | Mars | Avril |
| Elaboration du plan de travail | | | | | | | | | | | |
| Prise de contact | | | | | | | | | | | |
| Revue documentaire et entretien | | | | | | | | | | | |
| Elaboration de fiche d'enquête | | | | | | | | | | | |
| Recueil des données | | | | | | | | | | | |
| Analyse et traitement des données | | | | | | | | | | | |
| Rédaction du mémoire | | | | | | | | | | | |
| dépôt du mémoire | | | | | | | | | | | |

Source : nous-même

3.3. La population d'étude

Notre population d'étude est composée des membres du personnel du PNLP, des gestionnaires du SIS/INASA, des responsables du SIS régional et des producteurs des données qui sont impliqués dans le système de production de l'information sanitaire de

routine au niveau des régions et des aires sanitaires ; ils sont au nombre de 13 personnes. La période choisie a été celle du mois d'avril, mai et juin 2015.

3.4. La méthodologie et technique d'échantillonnage

3.4.1. Le choix des sites

Notre choix a porté sur la gestion du SIS et du PNLP et sur les rapports des 11 régions sanitaires et les structures des quatre (04) aires sanitaires (Bandim, Quelelé, Bula et Pelundo) qui sont tous impliqués dans la production de l'information du paludisme.

3.4.2. Les choix des indicateurs

Nous avons choisi les indicateurs par rapport aux problèmes identifiés : la faible qualité des données et l'utilisation de l'information. Ces indicateurs sont :

➤ le taux de complétude des rapports par région et par mois

$$\frac{\text{Nombre de rapport reçu par mois}}{\text{Nombre de rapport attendu par mois}} \times 100$$

La complétude des rapports est bonne si le nombre des rapports attendu par mois est supérieur à 80% avec une tolérance de 20%

➤ le taux de promptitude des rapports par région et par mois

$$\frac{\text{Nombre de rapport reçu dans le délai fixé}}{\text{Nombre de rapport attendu dans le délai fixé}} \times 100$$

La promptitude des rapports est bonne si le nombre des rapports transmis à temps est supérieur à 70% avec une tolérance de 30%.

➤ le taux d'exactitude des données par l'aire sanitaire et par mois

$$\frac{\text{Nombre de cas de paludisme confirmés par la GE et le TDR chez les enfants de moins de 5 ans dans le rapport du SIS}}{\text{Nombre de cas de paludisme confirmés par la GE et le TDR chez les enfants de moins de 5 ans dans les documents sources}} \times 100$$

L'exactitude des données est bonne si les données entre les deux documents restent entre 90% et 110% avec une marge de plus ou moins 10%.

- ➔ **par apport à l'utilisation de l'information :** nous avons vérifié l'existence de preuves de l'utilisation de l'information au niveau du PNLP et des aires sanitaires à partir des critères suivantes :
- prise de décision basée sur les informations produite pour le SISR ;
 - résultats des activités (rapports).

3.5. Les méthodes et outils de collecte des données

3.5.1. La revue documentaire

Pour faire notre travail, nous avons effectué des recherches dans les domaines du SISR et du paludisme. La plupart de ces documents ont été consultés à la bibliothèque du CESAG et sur quelques sites de l'internet pour approfondir notre étude.

3.5.2. L'entretien

C'est la méthode plus utilisée sur le terrain pour bien mener l'enquête et mieux cerner les problèmes et ses causes. Après la revue documentaire, un questionnaire a été remis auprès au personnel du PNLP, les gestionnaires du SIS/INASA, les responsables su SIS régional et les producteurs des données.

3.6. Le dépouillement, le traitement et l'analyse des données

Les données collectées lors de l'enquête ont été traitées à partir d'Excel, qui a permis de créer le masque de saisie des données et représenter les tableaux et les graphiques. L'analyse de l'étude nous a permis la priorisation des causes liées à la faible qualité des données et à faible l'utilisation de l'information, puis l'indentification et le choix des solutions plus appropriées à mettre en œuvre.

3.7. Les difficultés et limites de l'étude

Des difficultés ont été rencontrées pendant l'étude. D'abord, la barrière linguistique qui a empêché l'évolution rapide du travail. Ensuite, la question de l'instabilité politique permanente en Guinée-Bissau, c'est pour cette raison nous avons rencontré des difficultés pour démarrer le stage. Les contraintes liées au temps et aux ressources financières n'ont pas permis d'élargir notre étude, mais aussi celles liées au manque de documents sur le SIS en Guinée-Bissau.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats de la revue de la littérature et les résultats de notre étude.

4.1. Les résultats de la revue de la littérature

Les résultats des études sur le système d'information sanitaire ont révélé les obstacles à leurs performances.

Dr Marcellin Nouaman N'ZEBO dans son mémoire de fin d'études au CESAG (4) a trouvé que 77,80% des personnes enquêtées affirment que les besoins en information sont identifiés et 55,60% des indicateurs sont définis de façon consensuelle, dans le district sanitaire de Yopougon Ouest-Songon (COTE D'IVOIRE), 2012.

Dr SAMADOULOU GOU S.B. Césaire a trouvé dans son mémoire de fin d'études au CESAG que seulement 8% des agents sont formés en SISR au Burkina Faso, 2011-2012. (7)

Les méthodes de collecte des données sont jugées laborieuses par 88,90% des agents enquêtés et 55,60% affirment que les moyens de transmissions des données sont inappropriés dans le district sanitaire de Yopougon Ouest-Songon (4).

Mr. Siaka OUATTARA, dans son mémoire de fin d'études au CESAG (2009-2010) (6) a constaté que 42% des collecteurs ne respectent pas le délai de transmission des rapports pour des raisons multiples dans le district sanitaire de Dakar sud.

En 2012, le rapport d'évaluation du SIS au Gabon (15) a trouvé que dans la plupart des structures de santé (86%), il n'existe pas de guide/manuel de procédures pour l'enregistrement des données. Au niveau des départements, la promptitude des rapports est estimée à 40% et l'utilisation de l'information globale est de 31% au niveau des régions sanitaires.

Au Burkina Faso l'utilisation de l'information pour l'allocation des ressources est faible (28%) selon le plan stratégique national du système d'information sanitaire de 2010-2020, (14).

Au Gabon, le contrôle de la qualité des données est assuré par moins de la moitié (43%) des structures enquêtées (9 structures sur les 40) (15) ;

Au Burkina Faso, selon Dr SAMADOULOU GOU, 58% des producteurs des données sont supervisés moins de 3 mois (7) ;

Au Sénégal, 64% des agents évoquent l'absence de feed-back des informations transmises dans le district sanitaire de Dakar sud (6).

4.2. Les descriptions des caractéristiques de la population d'étude

4.2.1. Le profil et fonction occupée

Dans notre étude, nous avons pu interroger 13 personnes dont les caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous ;

Tableau VII: les caractéristiques de la population d'étude

| N° d'ordre | Formation | Fonction occupée | Institution | Ancienneté au poste | Effectif | Total Effectif |
|--------------|---|--|--------------------------------|---------------------|-----------|----------------|
| 1 | Economiste | Directeur du SIS | INASA | 3 ans | 1 | 2 |
| 2 | Informaticien | Gestionnaire des données | INASA | 6 ans | 1 | |
| 3 | Infirmier spécialiste | Responsable de S&E | PNLP | 17 ans | 1 | 4 |
| 4 | Infirmier spécialiste | Gestionnaire des données | PNLP | 6 ans | 1 | |
| 5 | Infirmier spécialiste | Responsable logistique | PNLP | 3 mois | 1 | |
| 6 | Infirmier spécialiste | Responsable de la lutte anti-vectorielle | PNLP | 3 mois | 1 | |
| 7 | Statisticien | Responsable du SIS régional | DRS/SAB | 8 ans | 1 | 3 |
| 8 | Infirmier | Responsable du SIS régional | DRS/Tombali | 8 ans | 1 | |
| 9 | Technique de l'hygiène et épidémiologie | Responsable du SIS/régional | DRS/ Biombo | 7 ans | 1 | |
| 10 | Infirmier | Responsable du SIS d'aire sanitaire | Centre de Santé Bula/Cacheu | 5 ans | 1 | 4 |
| 11 | Infirmier | Responsable du SIS d'aire sanitaire | Centre de Santé Pelundo/Cacheu | 4 ans | 1 | |
| 12 | Infirmier | Responsable du SIS d'aire sanitaire | Centre de Santé Bandim/SAB | 11 ans | 1 | |
| 13 | Infirmier spécialiste | Responsable du SIS d'aire sanitaire | Centre de Santé Quelelé/SAB | 5 ans | 1 | |
| TOTAL | | | | | 13 | |

Source : nous-même

Nous constatons que certains postes sont occupés par des agents que n'ont pas le profil normalement recommandé. Cette situation pourrait certainement expliquer la mauvaise coordination du SIS, voire la faible qualité des données et leur utilisation au PNLP.

4.2.2. L'ancienneté au poste

La plupart des personnes enquêtées (31%) avaient fait plus de 10 ans au service du SIS, 46% entre 4 et 7 ans, et 23% moins de 3 ans.

Ancienneté au poste

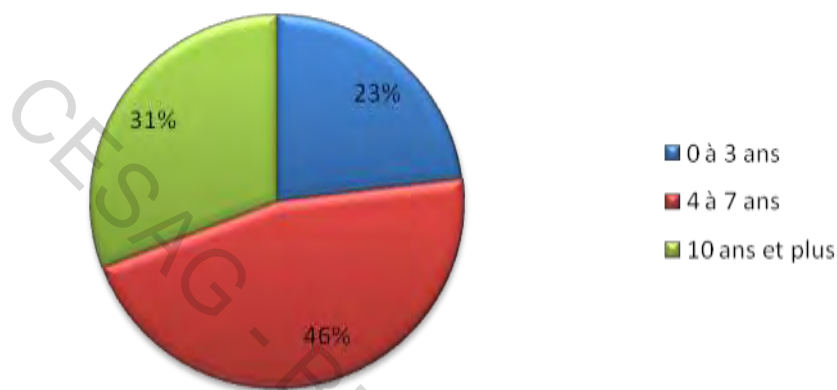


Figure 8 : Répartition des agents enquêtés selon l'ancienneté au poste

Source : nous-même

Les deux personnes interrogées au SIS/INASA, ont de l'expérience à leur poste, de même que le responsable de Suivi et d'Evaluation et le Gestionnaire des données au niveau du PNLP. Les Responsables de la logistique et de la lutte anti-vectorielle n'ont fait que trois mois au PNLP. Cette faible durée au poste dans le domaine peut avoir des conséquences néfastes sur les décisions à prendre comme l'approvisionnement des produits pour le pays. Les trois responsables du SIS au niveau de la DRS sont anciens à leur poste. Au niveau des quatre aires sanitaires que nous avons visitées, les responsables du SIS ont des expériences variées.

4.3. Les résultats de l'évaluation du système de gestion des données sur le paludisme à travers les outils d'évaluations de la performance (DQA et RDQA)

L'évaluation du système de gestion des données porte sur huit (8) éléments :

❖ Les capacités, rôles et responsabilités du SISR

Selon les 13 personnes enquêtées, les responsables du système d'information sanitaire ont été identifiés au niveau central, régional et local et les responsabilités ont été clairement définies.

❖ La formation en SISR

- Tout le personnel du PNLP interrogé est formé sur le SISR.
- Tout le personnel du SIS/INASA interrogé, est formé sur le SISR.
- Au niveau des DRS, seuls 67% des responsables du SIS régional interrogés, affirment avoir bénéficié de formation.
- Au niveau des aires sanitaires, la majorité des producteurs des données enquêtés (75%) ont reçu une formation.

❖ Les conditions de rapportage des données

Selon les 13 personnes interrogées, il n'existe aucun document écrit qui définit le système de rapportage des données en Guinée-Bissau. Cependant, les normes sont connues par tous les acteurs du système d'information sanitaire.

❖ Les définitions des indicateurs

Les 13 personnes enquêtées affirment que les indicateurs sur le paludisme répondent à des normes appropriées et, sont appliqués à tous les points du service. Mais, au niveau des aires sanitaires, la définition opérationnelle des indicateurs n'est pas connue.

Les indicateurs sont aussi définis de façon consensuelle avec certains acteurs de production de l'information parce que les producteurs des données interrogés au niveau des aires sanitaires n'ont pas été impliqués.

❖ Les formulaires et outils de collecte et de rapportage des données

Toutes les personnes enquêtées certifient qu'il existe un formulaire global de collecte des données de toutes les maladies et un formulaire standard de leur collecte pour le paludisme. Les données sur le paludisme au niveau de l'aire sanitaire sont intégrées dans le rapport global mensuel. Ce rapport est transmis à la DRS.

Les rapports au niveau des aires de sanitaires sont conservés, mais il n'y a pas de textes écrits sur les normes d'archivage.

❖ La méthode de gestion des données

Les 07 personnes interrogées au niveau des DRS et des aires sanitaires, ne disposent pas de manuel de gestion des données pour guider la collecte, l'agrégation ou la manipulation des données.

Le responsable du SIS affirme qu'il existe un manuel élaboré par le système d'information sanitaire pour guider la collecte des données, mais qui n'est pas encore disponible pour les producteurs des données.

❖ Les mécanismes et contrôle de la qualité des données

Les problèmes en rapport avec à la qualité des données sont identifiés :

- au niveau des DRS, la promptitude des rapports est faible ;
- au niveau des aires sanitaires, la complétude, la promptitude et l'exactitude sont faibles.

La supervision est la méthode utilisée pour résoudre le problème de qualité des données.

Il n'y a pas de mécanisme clairement défini et harmonisé pour rapprocher les divergences dans les rapports.

Le PNLP prévoit tous les 3 mois une supervision pour vérifier les données au niveau des documents sources, alors que les DRS organisent tous les mois une revue des données du paludisme en convoquant tous les responsables des aires sanitaires. Cependant, dans la réalité, ils ont des difficultés à respecter leur agenda.

Il n'existe pas de document qui décrit les méthodes pour identifier et rapprocher les divergences dans les rapports, ni de vérifier périodiquement les données sources.

❖ Les liens avec le système de rapportage national

Le système de rapportage de collecte des données du paludisme est lié au système de rapportage national ; il n'existe pas de système parallèle.

Les commentaires sur les résultats de l'évaluation du système de gestion des données sur le paludisme

D'une manière générale, la majeure partie du personnel est ancien au poste, c'est qui est un atout pour le PNLP car ces agents ont dû acquérir de l'expérience même s'ils n'ont pas reçu une formation structurée sur le système d'information sanitaire.

Les indicateurs définis répondent aux besoins de la population et permettent au programme d'être efficace. En réalité les responsables des DRS et les producteurs des données aux niveaux des aires sanitaires ne connaissent pas la définition opérationnelle des indicateurs ni leur importance ; ceci peut être une source de démotivation qui influence la qualité des données ainsi que leur utilisation. Il n'existe pas de manuel de définition des indicateurs sur le paludisme pour le niveau opérationnel.

Les rapports sont conservés à tous les niveaux, mais la sécurité des données et les normes d'archivage ne sont pas respectées. Ces problèmes peuvent entraîner la perte des données qui ira se répercuter sur la complétude, l'exactitude des données et la vérification des données sur les documents sources.

Au niveau des aires sanitaires, à côté du rapport global mensuel, il existe un autre formulaire sur le paludisme, rempli aussi par les responsables de la structure. Cependant, la formulation des indicateurs n'est pas harmonisée entre ces deux outils ; ce qui pose un problème d'exactitude des données.

Il n'existe pas de manuel de gestion des données pour guider la collecte, l'agrégation, la manipulation et la gestion des incohérences en cas des divergences dans les données.

Il existe des mécanismes de contrôle de la qualité des données à travers les revues mensuelles et la supervision formative qui est une source de motivation. Malgré tout cela, il existe encore des erreurs liées à un double comptage car les indicateurs ne sont pas bien définis au niveau opérationnel. Par exemple, dans certains laboratoires, une goutte épaisse et un TDR effectués sur une personne sont parfois comptés doublement.

4.4. Les résultats de l'évaluation de la qualité des données sur le paludisme

Nous allons, dans cette partie, présenter les résultats de l'évaluation de la qualité des rapports sur le paludisme appréciés par la complétude, la promptitude et l'exactitude.

Le tableau ci-dessous montre nombre d'aires et de sites par région sanitaire.

Tableau VIII: nombre d'aires et de sites par région sanitaire

| N° | Régions Sanitaires | Nombre d'aires sanitaires par région | Nombre de Sites par région | Nombre total des aires sanitaires et des sites par région |
|----|--------------------|--------------------------------------|----------------------------|---|
| 1 | Bafatá | 14 | 1 | 15 |
| 2 | Biombo | 8 | 3 | 11 |
| 3 | Bijagos | 11 | - | 11 |
| 4 | Bolama | 3 | 2 | 5 |
| 5 | Cacheu | 17 | 4 | 21 |
| 6 | Farim | 5 | - | 5 |
| 7 | Gabú | 19 | 1 | 20 |
| 8 | Oio | 10 | 2 | 12 |
| 9 | Quinara | 6 | 5 | 11 |
| 10 | SAB | 10 | 13 | 23 |
| 11 | Tombali | 8 | 9 | 17 |

Source : nous-même

4.4.1. La complétude des rapports

Comme décrit dans le circuit de transmission des données du système d'information sanitaire de la Guinée-Bissau, nous allons présenter la complétude des rapports des aires sanitaires vers les régions, des régions vers le SIS et de SIS vers le PNLP.

- ❖ Le taux de complétude totale des rapports des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires - 2^o trimestre 2015

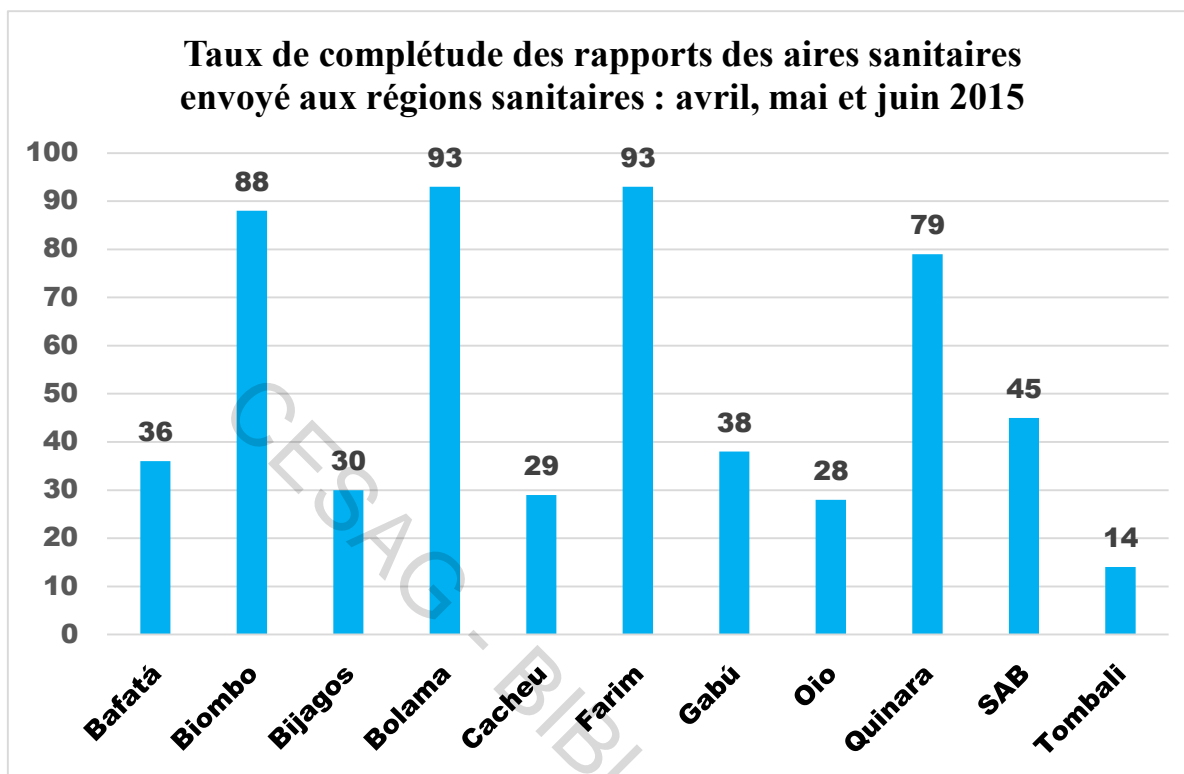


Figure 9: Taux de complétude totale des rapports des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

Dans les 11 régions sanitaires de la Guinée-Bissau, nous remarquons que les régions à taux de complétude de plus de 50% constituent un nombre faible quatre ; tandis que, les autres régions à taux de complétude faible sont plus nombreuses sept.

Nous notons que dans les régions à fort taux de complétude, le reportage des données est respecté et envoyé au niveau des régions sanitaires du fait du nombre réduit des aires et des sites sanitaires. Alors que dans les autres où il est faible, leur nombre est important. La mauvaise coordination et la surcharge de travail peuvent ainsi expliquer la faible complétude.

- ❖ Le taux de complétude totale des rapports des régions sanitaires envoyé au SIS - 2^o trimestre 2015

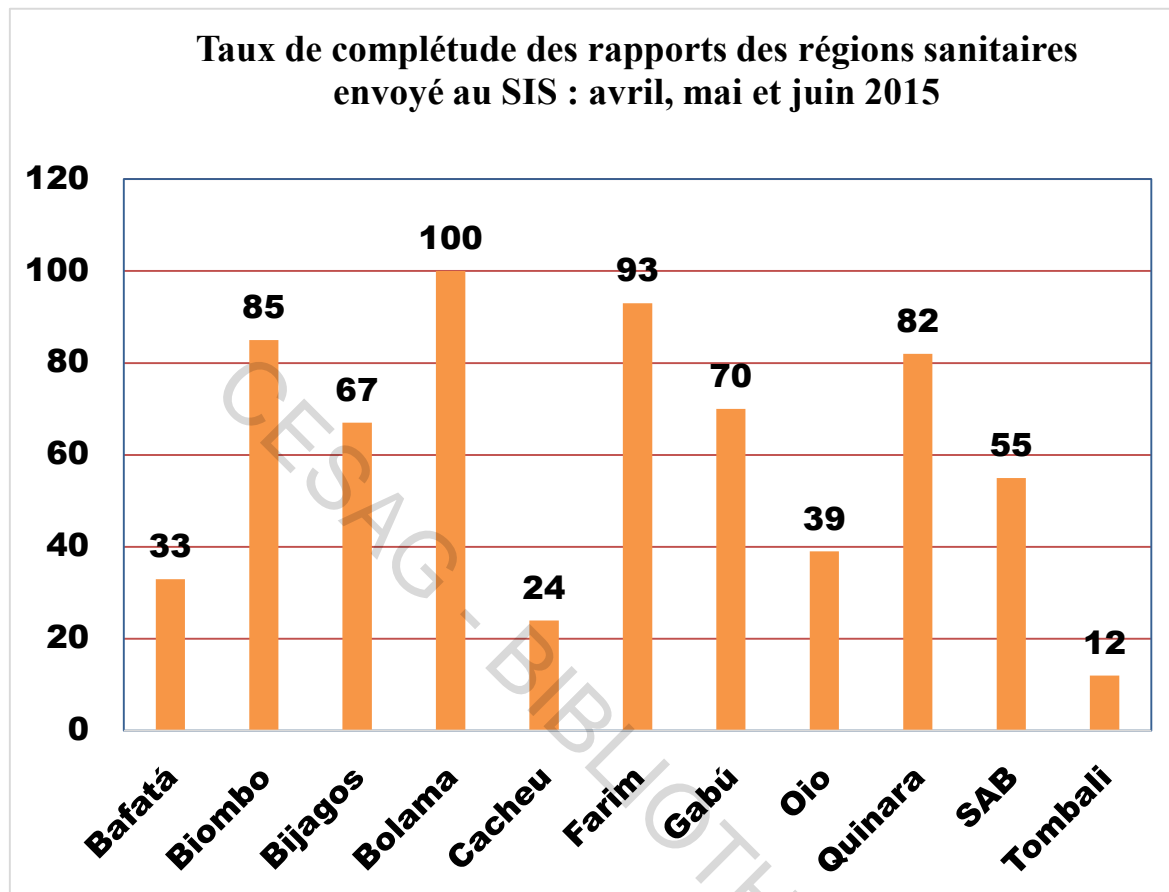


Figure 10 : Taux de complétude totale des rapports des régions sanitaires envoyé au SIS - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

Il existe deux groupes de région :

- des régions avec une bonne complétude (entre 80% et 100%) où les aires sanitaires et les sites sont en nombre réduit et où la coordination et la synthèse de rapport sont plus faciles ;
- des régions avec une complétude faible où il existe plus d'aires et de sites sanitaires. Dans ces régions se posent des problèmes de coordination pour l'envoi des rapports au niveau central.

❖ Le taux de complétude totale des rapports du SIS envoyé au PNLP – 2^o trimestre 2015

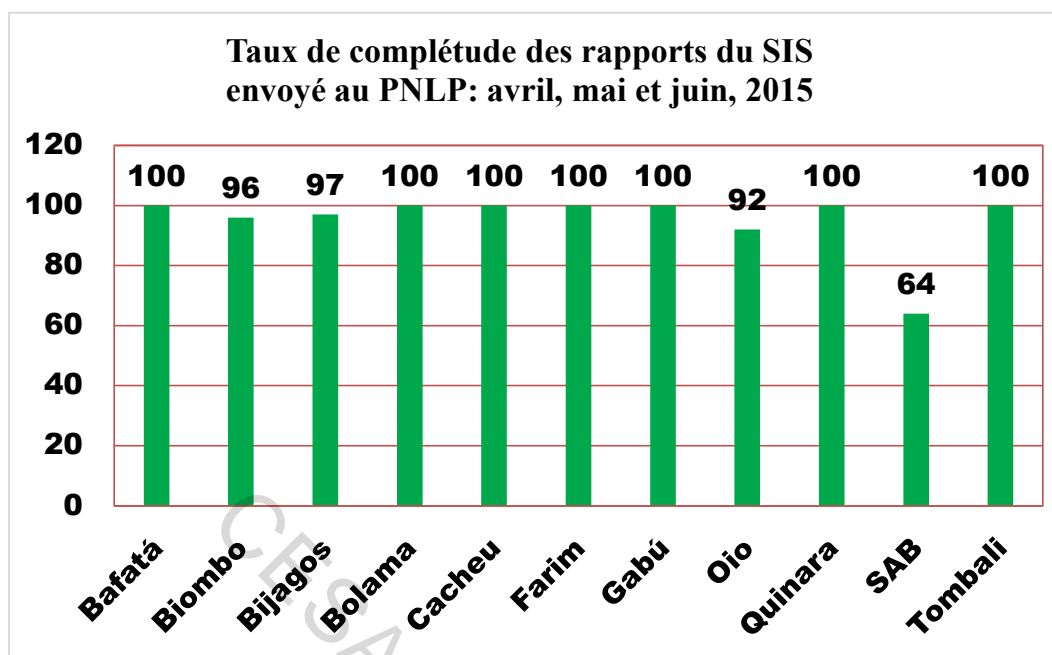


Figure 11 : Taux de complétude totale des rapports du SIS envoyé au PNLP - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

La transmission des rapports du SIS vers le PNLP se fait tous les trois mois. Toutes les régions sanitaires ont une bonne complétude sauf le secteur autonome de Bissau (SAB), qui est la région sanitaire qui polarise plus de sites et d'aires sanitaires. Cependant, au niveau du SAB les agents chargés de collecter les données sont en nombre insuffisants, n'ont pas reçu une formation structurée sur le SIS, sont démotivés, et aussi impliqués dans beaucoup d'activités.

4.4.2. La promptitude des rapports

Nous allons ci-dessous présenter la promptitude des rapports à tous les niveaux :

- des aires sanitaires vers la région où la transmission se fait entre le 5 et le 10 de chaque mois ;
- des régions sanitaires vers le SIS où la transmission se fait entre le 10 et le 15 de chaque mois ;
- du SIS vers le PNLP où la transmission est trimestrielle.

- ❖ Le taux de promptitude totale des rapports des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires - 2^o trimestre 2015

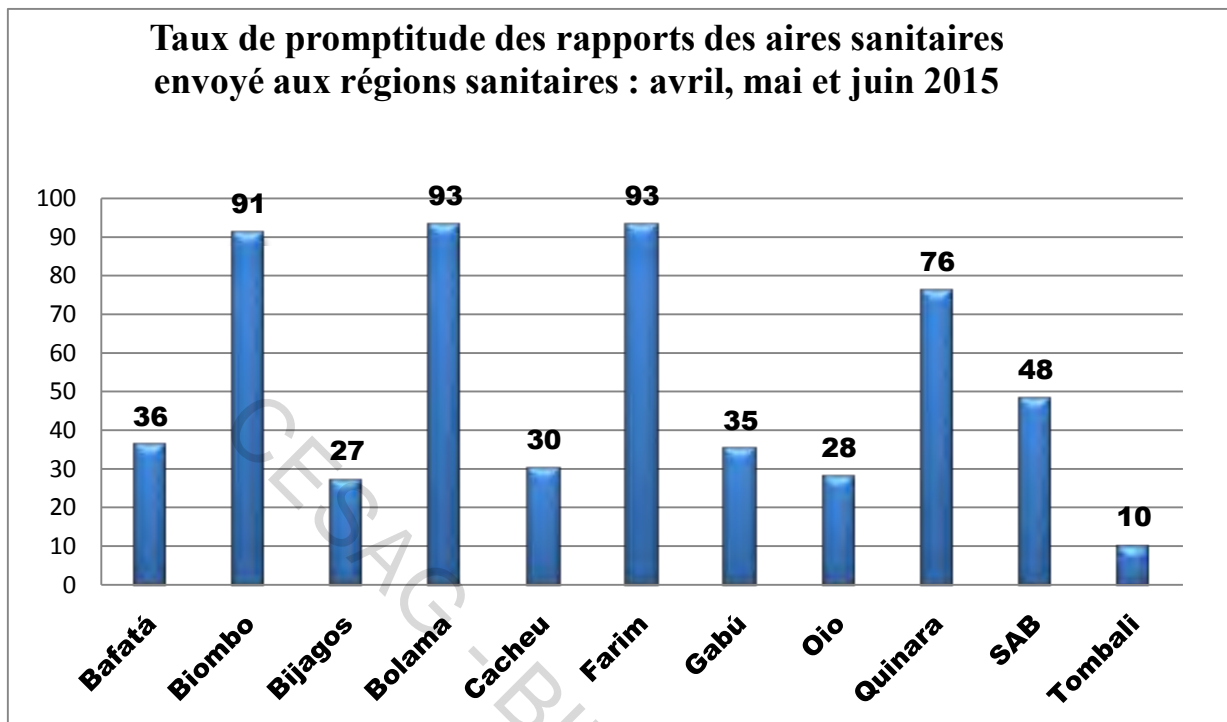


Figure 12 : Taux de promptitude totale des rapports des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

Nous constatons que ce sont toujours les mêmes régions qui ont encore une bonne promptitude. Pour deux de ces 4 régions le nombre d'aires sanitaires sous leur responsabilité est faible ; par contre la région de Biombo a un peu plus d'aires sanitaires sous sa responsabilité, mais elle est proche de Bissau.

Pour les autres régions la distance par rapport à la DRS, le manque de moyens de communication, la mauvaise qualité des routes, l'éloignement et la dispersion géographique des aires sanitaires peuvent expliquer la faible promptitude.

- ❖ Le taux de promptitude totale des rapports des régions sanitaires envoyé au SIS - 2^o trimestre 2015

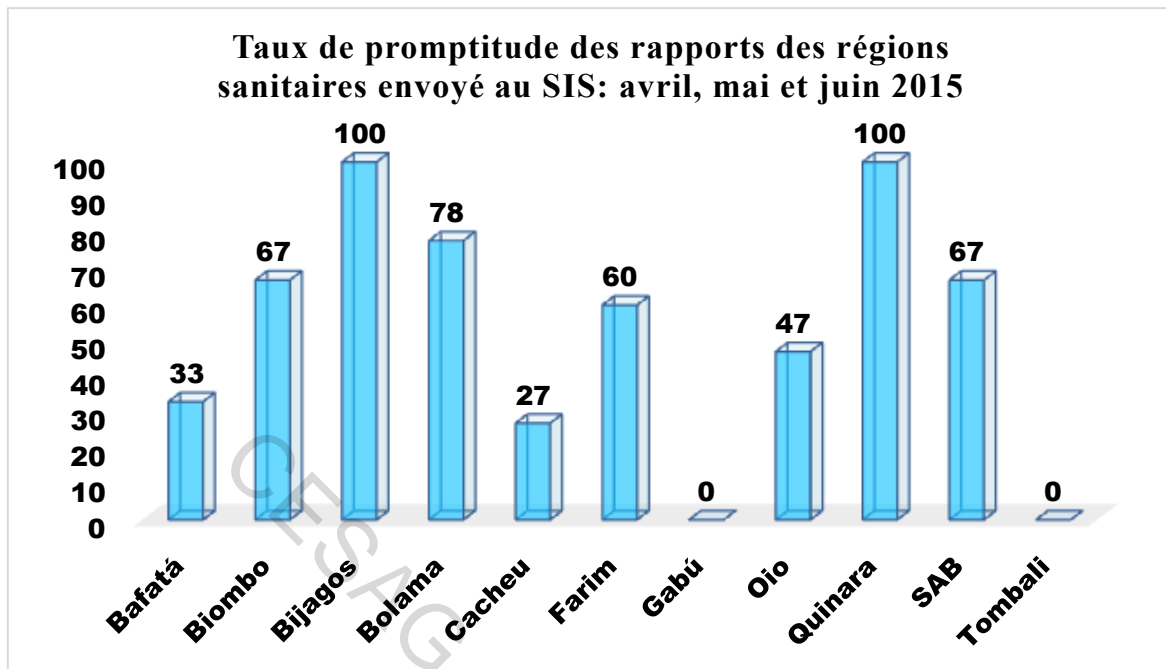


Figure 13 : Taux de promptitude totale des rapports des régions sanitaires envoyé au SIS - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

La promptitude des rapports envoyés par les DRS au niveau du SIS est très bonne (100%) pour les régions de Bijagos et de Quinara. Au niveau de la DRS de Bijagos qui est une île éloignée de la capitale, avec 11 aires sanitaires, la bonne promptitude peut être expliquée par une bonne coordination et une motivation de la personne responsable de la gestion des données. Ces mêmes facteurs peuvent expliquer la promptitude observée à Quinara qui est aussi une région éloignée de la capitale avec 11 aires sanitaires sous sa responsabilité. Les DRS de Gabú et Tombali ont envoyé les rapports après les délais fixés (promptitude de 0%), ce retard peut être expliqué par la distance éloignée de la capitale, la mauvaise coordination, le nombre élevé de sites sous leur responsabilité et le mauvais état des routes.

❖ Le taux de promptitude totale des rapports du SIS envoyé au PNLP - 2^o trimestre 2015

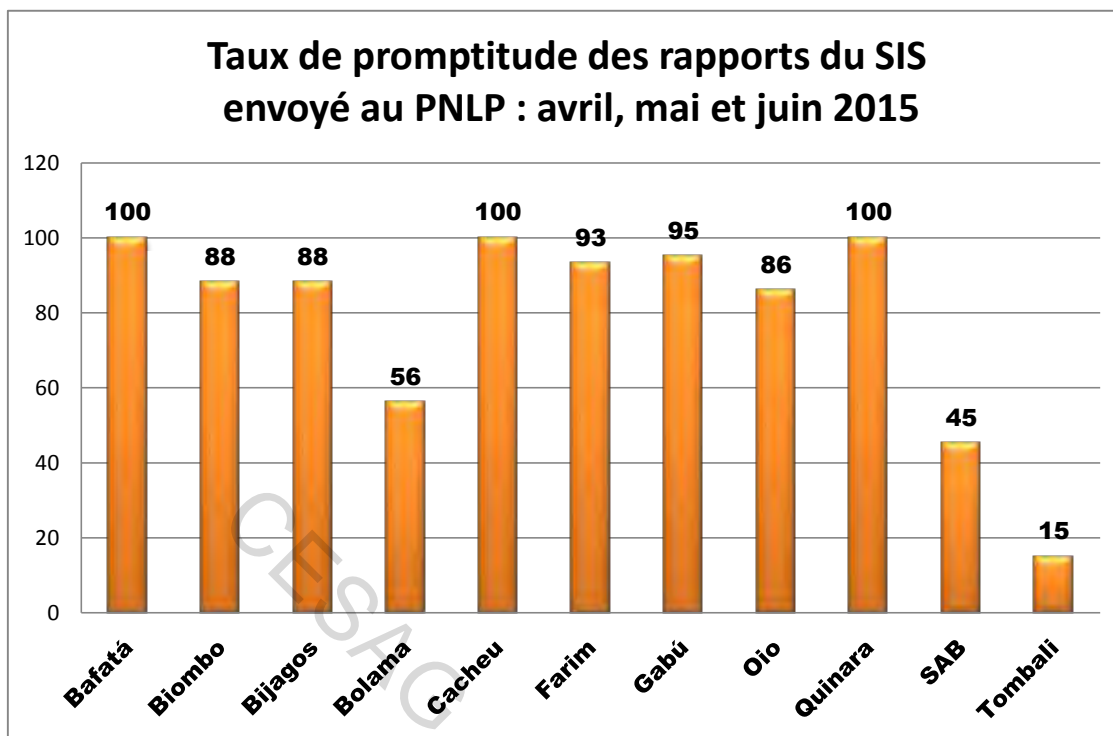


Figure 14 : Taux de promptitude totale des rapports du SIS envoyé au PNLP - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

La promptitude est faible dans les régions de Bolama, SAB et Tombali. Au niveau de la DRS de Tombali le manque de promptitude peut être expliqué par la mauvaise coordination de la gestion des données, la démotivation, la distance et l'éloignement de la capitale, le nombre élevé de sites sous leur responsabilité et le mauvais état des routes.

La DRS de SAB située à la capitale, enregistre toujours une faible promptitude qui peut être liée à des facteurs individuels et organisationnels tels que : une insuffisance de personnels, une insuffisance de formation sur le SIS, la démotivation, la mauvaise coordination de la gestion des données, la surcharge de travail et le nombre élevé de sites sanitaires.

La région de Bolama est une île où la distance avec la capitale est minimum de 3 heures par bateau. Cette faible promptitude des rapports de la DRS de Bolama envoyés par le SIS au PNLP peut être expliquée par la distance éloignée de la capitale, le manque de moyens de communication et de transport et aussi la mauvaise coordination de la gestion des données.

Globalement, malgré l'ancienneté au poste de certains agents, la faible promptitude et complétude des rapports observées dans le système relève de certains facteurs :

- l'absence de manuel de gestion des données qui décrit les délais de transmission des rapports, les conditions d'archivage et de sécurité ainsi que le mécanisme de contrôle de la qualité des données ;
- l'insuffisance de culture de l'information ;

Tous ces problèmes constituent un obstacle pour le PNLP qui doit prendre de décisions concernant les régions en termes d'approvisionnement en intrants (ACT, TDR, MILDA, insecticides, outils de gestion etc.) et en stratégies de prévention contre le paludisme et de promotion de la santé.

Le leadership de la division du SIS est faible parce que la direction ne dispose pas de ressources humaines suffisamment qualifiées.

4.4.3. L'exactitude des données

Au cours de notre enquête, nous avons été autorisés par la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Bissau pour procéder à la vérification de l'exactitude des données dans les régions et les aires sanitaires.

Toutes les aires sanitaires visitées disposent d'une copie des rapports qu'ils envoient au niveau supérieur ; ce qui nous a servi de moyen de vérification de l'exactitude avec les documents sources (registre des consultations et des analyses).

L'exactitude des données a été appréciée dans deux (02) régions sanitaires et quatre (04) aires sanitaires présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IX: la présentation des aires sanitaires de notre étude

| Régions sanitaires | Aires sanitaires |
|---------------------------|-------------------------|
| SAB | Bandim |
| | Quelelé |
| Cacheu | Bula |
| | Pelundo |

Source : nous-même

Pour apprécier l'exactitude des données, nous avons procédé à la vérification des documents sources et les rapports des aires sanitaires envoyés aux régions sanitaires pour les trois mois de l'étude. Il s'agit de vérifier :

- la conformité du nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans confirmés par le TDR et /ou la GE entre le registre et le rapport soumis à la DRS ;
 - la conformité entre confirmation de cas suspect et traitement administré ;
 - la mention de l'âge (enfants moins de 5 ans) et de la date (période de l'étude) dans le registre.
- ❖ Le taux de l'exactitude des données des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires – avril 2015

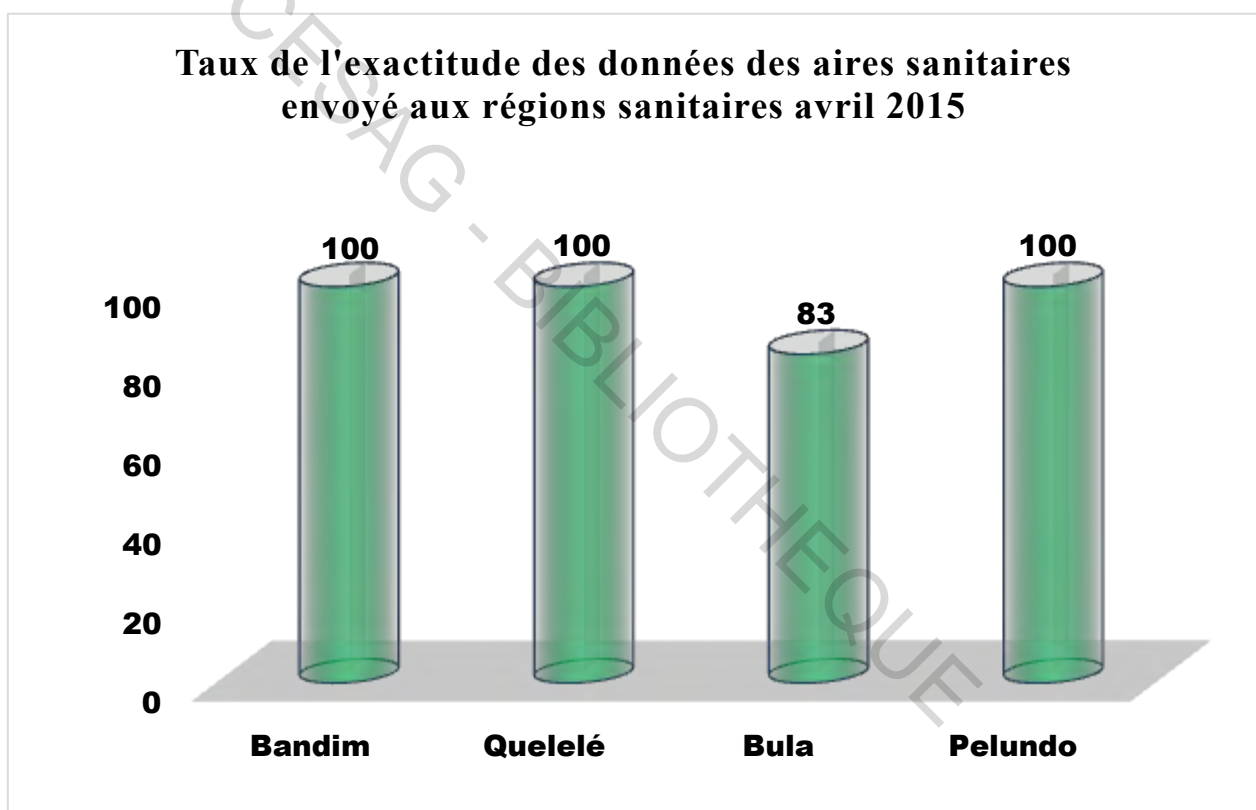


Figure 15 : Taux de l'exactitude des données des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

L'exactitude n'est pas bonne pour l'aire sanitaire de Bula. Dans ce centre de santé, nous avons constaté des cas suspects de paludisme traités par ACT sans confirmation de diagnostic conformément à la recommandation de la politique nationale de traitement du paludisme.

- ❖ Le taux de l'exactitude des données des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires – mai 2015

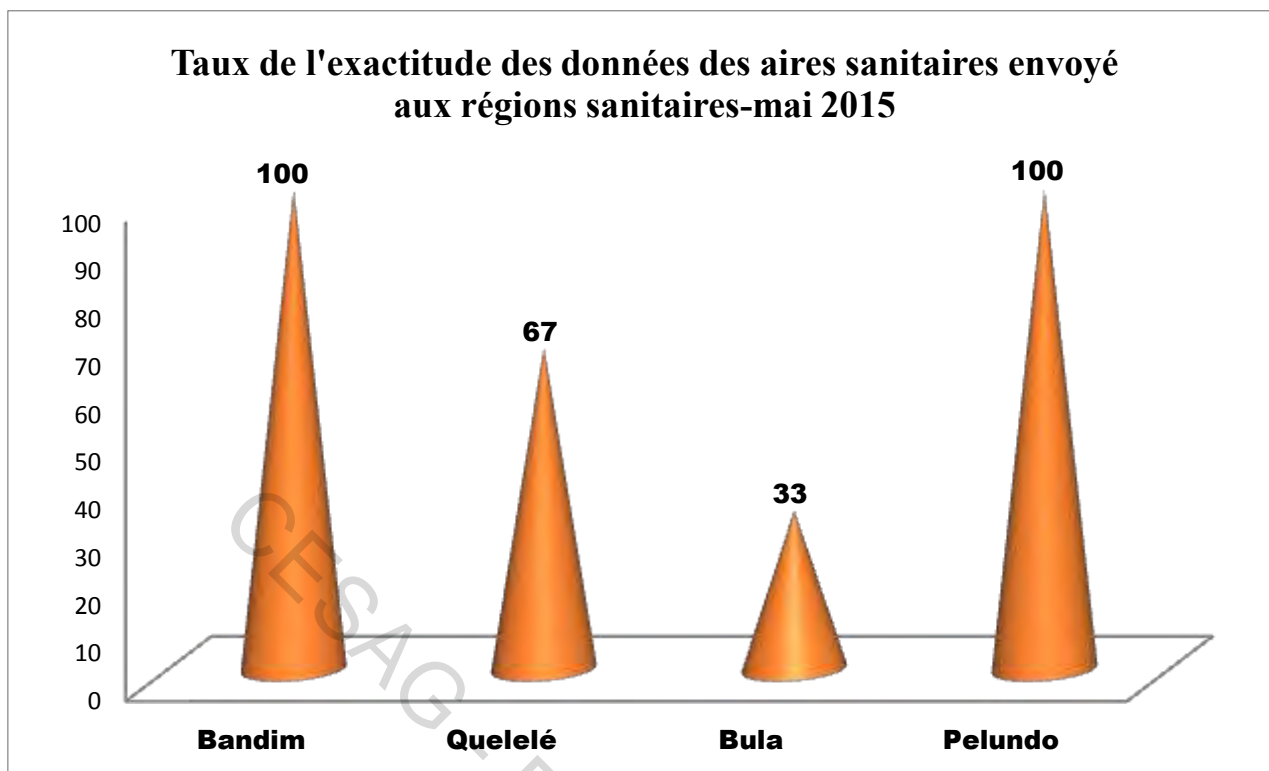


Figure 16 : Taux de l'exactitude des données des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires - 2^o trimestre 2015

Source : nous-mêmes

Nous avons constaté des incohérences qui peuvent être liées au manque d'exactitude des données dans les centres de santé de Quelelé et de Bula.

Dans le centre de santé de Quelelé, les incohérences constatées sont liées à la perte de registre de consultations des enfants dans la structure et au double comptage de cas de paludisme confirmés à travers les tests (TDR et GE) qui sont notés dans les registres des consultations et des analyses.

Au centre de santé de Bula, nous avons observé des erreurs sur les registres des consultations et des analyses ; par exemple : certains items comme l'âge, le sexe et la date ne sont pas renseignés.

- ❖ Taux de l'exactitude des données des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires – juin 2015

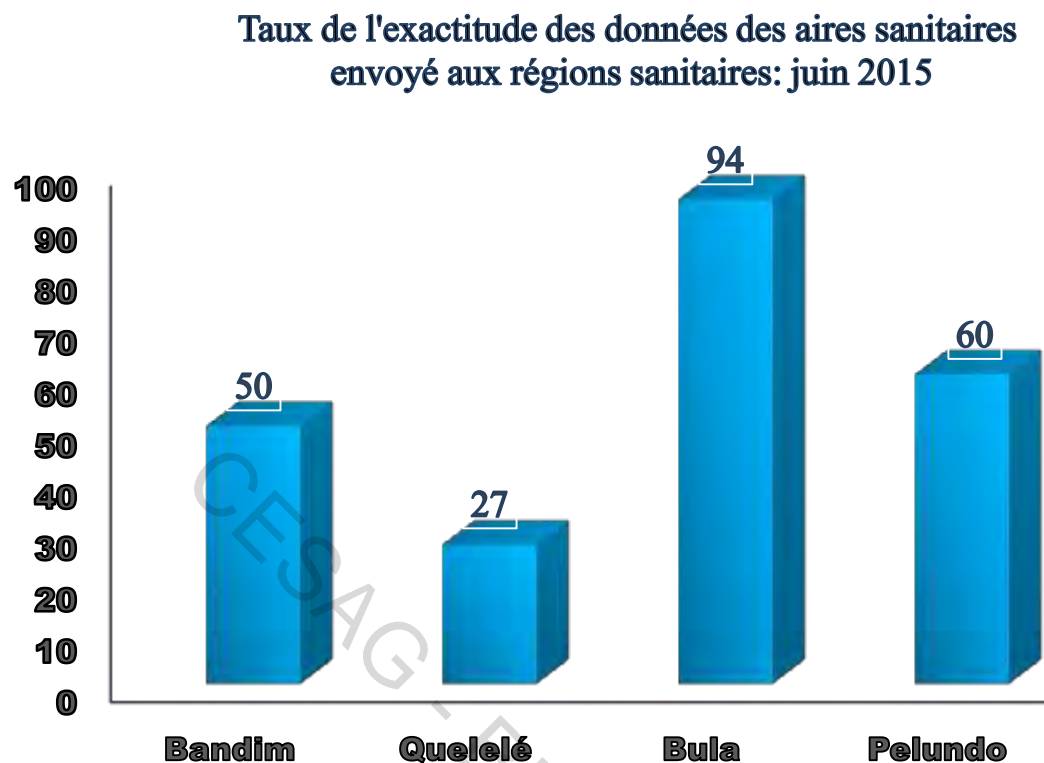


Figure 17: Taux de l'exactitude des données des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires - 2^o trimestre 2015

Source : nous-même

Au mois de juin, avec la saison des pluies qui commence, il y a une recrudescence des cas de paludisme, l'enregistrement des données devient plus difficile car les prestataires sont surchargés. Ceci explique la faible exactitude des données dans les aires sanitaires de Quelele, Bandim et Pelundo.

Il est à noter aussi qu'au niveau des aires de santé de Bandim et Quelelé, les registres sont mal archivés ; la vérification des données sur site est donc difficile.

Les commentaires sur l'exactitude des données

La faible exactitude des données notées au niveau des 04 aires sanitaires visitées, nous permet de comprendre la situation globale qui peut être expliquée par les éléments suivants :

- l'absence de manuel de définition opérationnelle des indicateurs sur le paludisme ;
- l'absence de formation structurée sur le SISR pour les agents du système.

4.5. Les résultats de l'évaluation de l'utilisation de l'information sur le paludisme

- L'utilisation de l'information par les producteurs des données

L'utilisation est bonne dans les quatre aires sanitaires car tous les producteurs des données déclarent utiliser l'information produite dans leurs structures pour la sensibilisation des populations sur le paludisme. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les cibles les plus visées surtout lorsqu'il y a une recrudescence de cas de paludisme dans la zone.

- L'utilisation de l'information par le PNLP

Le PNLP utilise l'information produite par le SISR pour l'élaboration de la politique, la planification des stratégies, la mise en œuvre des activités et le plaidoyer pour la mobilisation de ressources auprès des partenaires. En raison de la faible promptitude des rapports qui arrivent au PNLP, l'information n'est pas disponible à temps pour la prise de décisions. Ainsi au premier trimestre 2015, il y avait 44 structures sur 138 qui ont notifié une rupture de stock des produits (ACT, MILDA, tests de diagnostic et réactifs).

A cause de la faible qualité de l'information produite et la non intégration des données du secteur privé et de quelques institutions du secteur public comme l'Hôpital National Simão Mendes à Bissau, le PNLP est obligé de faire une estimation de 15% lors de la planification des activités de la lutte contre le paludisme pour prendre en compte ces données qui manquent.

- Feed-back (retro-information)

Les personnes du PNLP interrogées assurent qu'elles font la retro-information pour les niveaux régional et périphérique en cas de recrudescence de cas de paludisme.

100% des responsables du SIS régional et des producteurs des données enquêtés affirment qu'ils ne reçoivent pas le **feed-back** des rapports transmis au niveau supérieur et les informations des autres régions sanitaires ne sont pas partagées.

Les commentaires des résultats

Il ressort de notre étude qu'il y a des insuffisances dans le système de gestion des données qui se répercutent sur la qualité des données et leur utilisation. Nous pouvons citer ces principales insuffisances :

- insuffisance de ressources humaines pour la gestion des données du paludisme ;
- absence de formation bien structurée sur le SISR ;
- absence de manuel de définition opérationnelle des indicateurs ;
- absence de manuel de procédure de gestion des données pour la collecte, l'agrégation et la manipulation ;
- insuffisance de supervision et de contrôle de qualité des données au niveau des aires sanitaires ;
- faible qualité des rapports sur le paludisme liée à une faible complétude, une faible promptitude et des incohérences dans les données au niveau des documents sources ;
- faible utilisation de l'information sur le paludisme au niveau du PNLP.

TROISIEME PARTIE :

DETERMINATION DES CAUSES,

IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET

LEUR PRIORISATION

Après l'analyse des résultats nous avons ressorti les causes du problème et l'identification des solutions. Le plan d'actions de mise en œuvre de la solution est indispensable pour résoudre le problème de la performance du système d'information sanitaire de routine en Guinée-Bissau. Au terme de notre étude, certaines recommandations s'avèrent nécessaires pour améliorer la faible qualité des données et la faible utilisation de l'information.

CHAPITRE 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES DU PROBLEME

Dans ce chapitre, nous allons déterminer les causes du problème par deux approches : les causes identifiées dans la littérature et les causes des problèmes identifiés par notre étude. Ensuite une synthèse des causes sera faite grâce à la théorie des 5M d'ISHIKAWA et sa priorisation par attribution des points.

5.1. La détermination des causes du problème

5.1.1. La revue de la littérature

La revue de la littérature montre que les difficultés qui entravent la performance du SIS relèvent de causes diverses. Nous avons présentés les causes de la faible performance du SIS au Burkina Faso et au Gabon.

Au Burkina Faso, le plan stratégique national du système d'information sanitaire de 2010-2020, a identifié six causes de la non performance du SIS à savoir :

- insuffisance de la coordination, de la gestion et du leadership ;
- faiblesse des capacités en ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures ;
- faiblesse des sources des données ;
- insuffisances dans la gestion des données ;
- mauvaise qualité des données sanitaires ;
- insuffisance de la diffusion et l'utilisation de l'information.

Au Gabon en 2012, le rapport d'évaluation du SIS, a révélé que la performance du SIS est faible et présente les causes suivantes :

- insuffisance de coordination et de gestion ;
- faible utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décisions ;
- manque de ressources financières et matérielles ;
- insuffisances de supervision ;
- insuffisances de formation/recyclage ;
- inexistance de contrôle de qualité des données ;
- absence de l'uniformisation des indicateurs du SNIS.

5.1.2. Les différentes causes identifiées par notre étude

L'analyse de la revue des documents nationaux et des entretiens que nous avons eu avec les personnels du PNLP, les gestionnaires des données du SIS, les responsables du SIS régional et les producteurs des données nous a permis de détecter les causes suivantes :

- manque de volonté politique du Ministère de la Santé ;
- déficit de coordination et de gestion du SISR ;
- inexistence des normes et des procédures du SISR ;
- insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières ;
- manque de motivation financière du personnel chargé du SISR ;
- surcharge du travail surtout au niveau périphérique ;
- insuffisance de la formation/recyclage sur le SISR ;
- manque de manuel de définition opérationnelle des indicateurs ;
- insuffisance de moyens de communication entre les niveaux ;
- absence d'harmonisation des outils de collecte des données ;
- manque de culture de l'information ;
- les moyens de transmission des données inappropriées (transport en commun, passagers, chauffeurs etc.);
- insuffisance d'informatisation du SISR ;
- insuffisance de feed-back ;
- insuffisance de supervision ;
- non collecte des données du secteur privé et de certaines structures du secteur public.

5.1.3. Le diagramme d'ISHIKAWA

Le Diagramme d'ISHIKAWA permet de classer et de visualiser toutes les causes qui sont susceptibles d'être à l'origine d'un problème précis. Le repérage et la validation des causes sont les étapes qui suivent la construction du diagramme. Cette méthode s'établit sur les 5 familles appelés 5M (Main d'œuvre, Méthode, Matériel, Milieu, Matière).

- **La Main d'œuvre :** tout ce qui est lié à une action humaine (les professionnels de toutes les catégories en y incluant la hiérarchie ... ;
- **La Méthode :** tout ce qui est lié à l'organisation (procédure, modes d'opérateurs, règlements, processus ...) ;
- **Le Matériel :** c'est l'équipement (machines, installations, véhicules, appareils ...) ;

- **Le Milieu** : c'est l'environnement physique et humain, les conditions de travail, l'aspect relationnel, le contexte du moment... ;
- **La Matière** : tout ce qui est consommable (eau, gaz, électricité, papier, matières 1^{ères} qui peuvent être des idées, des informations...).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

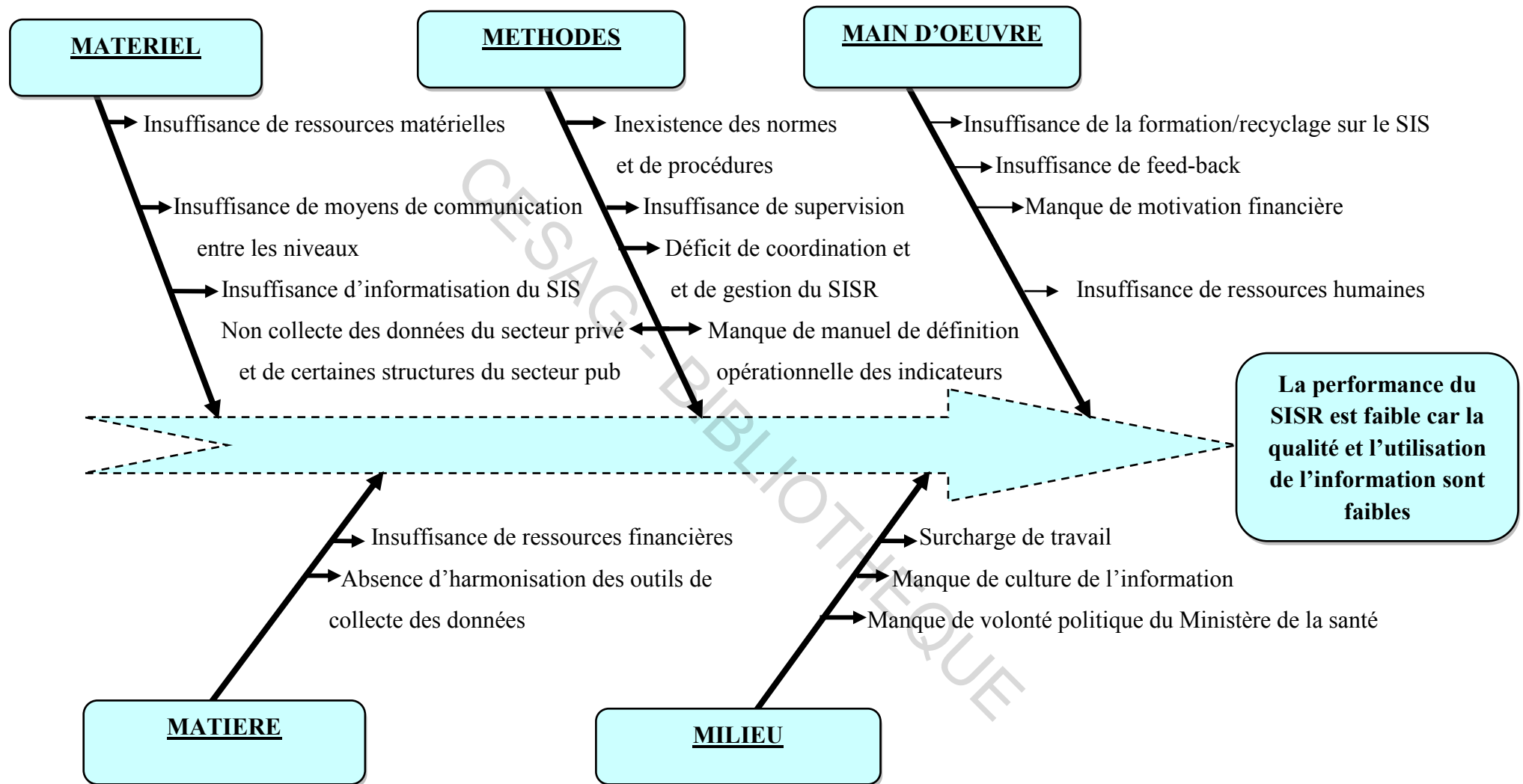


Figure 18 : Diagramme d'ISHIKAWA

5.2. La priorisation des causes du problème

Nous avons utilisé la méthode de résolution du problème pour l'identification des causes à partir des résultats de l'étude ; la priorisation des causes du problème a été faite par le recours au vote pondéré. Chaque participant avait cinq (05) points à attribuer aux causes qu'il juge plus importantes.

Tableau X: la priorisation des causes

| Causes du problème | Vote | Score | Rang |
|---|-----------|-------|------------------|
| Insuffisance de formation sur le SISR | 5+4+5+5+4 | 23 | 1 ^{er} |
| Manque de la motivation | 3+3+2+4+2 | 14 | 2 ^{ème} |
| Insuffisance de ressources humaines | 2+3+2+3+2 | 12 | 3 ^{ème} |
| Surcharge du travail | 2+3+1+2+3 | 11 | 4 ^{ème} |
| Faible implication des professionnels à la collecte des données | 2+1+2+2+2 | 9 | 5 ^{ème} |
| Les moyens de transmission des données inappropriés | 1+2+1+1+1 | 6 | 6 ^{ème} |

Source : nous-même

Après le vote, nous avons fait le total des points attribués à chaque cause. La cause qui a enregistré le plus gros score est «Insuffisance de formation sur le SISR».

CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

Ce chapitre est destiné à l'identification des solutions en tenant compte de la revue de la littérature et des solutions identifiées par notre étude et sa priorisation.

6.1. L'identification des solutions

6.1.1. La revue de la littérature

Les solutions proposées dans la littérature sont celles :

du Dr. Marcelino N. N'zebo dans son mémoire de fin d'études en Gestion des Services de Santé au CESAG élaboré en 2012 qui a proposé les solutions suivantes ;

- former les personnels impliqués dans le SIS ;
- rendre disponible le matériel nécessaire pour le bon fonctionnement du SIS ;
- sensibiliser les prestataires sur l'importance de la collecte des données ;
- motiver le personnel chargé du SIS ;
- assurer la retro-information.

du Dr. Kokoè M. F. A. KOUEVI qui proposait aussi dans son mémoire de fin d'études en Gestion des Services de Santé au CESAG élaboré en 2012, les solutions suivantes :

- la supervision régulière des activités du SIS ;
- la sensibilisation des agents sur l'intérêt et le contenu du SIS ;
- la formation des acteurs de collecte et des gestionnaires sur l'utilisation des outils de collecte et le calcul des indicateurs ;
- la réorganisation du système de suivi-évaluation ;
- le renforcement de la motivation des acteurs.

6.1.2. Les solutions identifiées par notre étude

L'analyse des résultats de l'enquête permet d'identifier les solutions suivantes :

- la formation et le recyclage des acteurs du SISR ;
- la mise en place d'un système de motivation innovante ;
- l'harmonisation des outils de collecte des données ;
- l'informatisation du SISR ;
- la supervision régulière des acteurs du SISR et le feed-back.

6.2. La priorisation et le choix de la solution

La priorisation des solutions a été faite par le groupe de cinq (05) personnes notée de 1 à 5 à travers les critères suivants :

✓ **le coût** : ce sont les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la solution.

La pondération : élevé = 3 ; moyen = 2 ; faible = 1

✓ **le temps** : c'est le délai d'exécution de la solution.

La pondération : long = 3 ; moyen = 2 ; court = 1

✓ **la faisabilité** : la solution retenue est-elle réalisable et réaliste ?

La pondération : grande = 3 ; moyen = 2 ; minime = 1

✓ **le soutien** : les responsables soutiennent-ils la mise en œuvre de la solution.

La pondération : fort = 3 ; moyen = 2 ; faible = 1

Tableau XI: la priorisation des solutions

| Critères Solutions | Coût | Temps | Faisabilité | Soutien | Score | Rang |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|-----------------------|
| Mise en place d'un système de motivation innovante | 3+2+1+2+2 | 2+3+3+2+2 | 2+1+3+3+2 | 3+3+3+3+3 | 48 | 2 ^{ème} |
| Formation et le recyclage des acteurs du SISR | 3+3+3+2+3 | 2+3+3+2+2 | 2+3+3+2+3 | 3+2+3+3+3 | 53 | 1^{er} |
| Harmoniser le système | 1+2+1+1+1 | 1+2+1+2+2 | 3+2+2+3+3 | 2+3+3+2+3 | 40 | 5 ^{ème} |
| Assurer le feed-back | 2+1+1+1+1 | 1+1+1+2+1 | 3+3+2+3+2 | 3+3+2+3+3 | 39 | 6 ^{ème} |
| Informatisation du SISR | 3+3+3+3+3 | 3+2+2+1+2 | 2+1+2+1+1 | 2+2+1+3+2 | 42 | 4 ^{ème} |
| Supervision régulière des acteurs du SISR | 3+2+2+3+2 | 1+1+2+2+1 | 2+2+3+2+3 | 2+3+2+3+3 | 44 | 3 ^{ème} |

Source : nous-même à partir des résultats de notre étude

La solution la plus adaptée à l'issue du processus de hiérarchisation est «la formation et le recyclage des acteurs sur le système d'information sanitaire de routine».

CHAPITRE 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Dans ce chapitre, nous allons mettre en œuvre la solution retenue pour résoudre les problèmes de la faible qualité des données et de la faible utilisation de l'information. Cette mise en œuvre passe par la justification du choix de la solution, des objectifs, des stratégies, des activités et du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la solution.

7.1. La justification du choix de la solution

En raison de la défaillance du système d'information sanitaire de routine à produire les données de qualité, le PNLP utilise l'information disponible qui ne permet pas de prendre les décisions appropriées pour améliorer la lutte contre le paludisme. Lors de la réalisation de l'enquête, la plupart des acteurs ont évoqué l'insuffisance de formation et l'inexistence de recyclage sur le système d'information sanitaire de routine.

La formation constitue un vecteur de valorisation de ressources humaines, "l'investissement" le plus important en terme de retombées positives sur l'amélioration de la qualité des données et de l'utilisation de l'information pour la gestion des activités, lesquelles concourent d'une manière générale à la prise de décisions pour améliorer la santé de la population.

Le recyclage permet aux professionnels d'assurer le lien entre la formation initiale de base et la pratique, mais aussi elle lui permet de se maintenir au niveau de compétence souhaité et de renforcer l'efficacité du travail.

Il en découle que la formation et le recyclage des acteurs impliqués dans la chaîne de production de l'information soient déterminantes, en grande partie, pour résoudre le problème de la complétude et de la promptitude des rapports et de l'exactitude des données. Cette formation abordera différents thèmes :

- l'importance de l'information stratégique pour la prise de décisions ;
- les étapes de processus de production des données de routine ;
- les mécanismes de gestion des données ;
- les définitions opérationnelles des indicateurs sur le paludisme.

7.2. Les objectifs

7.2.1. L'objectif général

Améliorer la qualité des données et l'utilisation des informations générées par le SISR au programme national de lutte contre le paludisme.

7.2.2. Les objectifs spécifiques

- Former 100% des responsables du SIS régional des 11 régions sanitaires sur le curriculum de formation des formateurs sur système d'information sanitaire de routine.
- Former 33 producteurs des données sur les processus de production des données de routine.

NB : Chaque responsable des régions sanitaires sera responsable de l'organisation de la session de formation continue sur le système d'information sanitaire de routine dans sa région.

7.3. Le cadre logique

Tableau XII : la matrice de cadre logique

| Résumé Narrative | Logique d'intervention | Indicateurs objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Condition critique |
|-------------------------|---|--|---|--|
| But | Contribution à l'amélioration de la performance du système d'information sanitaire de routine au programme national de lutte contre le paludisme en Guinée-Bissau | La qualité des rapports sur le paludisme Le taux de l'utilisation de l'information conforme aux critères requis | Les rapports des activités des structures de santé Les rapports mensuels des régions Les documents élaborent à partir de l'information produite par le SISR Les résultats des activités (rapport annuel des activités) | Le leadership et volonté politique La disponibilité de ressources financières et humaines L'adhésion des responsables de haut niveau L'implication de tous les acteurs L'instabilité politique |
| Objectif général | Améliorer la qualité des données et l'utilisation des informations générées du SISR au programme national de lutte contre le paludisme. | Le taux de complétude des rapports Le taux de promptitude des rapports Le taux d'exactitude des données Le taux de l'utilisation de l'information | Les rapports des activités des structures de santé Les rapports mensuels des régions Les documents élaborent à partir de l'information produite par le SISR Les résultats des activités (rapports des activités) | La disponibilité de ressources financières, matérielles et humaines L'implication de tous les acteurs La motivation des acteurs L'instabilité politique |

| Résumé Narrative | Logique d'intervention | Indicateurs objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Condition critique |
|------------------------------|---|--|---|---|
| Objectifs spécifiques | <p>- Former 100% des responsables du SIS régional des 11 régions sanitaires sur le curriculum de formation des formateurs sur système d'information sanitaire de routine.</p> <p>-Former 33 producteurs des données sur les processus de production des données de routine.</p> | <p>Le nombre des responsables formés sur le curriculum de formateurs</p> <p>Le nombre des producteurs des données formés</p> | <p>La feuille de présence</p> <p>Le rapport de formation</p> <p>La feuille de présence</p> <p>Le rapport de formation</p> | <p>La disponibilité des ressources : humaines, matérielles et financières</p> <p>La disponibilité des ressources : humaines, matérielles et financières</p> |
| Résultats | R1- 11 formateurs régionaux formés sur le système d'information sanitaire de routine. | Le nombre des responsables du SIS régional formés | <p>La feuille de présence</p> <p>Le rapport de formation</p> | L'instabilité politique |

| Résumé Narrative | Logique d'intervention | Indicateurs objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Condition critique |
|------------------|---|---|--|--|
| Résultats | R2 - 33 producteurs des données sont formés les processus de production des données de routine. | Le nombre des producteurs des données formés | La feuille de présence Le rapport de formation | L'instabilité politique |
| Activités | <p>A1.1 Elaborer un plan de formation</p> <p>A1.2 Elaborer et reproduire des guides sur le système d'information sanitaire de routine.</p> <p>A1.3 Formation des formateurs sur le SISR</p> <p>A2.1 Formation des producteurs des données sur la production de l'information sanitaire.</p> | <p>Un plan de formation élaboré</p> <p>Le nombre des guides reproduits</p> <p>Le nombre des formateurs formés</p> <p>Le nombre des producteurs formés</p> | <p>Le rapport d'activités</p> <p>Le bordereau de livraison</p> <p>La feuille de présence Le rapport de formation Le rapport d'activités</p> <p>La feuille de présence Le rapport de formation Le rapport d'activités</p> | La disponibilité des ressources : humaines, matérielles et financières |

Source : nous-même

7.4. Le plan d'actions

Tableau XIII: le plan de mise en œuvre

| Activités | Dates | | Responsable | Source de financement |
|--|----------|----------|--|-----------------------|
| | début | Fin | | |
| Recruter un consultant | 01/9/16 | 15/09/16 | Equipe du PNLP SIS | FM/PNUD/OMS |
| Elaborer le curriculum de formation pour les formateurs du SIS et les producteurs de données | 16/09/16 | 30/09/16 | Consultant/ Equipe du PNLP et SIS | FM/PNUD/OMS |
| Reproduire les manuels de formation pour les formateurs du SIS et les producteurs de données SISR | 03/10/16 | 04/10/16 | Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |
| Elaborer le plan de formation | 05/10/16 | 12/10/16 | Consultant/ Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |
| Identifier le lieu de formation | 13/10/15 | 18/10/16 | Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |
| Acquérir des matériels informatiques et consommables (un ordinateur portable, un vidéo projecteur et une imprimante) | 19/10/16 | 21/10/16 | Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |
| Identifier les responsables du SIS aux niveaux des 11 régions sanitaires et 33 producteurs des données | 24/10/16 | 28/10/16 | Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |
| Former les 11 responsables du SIS régional | 31/10/16 | 04/11/16 | Consultant/ Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |
| Former les 33 producteurs des données | 14/11/16 | 18/11/16 | Equipe du PNLP/SIS/11 formateurs des DRS | FM/PNUD/OMS |
| Rédiger le rapport de formation | 01/12/16 | 08/12/16 | Consultant/ Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |
| Assurer la supervision post formation des producteurs des données tous les trois mois | 01/01/17 | 31/12/17 | Equipe du PNLP/SIS | FM/PNUD/OMS |

Source : nous-même

7.5. La budgétisation

Tableau XIV: le budget

| Rubriques | Nombre d'unité | Prix unitaire (FCFA) | Montant (FCFA) |
|--|----------------|----------------------|----------------|
| Acquisition de matériels | | | |
| Ordinateur portable | 01 | 250 000 | 250 000 |
| Vidéo projecteur | 01 | 300 000 | 300 000 |
| Imprimante | 01 | 300 000 | 300 000 |
| Consommables informatique (rames de papier, disque dur, clés USB, cartouche imprimante, ampoule de recharge pour le vidéo projecteur, rallonges) | 1 kit | 75 000 | 75 000 |
| Fourniture de bureau (chemise, crayon, Bic, gomme, bloc de note) | 1 kit | 50 000 | 50 000 |
| Reprographie du manuel des indicateurs | 200 | 1 000 | 200 000 |
| Reprographie du manuel de procédures de gestion des données | 38 | 2 000 | 76 000 |
| Reprographie du manuel de formateur | 16 | 2 000 | 32 000 |
| Location des salles | 02 | 100 000 | 500 000 |
| Honoraires | | | |
| Prime de consultant | 5 jours | 150 000 | 750 000 |
| Logement de consultant | 5 Jours | 50 000 | 100 000 |

| | | | |
|---|---------------------------------|------------------|------------------|
| Prime des facilitateurs (2 personnes de PNLP et 2 du SIS) | 5 jours | 25 000 | 500 000 |
| Chauffeur | 5 jours | 15 000 | 75 000 |
| Carburant | 5 Jours | 10 000 | 50 000 |
| Prime des 11 responsables du SIS régional | 5 jours | 20 000 | 1 100 000 |
| Prime des 33 producteurs des données | 5 jours | 20 000 | 3 300 000 |
| Remboursement de transport de 10 responsables du SIS régional non résidents | 10 responsables Aller-retour | 7 000 | 70 000 |
| Remboursement de transport de 32 producteurs des données non-résidents | 32 producteurs Aller-retour | 7 000 | 224 000 |
| Pause café lors de la formation (50 personnes) | 10 jours | 2 500 | 1 250 000 |
| Frais de communication | 20 jours | 10 000 | 200 000 |
| TOTAL : | | 1 396 500 | 9 402 000 |
| FRAIS IMPREVUS | | | 470 100 |
| TOTAL BUDGET | | | 9 872 100 |

Le présent budget s'élève à neuf million huit cents soixante douze mille cents Francs CFA.

Source : nous-même

7.6. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la solution

Le suivi et l'évaluation permettent de veiller au bon déroulement du plan d'action, d'améliorer la performance et d'obtenir des résultats souhaitables. C'est un processus systématique et continu de collecte des données pour suivre l'exécution des activités et évaluer les progrès réalisés au cours du temps.

Tableau XV: le plan de mise en œuvre des activités de suivi-évaluation du projet de formation/recyclage

| Type d'activités de S/E | indicateurs | Fréquence | Responsables | Source de financement |
|--|--|---------------|---|-----------------------|
| Réunion de suivi des activités du plan d'action | Rapport de réunion | Mensuelle | -Direction du PNLP -DRS | Fonds propres |
| Supervisions des producteurs des données du SIS au niveau des aires sanitaires | Nombre de supervision effectuée | Trimestrielle | PNLP | FM/PNUD/OMS |
| Supervisions des Responsables du SIS régional et des producteurs des données | Nombre de supervisions effectuées | Semestrielle | -Bureau de suivi-évaluation du PNLP -DRS | FM/PNUD/OMS |
| Evaluation de l'efficacité du projet | -Taux de la complétude du rapport ; -Taux de la promptitude du rapport ; -Taux de l'exactitude des données ; Taux d'utilisation de l'information. | Annuelle | -Direction du PNLP -DRS | FM/PNUD/OMS |

Source : nous-même

RECOMMENDATIONS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A l'issue de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes afin d'assurer la pérennisation des activités du plan d'action proposé.

A L'ENDROIT DU MINISTERE DE LA SANTE

- Mettre en place un cadre réglementaire sur la gouvernance du SISR ;
- Accroître le budget de la direction du SISR ;
- Informatiser le SISR et mettre à la disposition des agents en charge du SISR le matériels nécessaire ;
- Doter le PNLP et le SISR en ressources humaines suffisantes ;
- Accorder un local adéquat pour le PNLP afin d'améliorer la condition du travail ;
- Assurer la formation continue du personnel chargé du SISR à tous les niveaux ;
- Nouer le partenariat avec le secteur privé, afin de prendre en compte leurs données ;
- Développer et rendre disponible le manuel de gestion du SISR ;
- Inculquer la culture de l'information à travers l'organisation d'ateliers d'information et d'orientation pour le secteur public et privé, mais aussi pour permettre à tous les acteurs du système de santé de prendre conscience de l'importance du SISR.

A L'ENDROIT DE LA DIRECTION DU SIS/INASA

- Développer un curriculum de formation sur le SISR pour les agents du système de santé.
- Former les producteurs et les gestionnaires des données sur le SISR ;
- Assurer la supervision régulière des activités du SISR ;
- Harmoniser et rendre simple les outils de collecte des données au niveau national (secteur public et privé) ;
- Elaborer un manuel pour les procédures de gestion des données, le rendre disponible au niveau de toute les DRS ;
- Créer des mécanismes de motivation pour les acteurs du SISR (promotion, formation, félicitations, reconnaissance, prime de performance etc.).

A L'ENDROIT DU PNLP

- Former les producteurs et les gestionnaires des données sur le formulaire de collecte des données du paludisme ;
- Assurer la supervision régulière des producteurs et des gestionnaires des données ;
- Impliquer les producteurs des données à l'élaboration des indicateurs et la révision du formulaire de collecte des données ;
- Elaborer le manuel des indicateurs du paludisme pour le niveau opérationnel ;
- Utiliser l'information pour la prise de décisions et la planification des activités ;
- Assurer le feed-back sur les données du paludisme à tous les niveaux du SISR.

A L'ENDROIT DES PARTENAIRES

- Faciliter les décaissements des fonds à temps ;
- Appuyer financièrement la formation des personnels du PNLP.

A L'ENDROIT DE PRODUCTEURS ET GESTIONNAIRES DES DONNEES

- Remplir correctement les registres de consultation et, respecter les instructions de remplissage ;
- Elaborer des rapports mensuels d'activités et les transmettre dans les délais accordés ;
- Assurer un archivage correct des rapports et des registres.

CONCLUSION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le paludisme demeure de nos jours, une maladie préoccupante pour les pouvoirs publics et la population. Les recherches dans le domaine du paludisme bien que avancées n'ont pas encore permis de produire de vaccin pour prévenir la maladie, les seuls moyens disponibles actuellement pour lutter contre cette maladie sont : la prévention (le MILDA, le TPI et la lutte anti-vectorielle) le diagnostic et le traitement précoce.

Dans la plupart des pays en développement, les SISR sont confrontés à des difficultés d'ordre structurel, organisationnel et financier qui affectent leur performance.

L'analyse de cette étude, nous a permis d'évaluer la performance du système d'information sanitaire au PNLP à travers le système de gestion des données sur le paludisme, la complétude et la promptitude des rapports, l'exactitude des données et l'utilisation de l'information.

Ainsi, la complétude des rapports du 2^o trimestre 2015 des aires sanitaires envoyés aux régions sanitaires était de 52,04%. Le taux vérifié au niveau des régions sanitaires envoyé au SIS était de 59,95%. Pour le taux de promptitude des rapports de 2^o trimestre 2015 des aires sanitaires envoyé aux régions sanitaires était de 51,51%. Du niveau des régions sanitaires envoyé au SIS, il était de 52,59%. Alors que l'exactitude des données de 2^o trimestre 2015 pour les quatre aires sanitaires était de 76,1%. Les différents taux n'ont pas atteint les normes définies de taux de complétude (supérieur à 80%), de promptitude (supérieur à 70%) et celui de l'exactitude des données entre les deux documents reste entre 90% et 110% (une marge de plus ou moins 10%).

Quant à l'utilisation de l'information, nous avons la preuve de l'utilisation à travers la vérification des documents (procès-verbaux) et des rapports des activités. Ceci explique la faible performance du SISR, car la qualité des données et l'utilisation de l'information sont faibles. Les quatre (04) régions sanitaires (Bafatá, Cacheu, SAB et Tombali) sur les onze (11) présentent plus de problèmes par rapport à la complétude et la promptitude, car elles ont plus d'aires et de sites sanitaires sous leur responsabilité.

En conclusion, nous pouvons affirmer que la performance du SISR en Guinée-Bissau est faible car la complétude et la promptitude des rapports, l'exactitude des données et l'utilisation de l'information sont faibles, cette faiblesse est liée particulièrement à une insuffisance dans la gestion du SIS, la démotivation générale des producteurs et des gestionnaires des données et, la surcharge du travail. Cette situation impacte les objectifs de la performance du PNLP.

En effet, pour atteindre ses objectifs, le programme national de lutte contre le paludisme a besoin d'un système d'information sanitaire de routine efficace pouvant fournir des données

de qualité dans les délais requis pour la prise de décisions par exemple, la mobilisation de ressources, la planification, la définition des orientations stratégiques et l'approvisionnement en intrants.

Aujourd'hui, la nécessité de disposer d'informations fiables sur la santé des populations et sur les services de soins pour mener des actions de santé est largement reconnue. La performance d'un système d'information sanitaire de routine doit donc être mesurée non seulement sur la base de la qualité des informations produites, mais aussi sur la preuve d'un usage continu de ces informations pour l'amélioration de la santé de la population.

Pour résoudre ces problèmes, la solution qui a été retenue de façon consensuelle est «la formation et le recyclage des acteurs sur le système d'information sanitaire de routine».

L'engagement politique pour l'application des solutions proposées dans le plan d'actions de notre projet, pourrait contribuer à l'amélioration de la production des données de qualité et l'utilisation de l'information.

En somme, une utilisation judicieuse des informations générées par le SISR dans tous les processus de prise de décisions par le PNLP, va fortement contribuer à réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme en Guinée-Bissau.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

1. **ALTILIA J.P et col. (1996)** Système d'information sanitaire, édition Harmattan, 2^{ème} édition, 229 pages.

MEMOIRES

2. **COULIBALY D. (2010)**, Contribution à l'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire de routine dans le district sanitaire sud de Dakar, mémoire DESS/GPS, CESAG, 80 pages.
3. **Lucina SORO (2012-2013)**, Contribution à l'amélioration de la performance du système d'information médicale du centre hospitalier national universitaire de Fann de Dakar au Sénégal, mémoire DESS/GPS, CESAG, 84 pages.
4. **N'ZEBO M. N. (2012)**, Contribution à l'amélioration du système d'information sanitaire en Côte d'Ivoire : cas du district sanitaire de Yopougon Ouest-Songon, mémoire DESS/GPS, CESAG, **79 pages**.
5. **NGOM P. S. (2010)**, Contribution à l'amélioration à la performance du système d'information sanitaire au centre national d'appareillage orthopédique de Dakar, mémoire DESS/GPS, CESAG, 73 pages.
6. **OUATTARA S. (2009-2010)**, Contribution à l'amélioration de la performance du système d'information sanitaire de routine dans le district sanitaire Dakar Sud, mémoire DESS/GPS, CESAG, 79 pages.
7. **SAMADOULOUGOU S. B. C. (2011-2012)** Contribution à l'amélioration de la performance du système d'information sanitaire de routine de la composante VIH du programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) au Burkina Faso, mémoire DESS/GPS, CESAG, 92 pages.
8. **SIDIBE F. (2011-2012)**, Contribution à l'amélioration de la qualité des données du paludisme du district sanitaire de la commune V de Bamako au Mali, mémoire DESS/GPS, CESAG, 73 pages.

REVUES ET PERIODIQUES

9. **Guinée-Bissau (2014)**, plan de présentation, analyse situationnelle, 20 pages.
10. **Institut national de statistique (2009)**, troisième recensement général de la population et habitat (RGPH), caractéristique socioculturels, Guinée-Bissau, 91 pages.
11. **MEPIR (2011)**, Document de stratégie nationale pour la réduction de la pauvreté (DENARP II, 2011-2015), Guinée-Bissau, 122 pages.
12. **MESURE évaluation (2008)**, outil d'évaluation de la qualité des données de routine RDQA, directives concernant sa mise en œuvre dans les programmes de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme, 22 pages.
13. **MICS (2014)**, enquête des indicateurs multiples, Guinée-Bissau, 20 pages.
14. **Ministère de la santé (2010)**, Plan stratégique du système national d'information sanitaire 2010-2020, Burkina Faso, 41 pages.
15. **Ministère de la santé, des affaires sociales de la solidarité et de la famille (2012)**, rapport d'évaluation du système d'information sanitaire, Gabon, 45 pages.
16. **MINSAP (2008)**, Plan national de développement sanitaire II 2008-2017, Guinée-Bissau, 111 pages.
17. **MINSAP (2009)**, Plan national de développement des ressources humaines 2008-2017, Guinée-Bissau, 65 pages.
18. **MINSAP (2013)**, Plan pluriannuel complet du programme élargi de vaccination 2013-2017, Guinée-Bissau, 80 pages.
19. **OMS (2007)**, Soixantième assemblée mondiale de la santé, renforcement des systèmes d'information sanitaire, rapport du secrétariat, 5 pages.
20. **OMS Rapport sur le paludisme dans le monde 2015**, Genève, 243 pages.
21. **PNLP (2012)**, Plan Stratégique National de la Lutte Contre le Paludisme 2013-2017, Guinée-Bissau, 71 pages.
22. **PNLP (2012)**, Politique national de la lutte contre le paludisme 2013-2017, Guinée-Bissau, 20 pages.
23. **Rapport annuel d'activités (2014)**, PNLP, Guinée-Bissau, 22 pages.
24. **SNIS (2016)**, Système d'information sanitaire, registre clinique électronique : perspective et défis pour la Guinée-Bissau, 20 pages.

COURS

25. **BA M. (2014-2015)**, Module planification stratégique et conception des projets/programmes, cours sur le suivi-évaluation, 25^{ème} promotion Gestion des Services de Santé/GPS, CESAG.
26. **Dr SECR DIOP K. (2014-2015)**, Module de système d'information sanitaire, cours sur le SISR, 25^{ème} promotion Gestion des Services de Santé/GPS, CESAG.
27. **THIAM M. (2014-2015)**, Module de méthode de résolution des problèmes, 25^{ème} promotion Gestion des Services de Santé/GPS, CESAG.

WEBOGRAPHIE

28. www.cpc.unc.edu/mesure (consulté le 20/04/16)
29. www.guinee-bissau.net (consulté le 24/04/16)
30. www.google.sn/search?q=carte+administrative+de+la+guinée+bissau&biw (consulté le 19/04/16)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire à l'endroit des personnels du PNLN

Identification de la structure et de l'enquêté

Structure Profession :

Fonction occupée : Nombre d'années au poste :

1) Avez-vous bénéficié d'une formation en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

2) Avez-vous bénéficié d'un recyclage en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

I. Evaluation du Système de gestion des données sur le paludisme

1- Les capacités, Rôles et Responsabilités du SIS

Est-ce que le personnel clé du SIS et de la gestion des données a été identifié et les responsabilités ont été clairement définies ?

2- La formation en SISR

Est-ce que la majorité du personnel du PNLN a reçu une formation sur le SISR ?

3- Les critères de rapportage des données

Est-ce que le document de système de rapportage des données en Guinée-Bissau a été clairement décrit (par écrit) ce qui a été reporté, à qui, et comment, et quand le rapportage est-il nécessaire ?

4- Les définitions des indicateurs

Existe-t-il des définitions d'indicateurs opérationnelles qui répondent à des normes appropriées et qui sont systématiquement appliquées à tous les points de service ?

5- Les formulaires et Outils de Collecte et de rapportage des données

Existe-t-il des formulaires standards de collecte et de rapportage de données que l'on utilise systématiquement ?

Les documents de base sont-ils préservés et disponibles conformément à des textes écrits ?

6- Les méthodes de Gestion des Données

Existe-t-il un compte rendu clair des étapes de collecte, agrégation et manipulation des données ?

7- Les mécanismes et Contrôle de la Qualité des données

A-t-on identifié les problèmes posés par la qualité des données, et a-t-on mis en place des mécanismes pour les résoudre ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour identifier et, rapprocher les divergences dans les rapports ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour vérifier périodiquement les données sources ?

8- Les liens avec le Système de rapportage National

Est-ce que le système de collecte et de rapportage des données est lié au Système de rapportage National ?

II. Evaluation de l'utilisation de l'information sur le paludisme

Utilisez-vous l'information qui parvient du SIS ? Oui : /..... / Non : /..... /

Si oui, pour faire quoi ?.....

Avez-vous des ruptures au niveau des intrants (ACT, TTDR, SP et MILDA) en moins d'avril, mai et juin 2015 ? Oui : /..... / Non : /..... /

Si oui, pourquoi ?.....

Prenez-vous en compte le secteur privé lors de l'élaboration du budget ? Oui : /... / Non : /.. /

Si oui, comment ?.....

Toutes les activités du PNLP se déroulent aux dates prévues ? Oui : /..... / Non : /..... /

Si non pourquoi ?.....

III. Feed-back (retro-information)

Recevez-vous un feed-back des rapports qui vous transmettez ?

Souvent : /..... / Parfois : /..... / Rarement : /..... / Jamais : /..... /

Etes-vous informez du contenu des rapports des autres régions sanitaires ?

Oui: /..... / Non : /..... / Si oui par quel processus ?.....

ANNEXE 2 : Questionnaire à l'endroit des gestionnaires des données du SIS/INASA

Identification de la structure et de l'enquêté

Structure..... Profession :.....

Fonction occupée :..... Nombre d'année au poste :

1) Avez-vous bénéficié d'une formation en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

2) Avez-vous bénéficié d'un recyclage en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

I. Evaluation du Système de gestion des données sur le paludisme

1- Les capacités, Rôles et Responsabilités du SIS

Est-ce que le personnel clé du SIS et de la gestion des données a été identifié et les responsabilités ont été clairement définies ?

2- La formation en SISR

Est-ce que la majorité du personnel du SIS a reçu une formation sur le SISR ?

3- Les critères de rapportage des données

Est-ce que le document de système de rapportage des données en Guinée-Bissau a été clairement décrit (par écrit) ce qui a été reporté, à qui, et comment, et quand le rapportage est-il nécessaire ?

4- Les définitions des indicateurs

Existe-t-il des définitions d'indicateurs opérationnelles qui répondent à des normes appropriées et qui sont systématiquement appliquées à tous les points de service ?

5- Les formulaires et Outils de Collecte et de rapportage des données

Existe-t-il des formulaires standards de collecte et de rapportage de données que l'on utilise systématiquement ?

Les documents de base sont-ils préservés et disponibles conformément à des textes écrits ?

6- Les méthodes de Gestion des Données

Existe-t-il un compte rendu clair des étapes de collecte, agrégation et manipulation des données ?

7- Les mécanismes et Contrôle de la Qualité des données

A-t-on identifié les problèmes posés par la qualité des données, et a-t-on mis en place des mécanismes pour les résoudre ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour identifier et, rapprocher les divergences dans les rapports ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour vérifier périodiquement les données sources ?

8- Les liens avec le Système de rapportage National

Est-ce que le système de collecte et de rapportage des données est lié au Système de rapportage National ?

II. Feed-back (retro-information)

Recevez-vous un feed-back des rapports qui vous transmettez ?

Souvent : /..... / Parfois : /..... / Rarement : /..... / Jamais : /..... /

Etes-vous informez du contenu des rapports des autres régions sanitaires ?

Oui: /..... / Non : /..... / Si oui, par quel processus ?.....

ANNEXE 3 : Questionnaire à l'endroit des responsables du SIS au niveau des régions sanitaires

Identification de la structure et de l'enquêté

Région sanitaire : Profession.....

Fonction occupée : Nombre d'année au poste :

1) Avez-vous bénéficié d'une formation en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

2) Avez-vous bénéficié d'un recyclage en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

I. Evaluation du Système de gestion des données sur le paludisme

1- Les capacités, Rôles et Responsabilités du SIS

Est-ce que le personnel clé du SIS et de la gestion des données a été identifié et les responsabilités ont été clairement définies ?

2- La formation en SISR

Est-ce que la majorité de responsable du SIS régional a reçu une formation sur le SISR ?

3- Les critères de rapportage des données

Est-ce que le document de système de rapportage des données en Guinée-Bissau a été clairement décrit (par écrit) ce qui a été reporté, à qui, et comment, et quand le rapportage est-il nécessaire ?

4- Les définitions des indicateurs

Existe-t-il des définitions d'indicateurs opérationnelles qui répondent à des normes appropriées et qui sont systématiquement appliquées à tous les points de service ?

5- Les formulaires et Outils de Collecte et de rapportage des données

Existe-t-il des formulaires standards de collecte et de rapportage de données que l'on utilise systématiquement ?

Les documents de base sont-ils préservés et disponibles conformément à des textes écrits ?

6- Les méthodes de Gestion des Données

Existe-t-il un compte rendu clair des étapes de collecte, agrégation et manipulation des données ?

7- Les mécanismes et Contrôle de la Qualité des données

A-t-on identifié les problèmes posés par la qualité des données, et a-t-on mis en place des mécanismes pour les résoudre ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour identifier et, rapprocher les divergences dans les rapports ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour vérifier périodiquement les données sources ?

8- Les liens avec le Système de rapportage National

Est-ce que le système de collecte et de rapportage des données est lié au Système de rapportage National ?

II. Feed-back (retro-information)

Recevez-vous un feed-back des rapports qui vous transmettent ?

Souvent : /..... / Parfois : /..... / Rarement : /..... / Jamais : /..... /

Etes-vous informés du contenu des rapports des autres régions sanitaires ?

Oui: /..... / Non : /..... / Si oui, par quel processus ?.....

ANNEXE 4 : Questionnaire à l'endroit des producteurs des données au niveau des aires sanitaires

Identification de la structure et de l'enquêté

Région sanitaire : Aire sanitaire :

Profession : Fonction occupée.....

Nombre d'année au poste :

3) Avez-vous bénéficié d'une formation en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

4) Avez-vous bénéficié d'un recyclage en SISR ? Oui : /..... / Non : /..... /

I. Evaluation du Système de gestion des données sur le paludisme

1- Les capacités, Rôles et Responsabilités du SIS

Est-ce que le personnel clé du SIS et de la gestion des données a été identifié et les responsabilités ont été clairement définies ?

2- La formation en SISR

Est-ce que la majorité de producteur des données a reçu une formation sur le SISR ?

3- Les critères de rapportage des données

Est-ce que le document de système de rapportage des données en Guinée-Bissau a été clairement décrit (par écrit) ce qui a été reporté à qui, et comment, et quand le rapportage est-il nécessaire ?

4- Les définitions des indicateurs

Existe-t-il des définitions d'indicateurs opérationnelles qui répondent à des normes appropriées et qui sont systématiquement appliquées à tous les points de service ?

5- Les formulaires et Outils de Collecte et de rapportage des données

Existe-t-il des formulaires standards de collecte et de rapportage de données que l'on utilise systématiquement ?

Les documents de base sont-ils préservés et disponibles conformément à des textes écrits ?

6- Les méthodes de Gestion des Données

Existe-t-il un compte rendu clair des étapes de collecte, agrégation et manipulation des données ?

7- Les mécanismes et Contrôle de la Qualité des données

A-t-on identifié les problèmes posés par la qualité des données, et a-t-on mis en place des mécanismes pour les résoudre ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour identifier et, rapprocher les divergences dans les rapports ?

Existe-t-il des méthodes clairement définies pour vérifier périodiquement les données sources ?

8- Les liens avec le Système de rapportage National

Est-ce que le système de collecte et de rapportage des données est lié au Système de rapportage National ?

II. Evaluation de l'utilisation de l'information sur le paludisme

Utilisez-vous l'information qui est produite dans votre structure ? Oui : /..... / Non : /..... /

Si oui, pour faire quoi ?.....

Utilisez-vous les résultats du SIS pour améliorer la qualité de votre travail ?

Oui : /..... / Non : /..... / Si oui, lesquelles.....

III. Feed-back (retro-information)

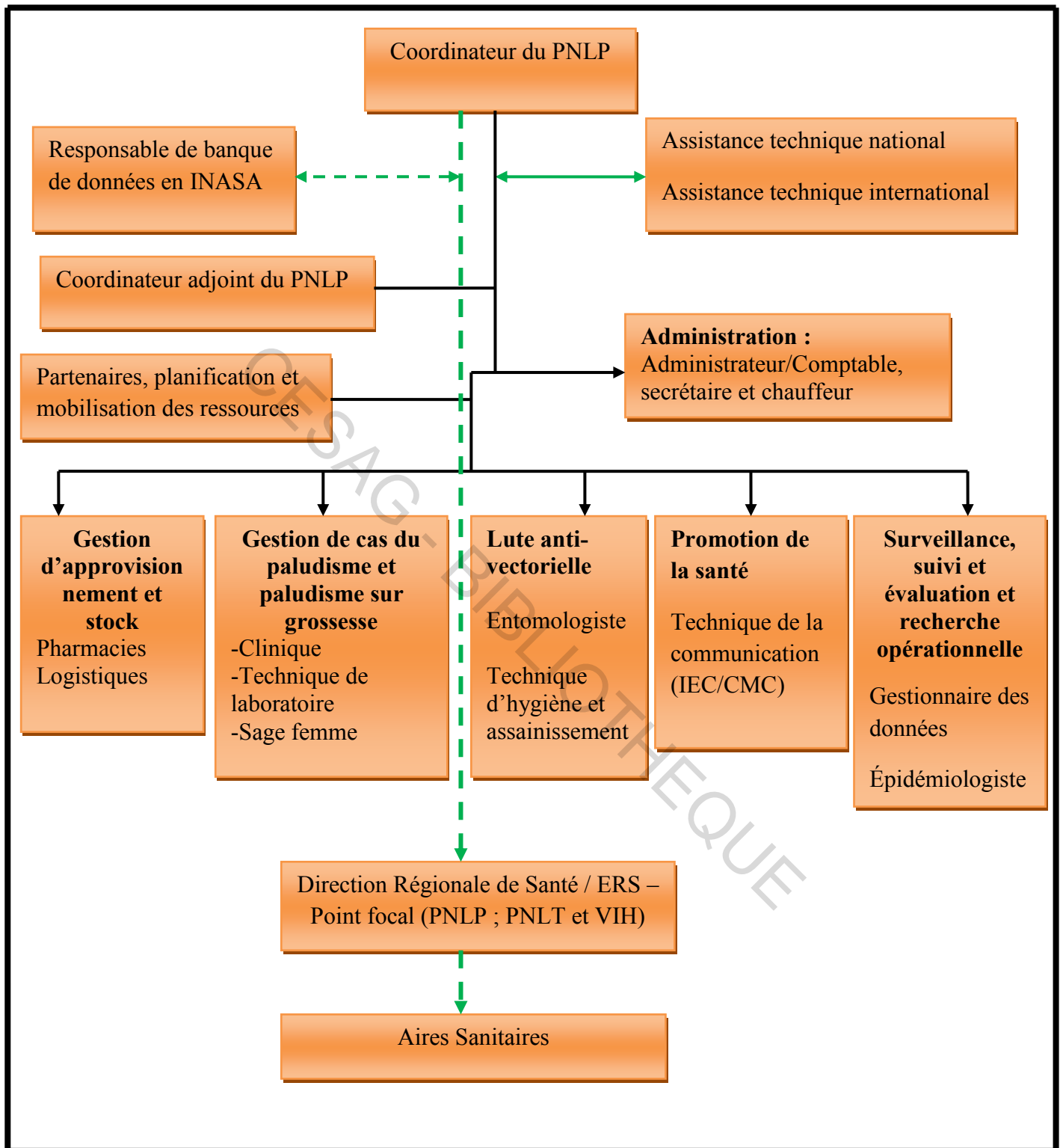
Recevez-vous un feed-back des rapports qui vous transmettez ?

Souvent : /..... / Parfois : /..... / Rarement : /..... / Jamais : /..... /

Etes-vous informez du contenu des rapports des autres régions sanitaires ?

Oui:/..... / Non : /..... / Si oui par quel processus ?.....

ANNEXE 5 : L'organigramme du PNLP



Source : Plan stratégique du PNLP, 2013-2017

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-------------|
| DEDICACES | i |
| REMERCIEMENTS | iii |
| SIGLES ET ABREVIATIONS | vi |
| TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX | viii |
| SOMMAIRE | x |
| INTRODUCTION | 1 |
| PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE | 4 |
| CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE | 5 |
| 1.1. L'analyse de l'environnement externe de l'étude | 5 |
| 1.1.1. La présentation de la Guinée Bissau..... | 5 |
| 1.1.2. Le système national de santé en Guinée-Bissau..... | 9 |
| 1.1.3. L'organisation du système national de santé en Guinée-Bissau..... | 9 |
| 1.1.4. Le système des soins..... | 12 |
| 1.1.4.1. Les ressources du MINSAP | 14 |
| 1.1.5. Les problèmes prioritaires de santé en Guinée-Bissau | 15 |
| 1.1.6. Le système national de l'information sanitaire de la Guinée-Bissau | 19 |
| 1.1.6.1. La vision et la mission du SNIS | 19 |
| 1.1.6.2. Les valeurs et les principes du SNIS | 19 |
| 1.2. L'analyse de l'environnement interne de l'étude..... | 22 |
| 1.2.1. La présentation de notre cadre d'étude : le Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP) | 22 |
| 1.2.1.1. L'historique de lutte contre le paludisme en Guinée-Bissau | 22 |
| 1.2.1.2. La vision et la mission du PNLP | 23 |
| 1.2.1.3. Le but du PNLP | 23 |
| 1.2.1.4. Les objectifs du PNLP | 24 |
| 1.2.1.5. Les valeurs | 24 |
| 1.2.1.6. Les priorités nationales de lutte contre le paludisme | 24 |
| 1.2.1.7. Les axes stratégiques d'intervention 2013-2017 | 24 |
| 1.2.1.8. L'administration et la gestion du PNLP | 28 |
| 1.2.1.9. Les ressources du PNLP | 28 |
| 1.2.1.10. Les partenaires de la lutte contre le paludisme | 30 |
| 1.2.2. La synthèse de l'environnement interne | 32 |
| 1.3. L'identification et la priorisation des problèmes | 33 |
| 1.3.1. L'identification des problèmes | 33 |
| 1.3.2. La priorisation des problèmes..... | 33 |
| CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE | 35 |
| 2.1. La problématique de l'étude | 35 |

| | | | |
|---|---|----|-----------|
| 2.1.1. | L'énoncé du problème | 35 | |
| 2.1.2. | L'ampleur du problème | 36 | |
| 2.1.3. | Les conséquences du problème | 36 | |
| 2.1.4. | La justification de l'étude | 37 | |
| 2.1.5. | L'intérêt de l'étude | 38 | |
| 2.2. | Les objectifs de l'étude | 39 | |
| 2.2.1. | L'objectif général | 39 | |
| 2.2.2. | Les objectifs spécifiques..... | 39 | |
| 2.3. | Le Cadre Conceptuel..... | 39 | |
| 2.3.1. | La définition des concepts liés à l'étude..... | 39 | |
| 2.3.2. | L'organisation du système d'information sanitaire | 40 | |
| 2.3.2.1. | Les modalités du recueil d'information | 40 | |
| 2.3.2.2. | Les composantes du système d'information sanitaire de routine | 40 | |
| 2.3.2.3. | Les règles de gestion du système d'information sanitaire de routine | 42 | |
| 2.3.3. | Les performances d'un système d'information sanitaire de routine..... | 43 | |
| 2.3.3.1. | Les déterminants de la demande et de l'utilisation de l'information..... | 46 | |
| | (DDUI)..... | 46 | |
| 2.3.4. | Les outils d'évaluation de la performance..... | 47 | |
| DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS | | | |
| DE L'ETUDE..... | | | 48 |
| CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE..... | | | 49 |
| 3.1. | Le type de l'étude..... | 49 | |
| 3.2. | Le déroulement de l'étude | 49 | |
| 3.2.1. | L'intégration au lieu du stage | 49 | |
| 3.2.2. | Le déroulement de l'enquête | 49 | |
| 3.3. | La population d'étude | 50 | |
| 3.4. | La méthodologie et technique d'échantillonnage | 51 | |
| 3.4.1. | Le choix des sites..... | 51 | |
| 3.4.2. | Les choix des indicateurs..... | 51 | |
| 3.5. | Les méthodes et outils de collecte des données | 52 | |
| 3.5.1. | La revue documentaire | 52 | |
| 3.5.2. | L'entretien | 52 | |
| 3.6. | Le dépouillement, le traitement et l'analyse des données..... | 52 | |
| 3.7. | Les difficultés et limites de l'étude | 52 | |
| CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE..... | | | 53 |
| 4.1. | Les résultats de la revue de la littérature..... | 53 | |
| 4.2. | Les descriptions des caractéristiques de la population d'étude | 54 | |
| 4.2.1. | Le profil et fonction occupée..... | 54 | |
| 4.2.2. | L'ancienneté au poste | 55 | |

| | | |
|---|---|-----------|
| 4.3. | Les résultats de l'évaluation du système de gestion des données sur le paludisme à travers les outils d'évaluations de la performance (DQA et RDQA) | 56 |
| 4.4. | Les résultats de l'évaluation de la qualité des données sur le paludisme | 58 |
| 4.4.1. | La complétude des rapports | 59 |
| 4.4.2. | La promptitude des rapports | 62 |
| 4.4.3. | L'exactitude des données..... | 66 |
| 4.5. | Les résultats de l'évaluation de l'utilisation de l'information sur le paludisme | 70 |
| TROISIEME PARTIE : DETERMINATION DES CAUSES, IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET LEUR PRIORISATION | | 72 |
| CHAPITRE 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES DU PROBLEME | | 73 |
| 5.1. | La détermination des causes du problème | 73 |
| 5.1.1. | La revue de la littérature | 73 |
| 5.1.2. | Les différentes causes identifiées par notre étude | 74 |
| 5.1.3. | Le diagramme d'ISHIKAWA | 74 |
| 5.2. | La priorisation des causes du problème | 77 |
| CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS | | 78 |
| 6.1. | L'identification des solutions..... | 78 |
| 6.1.1. | La revue de la littérature | 78 |
| 6.1.2. | Les solutions identifiées par notre étude | 78 |
| 6.2. | La priorisation et le choix de la solution..... | 79 |
| CHAPITRE 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION | | 80 |
| 7.1. | La justification du choix de la solution..... | 80 |
| 7.2. | Les objectifs | 81 |
| 7.2.1. | L'objectif général | 81 |
| 7.2.2. | Les objectifs spécifiques..... | 81 |
| 7.3. | Le cadre logique..... | 82 |
| 7.4. | Le plan d'actions..... | 85 |
| 7.5. | La budgétisation..... | 86 |
| 7.6. | Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la solution | 88 |
| RECOMMANDATIONS..... | | 89 |
| CONCLUSION..... | | 92 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | | 95 |
| ANNEXES..... | | 99 |