



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE  
Option : Gestion des Programmes de Santé

25<sup>ème</sup> Promotion 2014-2015



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

THEME

CONTRIBUTION A L'OPTIMISATION DE L'UTILISATION DE  
L'INFORMATION SANITAIRE POUR LA PRISE DE DECISIONS  
AU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE  
DE CÔTE D'IVOIRE

**Présenté par :**

**M. KOFFI Kra Marcel**

*Manager des Services de Santé*

*Option Gestion des Programmes de Santé*

**Sous la direction de :**

**Pr. WADE Boubacar**

**Professeur agrégé du Val de Grâce**

**Enseignant associé au CESAG**

mai 2017

## DEDICACES

Je rends hommage et grâce à DIEU, LE TOUT PUISSANT : « *Avec DIEU nous ferons des exploits ; Il écrasera nos ennemis* ». Psaumes 60 : 12. Par ton Soutien et au Nom de ton Fils Bien Aimé JESUS-CHRIST, ce travail a été possible. Que toute la Gloire te revienne, mon DIEU et mon PERE. Amen !!

Je dédie ce mémoire à :

- Ma famille et particulièrement FRY Kouakou Ignace. Tu as su t'occuper de ma maisonnée. Elle n'a manqué de rien ; tu as été le **Frère proche** sur qui je pouvais compter, et tu as bien rempli ton devoir. Dieu saura te le rendre à toi, ton Epouse et à tes enfants.
- Mon Epouse **KOFFI née AKOSSI Amantin Adrienne**, mes enfants **KOFFI Siè-Anvoh Ramissou Victoire** et **KOFFI Miensa Schékinaëlle**, **KOUASSI Amino Elisabeth Grâce** et **KOUADIO Kouassi Clément**.

Mes bien-aimés, ce travail est le vôtre ; vous m'avez soutenu par vos prières et votre courage à garder le moral haut en mon absence. Durant ces 9 mois loin de vous, je reprenais courage rien qu'en pensant à vous, chaque fois que mes forces voulaient m'abandonner. Dans le but de mieux servir mon pays je suis rentré choisir un sujet sur les réalités sanitaires locales. Mais, que de difficultés pour finir ce mémoire ! Malgré cela, à mes côtés, vous avez été mon soutien par vos prières constantes. Le Seigneur vous a exhaussé. Nous sommes à la fin.

Que DIEU veuille faire profiter à chacun de vous du fruit de ce travail. Qu'il vous guide et vous bénisse pour vous assurer un avenir dans l'abondance. Amen !

- **Madame COULIBALY Marie Thérèse**, Chef du Secrétariat Particulier du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Votre sens élevé de la Diplomatie positive a permis une vraie avancée sur le traitement de ce dossier lorsqu'il accusait un retard préjudiciable à ma formation. Que DIEU vous bénisse.

## REMERCIEMENTS

A travers ces lignes, nous témoignons notre reconnaissance et notre profonde gratitude à toutes ces personnes qui de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce travail. Tout particulièrement, nous tenons à adresser nos sincères remerciements :

A S.E.M le Président de la République de Côte d'Ivoire, Alassane OUATTARA pour sa vision de faire de la Côte d'Ivoire un Pays émergent et d'avoir disposé les moyens pour la formation continue des cadres de la santé.

Au Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire, pour les autorisations qui m'ont été accordées pour cette formation à Dakar, surtout à **Mme la Ministre Dr Raymonde GOUDOU COFFIE**.

Au Directeur de **Cabinet Adjoint du MSHP, Dr NIANGUE Joseph**, pour avoir facilité le déroulement de cette étude à travers l'expression d'un Leadership efficace.

**Au Dr PONGATHIE Adama Sanogo**, Directeur de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire, pour le soutien moral apporté et ses conseils avisés.

A la Direction du CESAG, à mes enseignants pour avoir créé un cadre favorable à l'apprentissage et pour l'altruisme dans la transmission de connaissances.

A toute l'équipe de CESAG SANTE avec à sa tête le chef de département, **Dr AMANI Koffi** pour leur encadrement continu.

**A Dr GNANSOU Léontine**, Représentante Pays de MEASURE Evaluation : l'initiative d'aller me former au CESAG m'est venue grâce à vous, lorsque vous m'aviez fait confiance en m'introduisant dans l'équipe de cartographie pour le suivi-évaluation des activités du VIH/Sida. Votre action n'a pas été vaine. En le faisant, vous m'avez permis de faire un pas de plus dans ma carrière professionnelle. Merci pour tout, que Dieu vous bénisse.

**A M. Moussa TRAORE**, Ingénieur de Travaux Statistiques, Conseiller Technique au PEPFAR : quand j'ai choisi de rentrer au Pays pour y faire mon stage de fin de formation, j'ai cherché également un encadrement local ; et lorsque Dr GNANSOU vous a sollicité pour cet encadrement, vous avez donné votre accord malgré votre calendrier professionnel chargé. J'ai vraiment bénéficié de votre expertise durant tout ce temps de suivi. Que DIEU vous le rende en bénédictions et en abondance de faveurs pour votre famille.

A tous ceux qui ont pris de leur temps précieux pour lire et relire ce Mémoire afin de le parfaire : **M. Abraham GNAMITCHE**, Ex Chef de mission d'Inspection et d'audit des banques à la BCEAO, DG de GNAMITCHE Consulting Investing ; **Dr Noël NAHOUNOU**, Chief of Party, **Health Finance & Governance Project | Abt Associates C.I, USAID** ; **M. Moussa TRAORE**, Ingénieur des Travaux Statistiques, Conseiller Technique au PEPFAR.

**A la Sous-Direction de l'Information et de la Carte sanitaire** pour la constitution de l'équipe projet et pour avoir facilité les travaux ayant conduit à l'élaboration de mon Mémoire de fin de formation ; et surtout à M. GBAGBA Célestin, Economiste de la Santé pour son soutien à la réalisation de l'enquête.

**A M. Touré SAÏDOU**, Directeur Coordonnateur du Programme Présidentiel d'Urgence et à **Madame GBOHO Christine**, Coordinatrice de l'équipe projet Carte Sanitaire/BNETD pour leur soutien moral et matériel apporté lors de cette formation.

A mes amis, frères, sœurs et à toute **la 25<sup>ème</sup> promotion de la MBA-GSS** pour la dynamique de groupe estudiantine et cordiale ayant prévalu au sein de la classe tout au long de l'année académique 2014-2015.

A la Communauté ivoirienne au CESAG pour leur hospitalité.

Aux Pasteurs et au Groupe de Prière de l'Eglise Centrale des Assemblées de Dieu de Dakar, communauté du Temple Evangélique pour le soutien spirituel constant.

Puisse DIEU vous bénir et vous combler de multiples grâces.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

- ARV** : Anti Retro Viraux
- AVP** : Accidents de la Voie Publique
- BSR** : Base de Santé Rurale
- CATSIS** : Cellule d'Appui Technique au Système d'Information Sanitaire
- CHR** : Centre Hospitalier Régional
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CPN** : Consultation Prénatale Natale
- CRIEM** : Centres Régionaux des Infrastructures de l'Equipement et de la Maintenance
- DCEIS** : Direction du Contrôle, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire
- DHIS2** : District Health Information Software 2
- DIPE** : Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
- DIPS** : Direction de l'Information et de la Programmation Sanitaire
- DPPEIS** : Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et l'Information Sanitaire
- DSHP** : Direction de la Santé et de l'Hygiène Publique
- EDS-MICS** : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
- ENMCI** : Enquête sur la Nutrition et la Mortalité en Côte d'Ivoire
- ENV** : Enquête de Niveau de Vie des Ménages
- ESPC** : Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts
- FIT** : Front Inter-Tropical
- GTI** : Groupe de Travail sur l'Information Sanitaire
- HG** : Hôpital Général
- HTA** : Hypertension Artérielle
- IDH** : Indice de Développement Humain
- IHME** : Institute for Health Metrics and Evaluation
- INSP** : Institut National de Santé Publique
- MAB** : Méthode d'Allocation des Budgets
- MBA-GPS** : Master in Business and Administration, option Gestion des Programmes de Santé
- MICS** : Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappe à Indicateurs Multiples)
- MIJ** : Mortalité Infanto Juvénile
- MNN** : Mortalité Néonatale
- MSHP** : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
- ODD** : Objectifs pour le Développement Durable
- OEV** : Orphelins et Enfants Vulnérables
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU** : Opération des Nations Unies pour la Côte d'Ivoire
- ONUSIDA** : Organisation des nations unies pour la lutte contre le Sida
- PIB** : Produit Intérieur Brut
- PIP** : Projets d'Investissement Public
- PND** : Plan National de Développement
- PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire
- PNPMT** : Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
- PR** : Personne Ressource
- PTF** : Partenaires Techniques et Financiers
- PTME** : Prévention de la transmission Mère-Enfant
- PVRH** : Programme de Valorisation des Ressources Humaines
- PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH
- RASS** : Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
- RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitation
- RM** : rapport de masculinité
- SAF** : Service Administratif et Financier
- SDASED** : Sous-direction d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation
- SDEASSE** : Sous-direction de l'Evaluation de l'Action Sanitaire et de la Surveillance  
Epidémiologique
- SDICS** : Sous-direction de l'Information et de la Carte Sanitaire
- SDPP** : Sous-direction de la Prospective et de la Planification
- SI** : Système d'Information
- SID** : Service de l'Informatique et de la Documentation
- SIG** : Système d'Information et de Gestion
- SIGEPAS** : Système Intégré de Gestion des Equipements et du Patrimoine Sanitaire
- SIGFAE** : Système Intégré de Gestion des Fonctionnaires et Agents de l'Etat
- SIGFIP** : Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
- SIMR** : Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
- STEPS** : Enquête STEPS
- UEMOA** : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
- UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES FIGURES

|   |    |
|---|----|
| Figure 1 : Cartographie des Régions sanitaires .....  | 9  |
| Figure 2 : pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire .....   | 11 |
| Figure 3 : modèle conceptuel de la technique du groupe nominal .....  | 25 |
| Figure 4 : circuit de l'information sanitaire .....   | 40 |
| Figure 5 : Illustration des relations existant entre les différentes dimensions du SISR .....   | 48 |
| Figure 6 : Types d'analyses au niveau de la direction de la santé et de l'hygiène publique ....   | 58 |
| Figure 7 : Types d'analyses au niveau district.....   | 59 |
| Figure 8 : Type d'affichage et statut sur la mise à jour des affiches au niveau des DSHP .....  | 60 |
| Figure 9 : Type d'affichage et statut sur la mise à jour des affiches dans les Districts .....  | 60 |
| Figure 10 : Utilisation de l'information au niveau des DSHP .....   | 62 |
| Figure 11 : Utilisation de l'information au niveau district .....   | 62 |
| Figure 12 : Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau des DSHP .....  | 63 |
| Figure 13 : Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau District.....   | 64 |
| Figure 14 : Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information.....  | 64 |
| Figure 15 : Différentes dimensions de la culture de l'Information au niveau des districts .....   | 65 |
| Figure 16 : Niveaux moyens de confiance, de compétence dans l'utilisation de l'information et la résolution des problèmes au niveau district en % .....               | 65 |
| Figure 17 : Score moyen des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau des Direction de la santé et de l'Hygiène Publique .....                                | 66 |
| Figure 18 : Score moyen des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau District.....   | 66 |
| Figure 19 : Différentes dimensions de la culture de l'information observées dans l'exécution des tâches en SISR au niveau des DSHP en % .....                         | 67 |
| Figure 20 : Comparaison entre différentes dimensions de la culture de l'information des DSHP .....  | 68 |
| Figure 21 : Comparaison entre différentes dimensions de la culture de l'information .....   | 68 |
| Figure 22 : Perception moyenne sur la motivation, les compétences observées et le niveau de confiance moyen dans l'exécution des tâches SISR au niveau des DSHP ..... | 69 |
| Figure 23 : Perception moyenne sur la motivation, les compétences observées et le niveau de confiance moyen dans l'exécution des tâches SISR au niveau District.....  | 69 |
| Figure 24 : diagramme 5M en arête de Poisson .....  | 79 |
| Figure 25 : Analyse des causes à l'aide du diagramme d'Ishikawa.....  | 82 |
| Figure 26 : Diagramme de PARETO .....   | 85 |
| Figure 27 : Cadre d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire .....  | 91 |

## LISTE DES TABLEAUX

|  |    |
|--|----|
| Tableau I: diagramme de priorisation des problèmes .....                                       | 27 |
| Tableau II : Promotion de l'utilisation de l'information : DPPEIS, District, Région, 2012 .... | 35 |
| Tableau III : Production et diffusion des documents de politique et de stratégie, 2014 .....   | 51 |
| Tableau IV : Disponibilité de l'information sanitaire dans les établissements, 2014 .....      | 53 |
| Tableau V : Disponibilité des outils de collecte sur la gestion des ressources, 2015 .....     | 55 |
| Tableau VI : Feedback de gestion des ressources .....  | 55 |
| Tableau VII : Point des supervisions du niveau central sur la gestion des ressources.....      | 56 |
| Tableau VIII : répartition des ressources humaines affectées et employées, 2015 .....          | 57 |
| Tableau IX : Existence d'un mécanisme de contrôle intégré de la gestion des ressources.....    | 57 |
| Tableau X : Disponibilité des projets d'études ou d'enquêtes dans les structures, 2015.....    | 61 |
| Tableau XI : priorisation des causes .....   | 83 |
| Tableau XII : Priorisation des causes du problème avec le Diagramme de Pareto.....             | 84 |
| Tableau XIII: causes majeures identifiées .....  | 85 |
| Tableau XIV : Priorisation des solutions .....   | 89 |
| Tableau XV : Cadre logique des Axes d'intervention .....                                       | 93 |
| Tableau XVI : chronogramme des activités de mise en œuvre du plan de résolution .....          | 95 |
| Tableau XVII : Budgétisation du plan de résolution.....  | 97 |
| Tableau XVIII : Cadre de suivi et évaluation .....   | 99 |

## RESUME

L'utilisation de l'information dans les plans stratégiques de développement sanitaire, permet d'orienter la gestion des ressources et d'améliorer la performance des systèmes de santé.

Cependant, dans les pays en développement, les parties prenantes à la mise en œuvre des stratégies de santé, conçoivent souvent des politiques et prennent des décisions programmatiques en l'absence d'informations pertinentes et utiles ; ce qui limite l'efficacité des systèmes de santé.

Accroître donc l'utilisation de l'information sanitaire pour déceler les goulots d'étranglement dans le fonctionnement des systèmes de santé est une priorité. Cela permet d'entreprendre des réformes opportunes et efficaces.

En Côte d'Ivoire (2012), le taux d'utilisation de l'information sanitaire produite par le SIG est en deçà des 50%. Le district affiche 46% de promotion de l'utilisation de l'information. Le niveau intermédiaire utilise l'information à hauteur de 24% et ce taux au niveau central est de 33%. Ces trois niveaux ont une moyenne de 34% en promotion de l'utilisation de l'information sanitaire [7].

*« Comment arriver donc à optimiser l'utilisation de l'information stratégique dans les processus de prise de décisions si l'on veut améliorer la gouvernance du système de santé ? »*

Notre étude s'articule autour des points suivants :

### **Objectifs**

Contribuer à une utilisation optimale de l'information sanitaire pour une prise en charge de qualité des besoins de santé des populations en Côte d'Ivoire.

### **Méthodologie**

Il s'agit d'une étude transversale à visé descriptive et analytique. Elle a consisté à identifier un problème prioritaire et à proposer des solutions en vue de sa résolution à travers un plan d'action. L'étude couvre 39 structures de l'administration du Système National de l'Information Sanitaire en Côte d'Ivoire et comporte deux volets : l'un quantitatif et l'autre qualitatif. L'échantillonnage de type choix raisonné a permis d'interviewer 40 acteurs clés des districts et régions sanitaires, des programmes de santé et l'ensemble des directions centrales.

### **Résultats**

Le niveau global d'utilisation de l'information dans le processus décisionnel est de 34.7% dans les Directions de la Santé et de l'Hygiène Publique (DSHP) contre 59.7% dans les districts sanitaires. Le niveau global de promotion de l'utilisation de l'information est de 38% pour les

DSHP contre 21% pour les districts sanitaires. L'Information stratégique en santé est insuffisamment utilisée dans le processus décisionnel au sein du SNIS en Côte d'Ivoire.

**Cause principale**

Insuffisance de culture de l'information ou de maîtrise des différentes dimensions de l'information stratégique.

**Solution prioritaire**

Former et assurer le (coaching) des acteurs du SNIS sur les différentes dimensions de l'information stratégique en vue de l'acquisition de la culture de l'information sanitaire.

En effet, il existe un lien étroit de cause à effet entre culture de l'information, sa diffusion, son usage intelligent et son partage collectif.

Utiliser l'information sanitaire de façon optimale dans le processus décisionnel permet d'orienter l'action sanitaire et de performer le système de santé.

GESAG - BIBLIOTHEQUE

## Table des matières

|   |      |
|---|------|
| <b>DEDICACES</b> .....  | i    |
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | ii   |
| <b>ACRONYMES ET ABREVIATIONS</b> .....  | iv   |
| <b>LISTE DES FIGURES</b> .....  | vi   |
| <b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....   | vii  |
| <b>RESUME</b> .....   | viii |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | 1    |
| <b>PREMIERE PARTIE</b> .....  | 4    |
| <b>CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE</b> .....  | 5    |
| 1.1- Analyse de l'environnement externe du cadre de l'étude.....                            | 5    |
| 1.1.1- Contexte géographique de la Côte d'Ivoire.....                                       | 5    |
| 1.1.2- Contexte sociopolitique.....   | 5    |
| 1.1.3- Situation économique.....  | 6    |
| 1.1.4- Situation démographique.....   | 6    |
| 1.1.5- Contexte socioculturel.....  | 7    |
| 1.1.6- Situation administrative.....  | 7    |
| 1.1.7- Situation sanitaire.....   | 7    |
| 1.1.8- Déterminants de la santé.....  | 8    |
| 1.1.9. Profil épidémiologique.....  | 12   |
| 1.1.10 Synthèse de l'analyse de l'environnement externe : Opportunités et menaces.....      | 18   |
| 1.2. Analyse de l'environnement interne du Système National de l'Information Sanitaire..... | 19   |
| 1.2.1 Historique et évolution du Système d'Information Sanitaire en Côte d'Ivoire.....      | 19   |
| 1.2.2. Analyse de l'environnement de la DPPEIS.....   | 20   |
| 1.2.3. Statut et missions de la DPPEIS.....   | 21   |
| 1.2.4. Organisation et fonctionnement de la DPPEIS.....                                     | 22   |
| 1.2.5. Synthèse de l'analyse interne du SNIS et de la DPPEIS : Forces et faiblesses.....    | 23   |
| 1.3 Identification et priorisation des problèmes de la DPPEIS et du SNIS.....               | 24   |
| 1.3.1 Déroulement du Brainstorming.....   | 26   |
| 1.3.2 Déroulement du groupe nominal - vote de priorisation.....                             | 26   |
| <b>CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE</b> .....                                       | 29   |
| 2.1- Problématique.....   | 29   |
| 2.2- Contexte et justification de l'étude.....  | 29   |
| 2.3- Intérêt de l'étude.....  | 31   |
| 2.4- Revue de la littérature.....   | 32   |
| 2.5- But de l'étude.....  | 36   |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| 2.6-  | Objectifs de l'étude .....   | 36        |
| 2.6-1.  | Objectif général .....   | 36        |
| 2.6-2.  | Objectifs spécifiques .....  | 36        |
| 2.7-  | Cadre conceptuel .....   | 36        |
| 2.7-1.  | Définition des concepts .....  | 36        |
| 2.7-2.  | Organisation du Système National de l'Information Sanitaire.....   | 39        |
| 2.7-3.  | Circuit de l'information sanitaire .....   | 40        |
| 2.7-4.  | Processus de collecte et d'analyse des données de santé.....   | 41        |
| 2.7-5.  | Intérêt de l'information sanitaire .....   | 41        |
| 2.7-6.  | Intérêt de l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel .....                        | 42        |
| 2.7-7.  | L'utilisation de l'information sanitaire, facteur de crédibilité dans la gouvernance du système de santé ..... | 42        |
| 2.7-8.  | Mode d'utilisation de l'information sanitaire et processus de prise de décision .....                          | 43        |
| <b>DEUXIEME PARTIE</b>                          | .....  | <b>44</b> |
| <b>CHAPITRE III : METHODOLOGIE</b>              | .....  | <b>45</b> |
| 3.1   | type de l'étude .....  | 45        |
| 3.2.  | Méthodologie de l'approche quantitative et qualitative .....   | 45        |
| 3.2.1   | L'approche quantitative.....   | 45        |
| 3.2.2   | L'approche qualitative.....  | 45        |
| 3.3   | Période et durée de l'étude .....  | 45        |
| 3.4   | Population d'étude.....  | 46        |
| 3.5   | Méthode d'échantillonnage .....  | 46        |
| 3.6   | Critères d'inclusion et de non inclusion .....   | 46        |
| 3.6.1   | Critères d'inclusion .....   | 46        |
| 3.6.2   | Critère de non inclusion .....   | 47        |
| 3.7   | Collecte des données .....   | 47        |
| 3.7.1   | Outil de collecte et variables .....   | 47        |
| 3.7.2   | Cadre conceptuel du PRISM .....  | 47        |
| 3.7.3   | Méthodologie de collecte des données .....   | 48        |
| 3.7.4   | Considérations éthiques.....   | 49        |
| 3.8   | Traitement et analyse des données recueillies.....   | 49        |
| 3.9   | Difficultés et limites de l'étude .....  | 49        |
| 3.9.1   | Difficultés.....   | 49        |
| 3.9.2   | Limites.....   | 50        |
| <b>CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS</b> | .....  | <b>51</b> |
| 4.1.  | Résultats de la revue documentaire .....   | 51        |

|  |  |     |
|--|--|-----|
| 4.1.1  | Production et disponibilité des documents de politique et de stratégie .....       | 51  |
| 4.1.2  | Disponibilité des rapports d'activités .....                                       | 53  |
| 4.2.   | Résultats de l'enquête.....  | 53  |
| 4.3.   | Analyse des résultats .....  | 54  |
| 4.3.1.   | De la Gestion en routine des ressources .....                                      | 54  |
| 4.3.2  | De la Production des rapports de réunions et du SIG.....                           | 58  |
| 4.3.3  | De la production et la disponibilité des rapports d'études et enquêtes.....        | 60  |
| 4.3.4  | Les Discussions et décisions sur l'utilisation de l'information .....              | 62  |
| 4.3.5  | La Promotion de l'Utilisation de l'information du SIG au niveau central.....       | 63  |
| 4.3.6  | La gouvernance du SNIS.....  | 64  |
| 4.3.7  | Les facteurs comportementaux qui influencent le fonctionnement du SNIS .....       | 67  |
| <b>COMMENTAIRES</b> .....  |  | 70  |
| <b>TROISIEME PARTIE</b> .....  |  | 74  |
| <b>CHAPITRE V : DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION</b> |  | 75  |
| 5.1  | Présentation des outils.....   | 75  |
| 5.1.1  | Le QQQQCP (Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?) .....                   | 75  |
| 5.1.2  | Diagramme d'Ishikawa ou Diagramme en arête de poisson .....                        | 78  |
| 5.2  | Détermination et analyse des causes .....  | 79  |
| 5.3  | Hierarchisation des causes.....  | 83  |
| <b>CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS</b> .....    |  | 87  |
| 6.1  | Identification des solutions possibles .....                                       | 87  |
| 6.1.1  | Revue de littérature .....   | 87  |
| 6.1.2.   | Différentes solutions identifiées.....   | 87  |
| 6.2  | Priorisation et choix de la solution .....   | 88  |
| 6.3  | Modèle conceptuel d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire ..... | 89  |
| <b>CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION</b> .....            |  | 92  |
| 7.1  | Justification .....  | 92  |
| 7.2  | Objectifs du projet mise en œuvre des solutions .....                              | 92  |
| 7.3  | Cadre logique .....  | 92  |
| 7.4  | Plan opérationnel.....   | 94  |
| 7.4.1  | Résumé du plan de mise en œuvre des actions prioritaires .....                     | 94  |
| 7.5  | Budget du projet .....   | 97  |
| 7.6  | Suivi et évaluation .....  | 98  |
| 7.6.1  | Définitions .....  | 98  |
| 7.6.2  | Les outils de suivi-évaluation.....  | 98  |
| 7.6.3.   | Méthodes de calcul de quelques indicateurs .....                                   | 101 |

|   |      |
|---|------|
| RECOMMANDATIONS.....  | 101  |
| CONCLUSION.....   | 103  |
| BIBLIOGRAPHIE .....   | 103  |
| ANNEXES.....  | I    |
| ANNEXE I : QUESTIONNAIRES .....   | II   |
| 1.1. PRISM : Outil d'évaluation de la gestion des SNIS.....                         | II   |
| 1.2. PRISM : Outil d'évaluation organisationnelle et comportementale.....           | IV   |
| 1.3. PRISM : Outil de diagnostic de la performance du SNIS .....                    | IX   |
| 1.4. Outil d'évaluation du système d'information et de gestion des ressources.....  | XII  |
| ANNEXE II : Détails du cadre conceptuel du PRISM.....                               | XVI  |
| ANNEXE III : Courriers officiels de mise en stage et d'autorisation d'enquête ..... | XVII |

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## INTRODUCTION

Dans le monde entier, quel que soit le niveau de développement socio-économique d'un pays ou d'une nation, la santé est une ressource capitale et primordiale tant pour les individus que pour les communautés. Pour une bonne gestion du bien-être des populations et des communautés, les organisations, les gouvernements et les individus prennent régulièrement des décisions qui impactent leur santé. Dans le souci de maîtriser les phénomènes morbides et de maintenir les individus et leurs communautés dans un état de complet bien-être, les chercheurs du secteur de la santé recueillent différents types de données concernant les populations qui ont besoin d'une prise en charge. La prise en compte de ces données dans des plans d'action stratégiques, permettent d'orienter l'utilisation des ressources et d'améliorer la performance des systèmes de santé.

Cependant, dans les pays en développement ou sous-développés, les parties prenantes au développement du secteur de la santé, conçoivent souvent des politiques et prennent des décisions programmatiques en l'absence d'informations pertinentes et utiles, ce qui limite l'efficacité des systèmes de santé [1]. Or nous savons qu'aucun système de santé ne peut fonctionner efficacement sans informations de qualité et actualisées provenant de son cadre d'intervention. Le Système d'Information Sanitaire (SIS) en effet, joue un rôle essentiel dans la collecte, le traitement, la diffusion de l'information destinée à la planification, et au Suivi-Evaluation des programmes et politiques de santé. En d'autres termes, l'Information sanitaire revêt une importance capitale pour le développement des systèmes de santé et l'amélioration de la prise en charge socio-sanitaire des populations.

L'OMS, à travers son communiqué de presse [2] du 6 mai 2015, reconnaît la place de l'information stratégique en santé, non seulement dans le processus de prise de décision, mais aussi dans la réorganisation des stratégies de lutte contre la maladie. De même, elle relève le rôle important des données sanitaires dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé en termes d'orientation des interventions et de couverture sanitaire.

Après l'instauration des Soins de Santé Primaires (SSP) et l'organisation des systèmes de santé en district, la plupart des pays africains ont éprouvé le besoin de réorganiser [2] leurs statistiques sanitaires en concevant des Systèmes d'Information Sanitaire (SIS). Le but visé par ces SIS est de produire des informations pertinentes et de qualité à l'appui de l'action sanitaire. De nos jours, ces statistiques situent les parties prenantes sur les progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé.

Même, si les statistiques sanitaires mondiales collectées auprès des 194 États Membres de l'Organisation constituent une solide source d'informations sur la santé publique mondiale, leur

utilisation n'est pas optimum dans tous les pays. C'est dans ce contexte que l'OMS a signé un mémorandum d'accord avec « the Institute of Health Metric and Evaluation (IHME) » définissant les domaines dans lesquels ils vont collaborer pour améliorer la qualité et l'utilisation des statistiques sanitaires mondiales, afin de mesurer les problèmes de santé dans le monde.

La principale raison d'être de l'information stratégique est de documenter la définition et la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des programmes à tous les niveaux du système de santé. Elle fonde à travers ces politiques, la planification des interventions, des ressources réelles, la programmation et la responsabilité comptable [3].

Accroître donc l'utilisation de l'information sanitaire pour déceler les goulots d'étranglement dans le fonctionnement des systèmes de santé à travers le monde est une priorité. Cela permet d'entreprendre des réformes opportunes et efficaces.

La contribution du SIS dans la réforme des systèmes de santé dans le monde en général et dans certains pays en développement en particulier a permis aux acteurs de reconnaître l'importance de la gestion et de l'utilisation de l'information dans un but d'amélioration de la performance du système de santé. En plus de ce que le système est doté d'un mécanisme de rétro-information [4] qui permet de suivre constamment le niveau d'atteinte des objectifs, ces réformes [5] axées sur la décentralisation, l'intégration des activités sectorielles au système d'information et de gestion ainsi que l'engagement du secteur privé ont permis au SNIS d'assurer une bonne visibilité de la couverture sanitaire. De ces réformes on est en droit d'attendre une meilleure gestion et utilisation des données pour une bonne estimation des besoins sanitaires en vue d'une planification efficace des ressources et du renforcement du système de santé.

A l'instar des autres pays en développement, la Côte d'Ivoire a un SIS fonctionnel et produit régulièrement de l'information sanitaire, mais les faiblesses du système national de collecte et de traitement des données, en termes notamment de complétude, de promptitude et d'exactitude, ont tendance à influencer **l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décisions** [6]. Or, il est avéré qu'une utilisation optimale de l'information sanitaire de qualité facilite la planification d'un large éventail d'activités, y compris l'établissement des priorités, une juste allocation des ressources, la révision des stratégies et des politiques de santé.

Au cours de cet exercice il sera question de chercher à donner des pistes de réflexion en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel.

En effet, plusieurs approches sont envisagées [6;7] en vue d'optimiser l'utilisation des informations du secteur de la santé pour la prise de décisions.

Cette étude a pour **but** de contribuer à l'amélioration de la gestion et de l'utilisation de l'information sanitaire au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en Côte d'Ivoire avec pour **finalité** une bonne planification des interventions en vue d'une meilleure prise en charge des populations.

Elle comporte trois grandes parties : la première intitulée analyse situationnelle et cadre théorique, suivie de la deuxième partie concernant la méthodologie et les résultats, et enfin la troisième partie qui vise la détermination, l'analyse des causes et leur priorisation, l'identification, la priorisation des solutions et le plan de mise en œuvre de la solution.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**PREMIERE PARTIE**  
**ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

## **CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE**

### **1.1- Analyse de l'environnement externe du cadre de l'étude**

La Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS), structure de niveau central ayant en charge la gestion de l'Information sanitaire au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) en Côte d'Ivoire, a servi de cadre à notre étude.

#### **1.1.1- Contexte géographique de la Côte d'Ivoire**

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest entre les 4°30' et 10°30' de latitude Nord. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km<sup>2</sup> et est limitée au Sud par le Golfe de Guinée. Elle fait frontière avec le Ghana à l'Est, le Libéria et la Guinée à l'Ouest, le Mali et le Burkina Faso au Nord. Le relief relativement peu accidenté est composé de plaines au Sud, de plateaux étagés au Centre et au Nord, et de montagnes à l'Ouest dont le point culminant est le Mont Nimba (1 753 mètres) [8].

Les mouvements saisonniers du FIT au-dessus du territoire national, permettent de distinguer quatre principales zones climatiques à rythme et volume de précipitations variables.

Les changements climatiques qui affectent le monde entier n'ont pas épargné la Côte d'Ivoire. Il en résulte une perturbation dans l'alternance des saisons.

La sécheresse qui a affecté le Sahel pendant plus d'une décennie a également touché la Côte d'Ivoire aussi bien dans les zones les moins arrosées que dans celles qui bénéficient de précipitations les plus abondantes, causée en partie par le déboisement trop rapide de la forêt.

Au total, le pays est couvert par quatre types de climats, à savoir :

- le climat chaud et humide constitue de type tropical;
- le climat subéquatorial, caractérisé par des températures de faibles amplitudes et des précipitations abondantes ;
- le climat tropical de savane humide ;
- le climat de savane sec avec des vents frais et secs de l'harmattan.

#### **1.1.2- Contexte sociopolitique**

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considéré comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, le pays a traversé une série de crises politiques et militaires depuis l'année 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une partition du pays. Mais depuis 2010 des accords politiques ont permis de préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale. La proclamation des résultats de ces élections en novembre 2010 a été émaillée de troubles militaro-politiques qui ont occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, la destruction de plusieurs infrastructures de base et un déplacement massif de populations.

Après le rétablissement de l'autorité de l'Etat, les Gouvernements qui se sont succédé depuis mai 2011, ont permis au Pays de se remettre sur les rails du développement socio-économique.

### **1.1.3- Situation économique**

L'économie nationale de la Côte d'Ivoire reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao. Mais elle possède également d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières (or, diamant, fer, cuivre...).

La reprise effective de la coopération financière avec les bailleurs et l'atteinte du point de décision de l'Initiative PPTE ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel, passant de 3,8% en 2009 à environ 6% en 2012 et à 8,4% en 2015.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2014, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,462 et classe le pays au 172<sup>ème</sup> rang sur 188.

L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages (ENV) de 2015 a révélé que l'incidence de la pauvreté ( $P_0$ ) est de 46,3%, la profondeur de la pauvreté ( $P_1$ ) est de 16,3% et la sévérité de la pauvreté ( $P_2$ ) est de 8,0%. Comme les années antérieures, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, en milieu rural, l'incidence de la pauvreté est de 56,8% contre 35,9% en milieu urbain. De plus, la contribution des populations rurales à la pauvreté est de 61,2% contre 38,8% pour les populations urbaines [10].

La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la sous-région ouest africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

La réunification du pays d'une part, la réhabilitation des infrastructures publiques en cours ainsi que le retour progressif de la confiance du secteur privé d'autre part favorisent une reprise soutenue des activités économiques.

### **1.1.4- Situation démographique**

La population totale de la Côte d'Ivoire s'élève au 15 mai 2014 à **22.671.331** habitants, selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitation [11]. Ce qui fait une

densité de 70,3 habitants au km<sup>2</sup>. Le taux de croissance démographique annuel est estimé à **2,6%** en moyenne. La moitié de la population (11 370 347 habitants) soit 50,2% est urbaine ; l'autre moitié soit 11 300 984 habitants est rurale. La répartition de la population vivant en Côte d'Ivoire au 15 mai 2014 selon le sexe indique une population masculine de 11 708 244 individus (51,7%) et une population féminine de 10 963 087 individus (48,3%). On note ainsi un rapport de masculinité (RM) de 107 hommes pour 100 femmes.

### **1.1.5- Contexte socioculturel**

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en cinq grands groupes. Le Français est la langue officielle.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2015, le taux global d'alphabétisation est de 53,3% chez les hommes contre 36,3% chez les femmes. Ce taux est relativement faible chez les 15 à 24 ans (55,8%). La scolarisation dans le primaire, est passée de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. Ce taux est de 49,8% en milieu rural et 68,2% en milieu urbain.

### **1.1.6- Situation administrative**

La Côte d'Ivoire est découpée en deux administrations territoriales.

L'administration territoriale déconcentrée avec deux districts autonomes, 31 régions, 108 départements, 410 sous-préfectures et 8600 villages [12] et l'administration territoriale décentralisée avec 31 Conseils Régionaux et 197 communes.

### **1.1.7- Situation sanitaire**

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 traduit la volonté du Gouvernement et de ses partenaires d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires du pays caractérisés surtout par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité touchant en particulier la femme et l'enfant. Ce PNDS en cours vise globalement à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations.

De façon spécifique, il vise à :

- renforcer la gouvernance du secteur et le leadership du Ministère en charge de la santé ;
- améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé ;
- améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans ;
- renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales ;
- renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité.

Consciente de l'importance de la santé dans le processus de développement et dans la relance de la croissance du pays, la Côte d'Ivoire en a fait une de ses priorités.

## **1.1.8- Déterminants de la santé**

### **1.1.8.1 Facteurs socioculturels**

L'apparition d'états morbides ou de situations sanitaires diverses au sein des ménages est à ce jour largement déterminée par un certain nombre de facteurs. Ce sont le faible niveau général d'instruction et d'éducation de la population notamment au niveau des filles, les pesanteurs socio culturelles qui accroissent les pratiques néfastes à la santé (le lévirat, le mariage précoce, l'excision, ...)

Les changements significatifs dans les modes de vie ont conduit les populations à une propension à la sédentarité, à l'alcoolisme, au tabagisme, à la consommation de stupéfiants et à une alimentation déséquilibrée. Ces nouveaux modes de vie expliquent en partie l'émergence de certaines affections telles que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), le cancer, l'obésité, les cardiopathies.

### **1.1.8.2 Facteurs environnementaux et risques liés à la consommation**

Le manque d'hygiène, l'insalubrité, les déchets ménagers, industriels et médicaux, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive des pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance d'assainissement constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Tous ces facteurs d'exposition accroissent les risques sanitaires et expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses et parasitaires et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

La méconnaissance des normes nationales d'hygiène alimentaire par les acteurs de la restauration collective constituent des menaces sanitaires quasi permanentes pour les populations.

### 1.1.8.3 Organisation du système de santé ivoirien



Sources : RASS 2015

Figure 1: Cartographie des Régions sanitaires

La carte sanitaire organise le découpage du territoire en régions sanitaires, puis en districts sanitaires. Les 30 régions administratives sont réorganisées en 20 régions sanitaires avec 82 districts sanitaires [8].

Spécifiquement, le système de santé ivoirien est organisé en pyramide et comprend trois (03) niveaux et deux (02) versants distincts : l'un gestionnaire ou administratif et l'autre prestataire ou offre de soins.

Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par les Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), premier échelon du district, (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, deuxième échelon du district et (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence.

Il est à noter que d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Défense, Economie et Finances, Fonction Publique, Emploi, Solidarité et Affaires sociales, Education Nationale, Intérieur).

Le versant gestionnaire ou administratif est constitué du (i) niveau central avec le cabinet du ministre, les directions et services centraux, les programmes de santé chargé de la définition de la politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé, du (ii) niveau intermédiaire composé de 20 Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et du (iii) niveau périphérique composé de 82 Directions Départementales de la santé ou Districts sanitaires qui sont chargés de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

Le district sanitaire qui est l'unité opérationnelle du système de santé est lui-même subdivisé en aires sanitaires ou bassins de desserte des ESPC. Tous les villages ainsi que les campements rattachés sont couverts par un ESPC [8].

Ainsi, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital général prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre référence permet d'assurer la continuité des soins entre les deux échelons.

Le secteur sanitaire privé lucratif s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes catégories s'insérant parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le secteur privé confessionnel, les associations et

les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

Le système de santé ivoirien se caractérise donc par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle en pleine réorganisation à travers la création du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), occupe une place relativement importante.

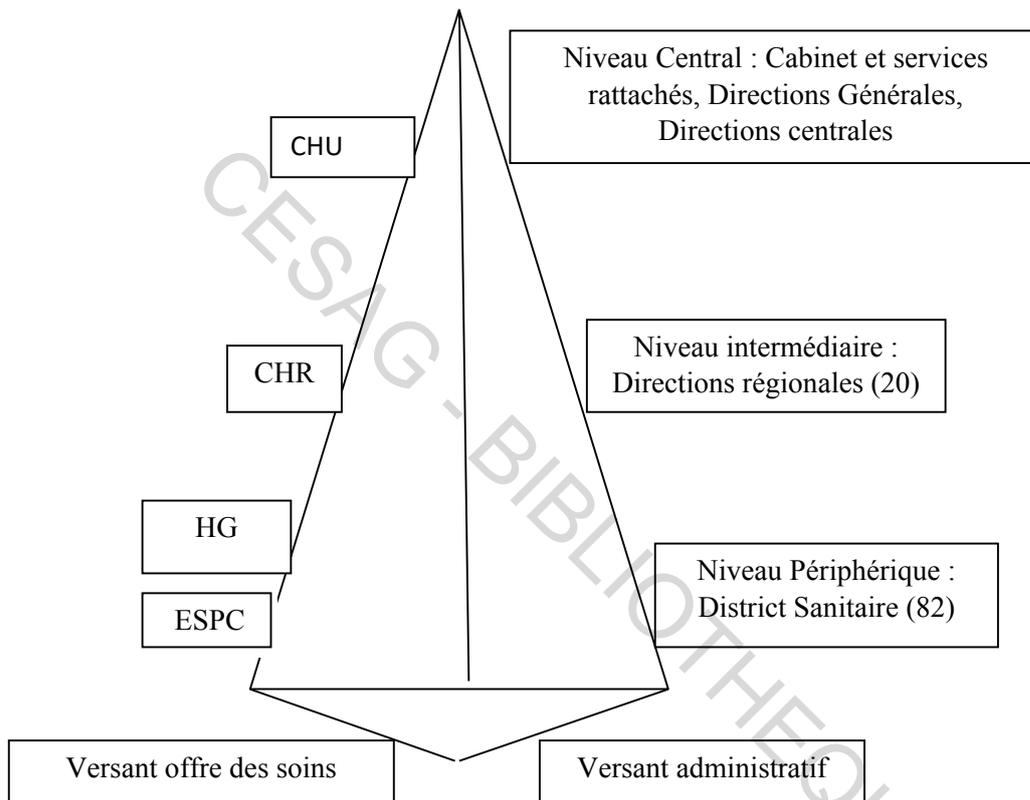


Figure 2 : pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire

- **Impact de la crise post-électorale de 2010 sur le système de santé** [8]

Les élections de novembre 2010 ont débouché sur un conflit armé qui a occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, des milliers de réfugiés et de déplacés internes ainsi que le pillage de nombreux établissements sanitaires et la désorganisation du système de santé.

L'ONU CI, consignait dans son rapport du 7 mars 2011, qu'environ 50% du personnel médical avait quitté son lieu d'affectation. Ce chiffre s'élevait à 75% à l'Ouest. Par conséquent, plusieurs centres de santé avaient été abandonnés, créant du coup des zones de silence sanitaire.

En raison de l'embargo sur les produits d'importation, le matériel médical y compris les médicaments essentiels pour les enfants, la santé maternelle, les Anti Retro Viraux (ARV) et les vaccins étaient en rupture de stocks. Les systèmes de surveillance médicale et de

surveillance épidémiologique n'étaient plus fonctionnels dans les zones de combat à l'Ouest et à Abidjan.

- **Situation sanitaire après la normalisation socio-politique** [9]

Les résultats des ressources présentent une amélioration de la couverture sanitaire en ressources humaines et matérielles. Les données relatives aux ressources humaines montrent qu'au niveau national, les trois principaux indicateurs de couverture ont atteint la norme OMS. Ce sont : le ratio médecin/populations (1médecin pour 9.899 habitants), le ratio infirmier/population (1infirmier pour 4.020 habitants) et le ratio Sage-Femme/Femmes en âge de reproduction (1sage-femme pour 1.773 femmes en âge de procréer). Malgré cette bonne performance au niveau national, des disparités sont observées tant au plan régional que district. La norme médecin/habitants est atteinte dans seulement quatre régions sanitaires Abidjan 2, Abidjan 1-Grands Ponts, Béliér, Sud Comoé avec respectivement 1/3414 ; 1/6386 ; 1/9001 et 1/8580. Cette norme n'a pas été atteinte dans 79% des districts sanitaires. La norme infirmier/population est atteinte dans 70% des régions sanitaires. La norme Sage-femme/Femme en âge de procréer est atteinte dans 85% des régions sanitaire et 70% des districts sanitaires. L'analyse des données sur la disponibilité des infrastructures montre que des efforts restent à faire. Au niveau de l'accessibilité géographique 65% de la population vit à moins de 5 km d'un centre de santé, traduisant l'atteinte de l'objectif national fixé par le PNDS 2012-2015 (55% en 2013). Le ratio habitants/ ESPC au plan national (01 ESPC pour 13 620 habitants) est en deçà de la norme OMS (01 ESPC pour 10000 habitants). Concernant le ratio hôpitaux/population, seulement deux (02) régions sanitaires (Kabadougou -Bafing Folon et Sud Comoé) respectent à la norme OMS. A l'opposé quatre (04) régions notamment Haut Sassandra, Gboklé-Nawa-San-Pedro, Abidjan1-Grands Ponts et Abidjan 2 enregistrent des ratios très élevés, supérieurs à 1 Hôpital pour 300.000 Habitants. Il est important de signifier qu'au niveau national, en 2013 les indicateurs clés de couverture en ressources humaines ont atteint la norme souhaitée par l'OMS. Cependant pour la couverture en établissement de soins, des efforts restent à faire car aucune des normes OMS n'a été atteinte.

### **1.1.9. Profil épidémiologique**

#### **1.1.9.1 Causes de morbidité**

- **Les maladies de la mère et de l'enfant**

La santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante justifiant les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour faire face à cette problématique.

Les fistules obstétricales sont en nombre assez important. Une étude réalisée en janvier 2006 dans 5 hôpitaux de Côte d'Ivoire, a permis d'enregistrer 209 cas de fistules obstétricales au cours de la période 1995-2005 [13]. La prise en charge de ces fistules est inaccessible aux populations du fait de leur coût élevé et les populations de certaines zones sanitaires éloignées des structures de santé équipées n'ont pas facilement accès à la technologie adaptée.

L'évaluation nutritionnelle faite chez les mères a montré que 12% d'entre elles sont malnutries (MICS 2006) et 58,9% sont carencées en fer, fragilisant la mère et conditionnant la carence du nouveau-né et le faible poids de naissance de ce dernier.

Quant aux enfants de moins de cinq ans, en 2008 [14], leur profil épidémiologique restait dominé par une incidence élevée des affections courantes suivantes : le paludisme (217,31‰), les infections respiratoires aiguës (82,53‰), les maladies diarrhéiques (41,07‰), et la rougeole (374 cas suspects).

La malnutrition quant à elle demeure préoccupante. En 2011, les prévalences de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aiguë sont respectivement de 27,3%, 5,4% et 15,7%. En fonction des régions et selon le type de malnutrition, la situation est jugée sérieuse voire critique. On estime actuellement à 151.781 le nombre d'enfants malnutris aigus modérés et à 19.000 ceux présentant une forme sévère de malnutrition.

Une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée notamment la rougeole, le tétanos et la fièvre jaune. Concernant la poliomyélite, 34 cas ont été confirmés en 2011 alors que la Côte d'Ivoire était en voie de son éradication en 2001.

- **Le VIH/Sida et les IST**

Selon le rapport 2010 de l'ONUSIDA, la prévalence estimée du VIH/Sida en 2009 était de 3,4% avec une prévalence plus élevée chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%). L'enquête de séro-surveillance sentinelle en 2008 indiquait un taux de séropositivité de 4,5% chez les femmes enceintes. Les régions les plus touchées étaient le Centre-Est (5,8%), le Sud (5,5%) et la ville d'Abidjan (6,1%). La prévalence était plus élevée en milieu urbain (5,4%) qu'en milieu rural (4,1%). Le VIH/Sida touche en majorité la tranche d'âge des 15-49 ans avec un pic pour les 30-34 ans. Par ailleurs, l'épidémie en Côte d'Ivoire est caractérisée par la présence des deux virus : VIH 1 et VIH 2. Selon les estimations 2010 de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida était de 450.000 et le nombre d'orphelins rendus vulnérables du fait du VIH s'élevait à 440.000. Le nombre de personnes sous ARV est passé de 2 473 en 2003 à 72 011 en fin 2009 [15]. Dans le cadre de la PTME, 43% des sites de Consultations Périnatales Natales (CPN) offrent des services, 42% des femmes enceintes

dépistées, infectées et éligibles au traitement ont reçu des ARV au cours de l'année 2009. Depuis 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades.

En outre, l'évaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle faite en 2009 a montré que 28,7% des PVVIH et 10,5% des OEV présentaient une malnutrition aigüe et 70% étaient en insécurité alimentaire.

- **Le paludisme**

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, ce fléau représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. En 2008, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 84,16‰. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette maladie avait une incidence de 217,31‰.

- **La tuberculose**

Selon l'OMS en 2006, le nombre total de cas estimé de tuberculose en Côte d'Ivoire était de 70 220, soit une incidence de 393 cas pour 100.000 habitants. L'incidence de la forme à microscopie positive est de 169 cas pour 100.000 habitants. La co-infection tuberculose - VIH/Sida pose un problème de santé publique. En 2007 [16], cette co-infection était d'environ 39% et l'incidence de la tuberculose multi-résistante était estimée à 2,5%. En outre, sur 11 085 patients tuberculeux testés, 4311 sont positifs pour le VIH et 1129 ont reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH soit 26% des patients co-infectés. La proposition de test VIH chez les patients tuberculeux initiée depuis 1998 a été portée à échelle à partir de 2004.

- **Les autres maladies transmissibles**

On assiste à une recrudescence des maladies d'origine alimentaire telles que les toxi-infections alimentaires, les shigelloses, les salmonelloses et l'émergence des maladies zoonotiques (grippe aviaire, fièvre aphteuse...), remettant en cause la sécurité sanitaire des aliments consommés.

Depuis janvier 2011, le pays connaît plusieurs foyers épidémiques de choléra. En septembre 2011, on dénombrait 933 cas dont 22 décès. Les fréquentes pénuries d'eau dans certaines localités tant urbaines que rurales et les difficultés de gestion de l'hygiène environnementale et alimentaire y compris l'insuffisance de lavage des mains constituent les facteurs de risques (INHP 2011- Service de surveillance épidémiologique).

- **Les maladies non transmissibles**

Elles sont pour une grande part liées aux maladies et pratiques nutritionnelles. Selon l'Enquête Nutrition Mortalité (ENMCI, 2004), 22,8% des femmes en âge de procréer avaient un excès de poids en particulier en milieu urbain avec 28,2% contre 13,6% en milieu rural. Abidjan présente la plus forte proportion des femmes en surpoids avec un taux de 34,1% et 7,4% de femmes obèses. Entre autres, la pratique de l'allaitement exclusif (6,3%) réduit le risque de survenue des maladies chroniques.

Les maladies chroniques non transmissibles sont dominées par les maladies métaboliques (diabète sucré : 5,7% de la population adulte), les maladies cardio-vasculaires, les toxicomanies, les maladies bucco-dentaires, les maladies mentales et les cancers.

L'hypertension Artérielle (HTA) est actuellement en nette progression. L'enquête STEPS [17] réalisée en 2005 a révélé sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, une prévalence de l'HTA de 21,7%. La population d'hypertendus augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. 15 000 nouveaux cas de cancers sont attendus par an. Parmi ces cancers, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux. L'incidence était de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus [18]. Chez l'homme, l'incidence est légèrement inférieure (82 pour 100.000) avec une incidence élevée des cancers de la prostate (31 pour 100.000) et des cancers primitifs du foie (28%). Les leucémies demeurent une préoccupation particulière chez l'enfant.

- **Les affections odonto-stomatologiques, les affections de la sphère ORL, les affections ophtalmologiques**

Les enquêtes nationales révèlent une forte prévalence des maladies bucco-dentaires, notamment la carie dentaire avec 62,4% chez les enfants de 12 ans, 70,9% chez les 15 ans et 89% chez les 35-44 ans. On observe une recrudescence de pathologies lourdes telles que le noma (gangrène de la bouche), le Lymphome de Burkitt et les lésions buccales associées au VIH/Sida. La prévalence de la cécité peut être estimée aujourd'hui en Côte d'Ivoire à 2% de la population générale. La cataracte est présente chez 1% [19] de la population et provoque une cécité curable et totalement réversible. Le glaucome survient chez les sujets beaucoup plus jeunes et provoque la cécité chez de nombreux malades.

- **Le tabagisme, les accidents de la voie publique, les stupéfiants, les violences sexuelles**

Les changements significatifs dans les modes de vie ont conduit les populations à une propension à la sédentarité, à l'alcoolisme, au tabagisme et à la consommation de stupéfiants de tous genres.

En 2005 [17], la prévalence du tabagisme quotidien était de 9,5% et la prévalence du tabagisme non quotidien de 4,1% dans la population âgée de 15 à 64 ans.

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire fait partie des pays de la sous-région où le nombre d'accidents de la voie publique (AVP) est jugé élevé. La mortalité, les handicaps et séquelles consécutifs aux AVP se sont accrus ces dix dernières années.

Les violences basées sur le genre sont en nette progression. Les violences tant physiques, sexuelles que psychologiques ont connu une recrudescence avec l'avènement de la crise qu'a connu le pays. Une enquête [20] menée par le Ministère en charge de la Famille et l'UNFPA en 2007 indique que 59,5% des personnes enquêtées ont déclaré avoir été victimes de violences physiques au cours des douze derniers mois contre 10,41% de violences sexuelles et 89,59% de violences verbales dans la région d'Abidjan.

En 2006, le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 36%. Cette pratique se rencontrait en grande partie dans l'Ouest et le Nord du pays [21].

- **Les maladies Tropicales négligées**

L'ulcère de Buruli constitue un problème majeur de santé publique avec des cas d'infirmité permanente enregistrés notamment chez des enfants d'âge scolaire. Le nombre de cas cumulé est passé de 500 en 1994 à 25.000 en 2006 [22].

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, la bilharziose et le pian persistent encore et nécessitent une attention particulière.

D'autres maladies anciennes comme la dracunculose, la lèpre, l'onchocercose et la syphilis sont en voie d'élimination ou d'éradication ou en nette régression et doivent rester sous surveillance.

### **1.1.9.2 Causes de mortalité**

- **Mortalité générale**

La mortalité générale avait baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰ [23] en 1988 à 12,4‰ en 2012 [24].

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. On relève, entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la persistance des maladies endémo-épidémiques, le VIH/Sida, l'accès durable à des aliments en quantité et qualité, les pratiques en matière d'alimentation et les causes liées aux modes de vie moderne. L'Espérance de vie à la naissance était 53,8 en 2014 [11].

- **Mortalité Infanto juvénile**

Selon l'enquête MICS 2006, la mortalité néonatale était de 41 pour mille naissances vivantes et la mortalité infanto juvénile est de 125 pour mille naissances vivantes pour les enfants de moins de cinq ans. Le taux de mortalité des moins de 5 ans n'a décliné que de 1% en moyenne depuis 1990, alors que pour atteindre les objectifs de 2015, il aurait dû diminuer d'au moins 15% par an.

Les principales causes de la mortalité infanto juvénile (MIJ) sont les causes néonatales (35%), le paludisme (21%), la pneumonie (20%), la diarrhée (15%), le SIDA (6%). La malnutrition contribue globalement à la MIJ à plus d'un tiers. Elle mérite donc une attention particulière. 16,5 % des enfants ont un petit poids de naissance et de ce fait sont susceptibles de mourir durant le premier mois de vie avec une probabilité deux fois supérieures à celle des enfants de poids normal. Les causes de mortalité néonatales (MNN) sont dominées par la prématurité (29%), les infections sévères (23%), l'asphyxie (19%) et le tétanos néonatal (12%). Ces causes de mortalité infanto juvénile (MIJ) et mortalité néonatales (MNN) sont pourtant évitables grâce à de bonnes stratégies et une bonne mise en œuvre d'interventions relativement peu coûteuses et à fort potentiel d'impact.

- **Mortalité maternelle**

La mortalité maternelle s'élève à 614 décès pour 100.000 naissances vivantes (EDS-MICS 2012). Elle est due principalement à : l'hémorragie (36%), les dystocies (20%), l'éclampsie (18%) et les avortements compliqués (15%) [25]. Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, en soins nutritionnels, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

### **1.1.9.2 Situation des OMD**

Selon le rapport 2010 [26] sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), si les efforts du Gouvernement et de ses partenaires ne sont pas intensifiés pour leur accélération,

aucun OMD lié à la santé ne pourra être atteint en 2015. Au sujet de l'OMD 1C, la tendance de l'insuffisance pondérale bien qu'étant à la baisse reste préoccupante (20,2% en 2008) [21].

Concernant l'OMD4, la mortalité infanto-juvénile a connu une hausse entre 1990 et 1998 en passant de 151‰ à 174‰. Cette tendance s'est inversée pour atteindre 125‰ en 2005 [26].

La mortalité maternelle demeure élevée (614 décès pour 100.000 naissances vivantes) rendant difficile l'atteinte de l'OMD 5 à l'horizon 2015.

La lutte contre les pathologies inscrites dans l'OMD6 constitue un défi majeur pour le système de santé ivoirien. La prévalence estimée du VIH/sida dans la population générale est passée de 6,9% en 2000 à 4,7% en 2005, puis 3,7% en 2008 et 3,4% en 2009. L'incidence du paludisme de 2000 à 2008 était importante et se situait à 80 pour 1000. Depuis 2000, l'incidence de la tuberculose augmente chaque année en moyenne de 5%. L'incidence de cette maladie croît d'année en année du fait de la co-infection avec le VIH.

#### **1.1.10 Synthèse de l'analyse de l'environnement externe : Opportunités et menaces**

- **Opportunités**

L'existence et la mise à jour des documents de Politique de la santé et de l'information sanitaire orientant le SNIS.

L'obtention du point d'achèvement PPTE, avec pour corollaire, le retour des bailleurs de fonds des Institutions Internationales, la disponibilité des moyens financiers et techniques pour soutenir le développement socio-économique et sanitaire est certaine.

- **Menaces**

La Côte d'Ivoire vient à peine de sortir d'une grave crise politico-militaire, et la réconciliation sociale en cours pourrait être fragilisée par le nombre encore élevé d'exilés et de réfugiés politico-militaires hors du pays. Ceci pourrait être encore une autre source de conflit national. Au-delà, l'épidémie Ebola aux frontières du pays constitue une grave menace non seulement pour l'économie, mais également pour le système de santé qui est encore en train de gérer les zones de silence sanitaire créées par 10 années de guerre.

## 1.2. Analyse de l'environnement interne du Système National de l'Information Sanitaire

### 1.2.1 Historique et évolution du Système d'Information Sanitaire en Côte d'Ivoire

#### *1<sup>ère</sup> période de 1983 à 1993 [27]*

Jusqu'en 1993, le système national d'information sanitaire a été piloté par l'Institut National de Santé Publique (INSP) et était essentiellement basé sur les rapports de morbidité des établissements de premier niveau. Le traitement et l'analyse des données sont très centralisés, par conséquent, les données n'étaient disponibles qu'au niveau central.

Les difficultés de la diffusion de l'information et de rétro-information sont une des caractéristiques de ce système. Les rapports étaient transmis mensuellement au niveau central par l'intermédiaire des Bases de Santé Rurales (BSR). Les autres difficultés majeures se résument en diffusion des rapports produits et l'insuffisance de personnel qualifié pour le contrôle de la qualité des données.

#### *2<sup>ème</sup> période de 1995 à 1997*

Avec l'appui de la Banque Mondiale, le Ministère en charge de la santé a entrepris une réforme du secteur santé à travers les Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) et le Programme National de Développement Sanitaire, qui a mis en place un nouveau système, appelé le Système d'Information et de Gestion (SIG) pour évaluer les résultats. Le SIG comportait les informations de routine sur les activités de soins curatifs et préventifs, qui étaient collectées au niveau périphérique, reportées dans un rapport mensuel de morbidité et mortalité au niveau de la direction départementale, ensuite compilées sur support informatique, transmises à la région, puis au niveau central. Pendant cette période, le SIG a été successivement logé à la Direction de l'Information et de la Programmation Sanitaire (DIPS), puis à la Direction du Contrôle, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DCEIS).

#### *3<sup>ème</sup> période de 1998 à 2003*

Le Groupe de Travail sur l'Information Sanitaire (GTI) a adapté le SIG à l'évolution de l'environnement. Ainsi, les travaux du GTI ont abouti à l'élaboration de neuf (9) types de supports de collecte. Le SIG intégrait, d'une part les données des CHR et HG, d'autre part les données sur la gestion (finances, ressources humaines, médicaments, équipements et infrastructures). Un logiciel de base de données **SIGvision** a été élaboré et rendu opérationnel en 2000 afin de faciliter la gestion des données jusqu'au niveau des districts. Les équipements

informatiques prévus pour les districts sanitaires ont été acquis, installés et rendus fonctionnels par l'activation de l'Application nationale destinée à la gestion de la base de données du SNIS. Le SNIS s'est doté d'un Système d'Information et de Gestion (SIG) mis en place depuis 1995. Sa mission est de permettre l'évaluation des résultats du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Sa gestion a été confiée à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE). Sa mission comprenait la coordination de l'ensemble du système, la collecte des données en incluant le traitement et l'analyse puis la production et la diffusion de l'information stratégique. A l'instar des autres pays en voie de développement, le système d'informations sanitaires de la Côte d'Ivoire présente des faiblesses. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a donc traduit sa volonté politique de renforcer le SIS en redéfinissant le cadre institutionnel de la DIPE, Direction centrale du ministère ayant en charge la gestion du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS), à travers le décret n° 2014-554 du 1er octobre 2014, portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) qui crée organise la Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS).

Le document de politique nationale du Système d'Information Sanitaire en Côte d'Ivoire, élaboré en 2005, a donné les grandes orientations qui visent à assurer la disponibilité de données fiables, de bonne qualité et à temps pour la prise de décisions à tous les niveaux, en vue du bon suivi des indicateurs pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

### **1.2.2. Analyse de l'environnement de la DPPEIS**

Dans le cadre de notre stage de fin de formation, en vue de l'obtention du **MBA Gestion des Programmes de Santé (MBA-GPS)**, la Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (**DPPEIS**) a constitué notre cadre d'étude pour l'identification, la priorisation et la résolution du problème prioritaire de santé publique.

La DPPEIS est la résultante de la fusion de quatre structures du niveau central : (i) la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) ; (ii) la Direction de la Prospective et de la Planification stratégique ; (iii) le Service d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation (SASED) et (iv) la Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation (DPSE) du VIH/Sida.

### **1.2.3. Statut et missions de la DPPEIS**

Depuis 1995, le Système d'Information de Gestion (SIG) assure l'opérationnalisation du SNIS et collecte, traite, analyse les données provenant des structures sanitaires via les services déconcentrés (DDS/DRS) du Ministère et produit l'information sanitaire.

Le MSHP assure le leadership du management du Système National de l'Information Sanitaire à travers la DPPEIS [28]. Ses missions sont définies comme suit :

- Elaborer et de promouvoir un système d'évaluation épidémiologique en liaison avec les services concernés ;
- Assurer la production des statistiques sectorielles ;
- Assurer la conception et la mise en œuvre des études sectorielles ;
- Participer à l'élaboration des plans nationaux de développement et des Programmes d'investissement Publics ;
- Participer à la réalisation des programmes et projets sectoriels dédiés à la santé ;
- Vulgariser les nouvelles méthodes et approches en matière de planification sectorielle ;
- Assurer la coordination des activités des différentes structures du ministère en matière de statistiques, de planification, de programmation et de suivi-évaluation ;
- Prévoir et de réaliser les études nécessaires pour la planification sectorielle ;
- Définir les objectifs et les stratégies en matière de développement sectoriel ;
- Produire les statistiques et les indicateurs sectoriels nécessaires ;
- Assurer la pérennité et la production des statistiques sectorielles ;
- Assurer la programmation des investissements sectoriels en liaison avec les services concernés ;
- Elaborer les bilans semestriel et annuel d'exécution du plan national de développement et du programme d'investissement Public ;
- Assister les directions régionales et les directions départementales de la santé et de la lutte contre le Sida en matière de planification, d'organisation et de conduite des opérations de suivi et évaluation des activités sanitaires ;
- Elaborer les outils de gestion nécessaires au bon fonctionnement des services extérieurs ;
- Assurer la programmation du processus de décentralisation administrative ;
- Suivre et de fournir une assistance aux collectivités territoriales.

#### 1.2.4. Organisation et fonctionnement de la DPPEIS

La Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS) comprend quatre sous directions [28] :

- La Sous-direction de la Prospective et de la Planification (SDPP) ;
- La Sous-direction de l'information et de la Carte sanitaire (SDICS) ;
- La Sous-direction de l'Evaluation de l'Action Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique (SDEASSE) ;
- La Sous-direction d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation (SDASED).

Et deux services rattachés à la direction:

- Le Service de l'Informatique et de la Documentation (SID) ;
- Le Service Administratif et Financier (SAF) ;

La DPPEIS est chargée de produire le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) chaque cinq ans. Annuellement, elle fait la mise à jour de la carte sanitaire, boussole de la programmation des Projets d'Investissement Public (PIP) du Ministère. Elle produit également, à partir des données collectées et validées, les documents stratégiques tels que le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS), le rapport national de Suivi-Evaluation et de la surveillance épidémiologique. Ces documents constituent une masse critique d'informations stratégiques devant orienter la prise de décisions.

Le fonctionnement de la DPPEIS est assuré à partir du Budget Général de l'Etat. Le financement extérieur additionnel des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) est dédié aux activités de gestion du Système National de l'Information Sanitaire (SNIS).

Dans le but de renforcer le fonctionnement du Système de d'Information et de Gestion (SIG), la DPPEIS a réparti le territoire national en quatre (4) zones d'intervention. Chaque zone regroupant des régions et districts sanitaires, est confiée à la responsabilité d'un agent de Santé publique qui assure le suivi quotidien des activités en collaboration avec les Chargés de Surveillance Epidémiologique (CSE) du niveau opérationnel. A travers cette organisation, la DPPEIS coordonne la collecte, le traitement et l'analyse des données en collaboration avec les districts sanitaires. Son rôle au niveau des districts sanitaires, consiste à suivre le fonctionnement de l'application DHIS2, à coordonner l'apurement des différentes bases de données départementales, puis à assurer le contrôle-qualité des données saisies au district via la plate-forme web. Le processus d'intégration en cours de la masse de données issues du

système d'information médicale des CHU et du secteur privé va renforcer la qualité quantitative des données.

- **Organigramme de la DPPEIS**

L'organigramme de la DPPEIS n'est pas encore officialisé par un arrêté et donc non disponible à ce jour, mais on note qu'elle comprend quatre sous-directions selon le décret de création portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP).

### **1.2.5. Synthèse de l'analyse interne du SNIS et de la DPPEIS : Forces et faiblesses**

#### **1- Forces**

✓ La DPPEIS est la résultante de la fusion de quatre anciennes directions centrales ayant en charge la gestion de compartiments complémentaires du système national de l'information sanitaire. De cette fusion se dégage une synergie pour assurer la prospective, la planification, l'évaluation du système de santé à travers une gestion unifiée et harmonieuse des ressources dédiées à l'information sanitaire.

✓ Les partenaires au développement du SNIS et le Ministère se sont accordés sur l'adoption de DHIS2 pour constituer une base nationale unique, après 20 années de balbutiements autour du choix d'une application consensuelle, efficace et efficiente. C'est une occasion pour unifier les Bases de données. Cette option va permettre d'améliorer la qualité de l'information sanitaire en termes notamment de complétude et de promptitude.

✓ La DPPEIS bénéficie de l'appui technique et financier du PEPFAR et d'autres ONG du Fonds Mondial.

✓ Elle dispose d'outils informatiques performants avec une application fonctionnelle (DHIS2), déployée dans l'ensemble des régions et districts sanitaires du pays ; Les outils existants destinés à la collectes des données ont été révisés intégrant le volet communautaire ; le processus de paramétrage et de retro-saisie qui achève la transition du SIGvision au DHIS2 est quasiment achevé pour l'ensemble des districts sanitaires ;

✓ Une plateforme de communication téléphonique gratuite financée par les Partenaires Techniques et Financiers est fonctionnelle et facilite le lien direct entre les Chargés de la Surveillance Epidémiologique des districts et le niveau central (DPPEIS) ;

#### **2- Faiblesses**

✓ La DPPEIS ne dispose pas à ce jour d'un organigramme complet s'agissant notamment de nomination par arrêté des sous-directeurs et des chefs de services. Ceci crée une désorganisation et des départs de ressources humaines dédiées à la gestion de l'information sanitaire.

- ✓ L'essentiel du financement de la production de l'information stratégique en santé est soumis à la contribution extérieure des PTF. Or à ce jour, la vision du ministère pour l'autonomisation de ce financement n'est pas encore envisagée. Le retrait de ce financement pourrait paralyser le SNIS si l'Etat de Côte d'Ivoire ne pense pas à autonomiser les sources fiduciaires (comptabilité des finances et matériels destinés à la gestion du SNIS).
- ✓ La Connexion Internet n'est pas stable et régulière alors que la Plate-forme DHIS2 n'est fonctionnelle que par Internet et, il n'existe pas de ligne de Financement spécial pour la communication qui facilite le fonctionnement de DHIS2.
- ✓ Insuffisance de compétence locale (DDS/DRS) pour la maintenance de DHIS2 ;
- ✓ La faible complétude des données : les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), le secteur privé ainsi que les indicateurs de gestion des ressources humaines, matérielles et financières ne sont pas encore intégrés au SIG ;
- ✓ La faible diffusion de l'information stratégique produite par le SNIS

### 1.3 Identification et priorisation des problèmes de la DPPEIS et du SNIS

Au cours d'un panel organisé sur la base de **la technique du groupe nominal** à la SDICS, nous nous sommes entretenus avec les acteurs clés de la gestion du SIG. L'on s'est appuyé sur l'ensemble des hypothèses issues de l'analyse situationnelle qui a conduit au brainstorming afin d'énumérer les éventuels problèmes rencontrés dans la gestion de l'information sanitaire. La figure suivante, un modèle conceptuel de l'Institut de Recherche en Santé du CANADA, schématise le processus de priorisation par la technique du groupe nominal.



Source : M. COLLY, Cours, CESAG, 2014-2015 [29]

Figure 3 : modèle conceptuel de la technique du groupe nominal

**NB.** Une adaptation de ce modèle conceptuel a été nécessaire afin de prendre en compte l'ensemble des problèmes énumérés par les participants. Au lieu donc de 5 points par personne ressource, nous avons attribué à chaque participant 8 points à répartir sur l'ensemble des items. Cette adaptation a permis de placer tous les présumés problèmes au même degré d'importance avec une cotation de 1 par item avant le vote pondéré.

### **1.3.1 Déroulement du Brainstorming**

Pour le brainstorming, il a été constitué un groupe de cinq (05) responsables clé identifiés comme « Personnes Ressources » (PR). Ces responsables participent au processus de prise de décision dans leurs services respectifs. Ce sont les 4 sous-directeurs et le chef du service informatique ayant en charge l'encadrement des membres de la Cellule d'appui Technique au Système d'Information Sanitaire (CATSIS).

Le résultat du brainstorming est le suivant :

1. Collecte non exhaustive des données des établissements sanitaires ;
2. Les données ne sont pas de qualité en termes d'exactitude ;
3. Rupture fréquente des supports de collecte ;
4. Transmission incomplète des rapports d'activités ;
5. L'utilisation insuffisante de l'Information sanitaire par les instances décisionnelles ;
6. Traitement et analyse insuffisants des données ;
7. Retard de production des rapports annuels sur la situation sanitaire et des documents de stratégie ;
8. Retard de diffusion ou la non-diffusion des documents de politiques et de stratégie.

### **1.3.2 Déroulement du groupe nominal - vote de priorisation**

La priorisation des problèmes s'est faite avec les cinq « Personnes Ressources » (PR) identifiées pour le panel. Nous avons attribué pour cet exercice, à chaque participant un total de huit (8) points qui devrait être reparti par vote sur l'ensemble des problèmes énumérés lors du Brainstorming. Chaque problème a eu la même probabilité d'être désigné comme prioritaire. A la fin de l'exercice, un problème devrait se dégager prioritairement du lot par le nombre de points cumulés. Le problème ayant obtenu le plus grand cumul de points est considéré comme prioritaire.

Les critères retenus pour l'attribution des notes lors du vote de priorisation des différents problèmes ont été soumis aux participants. Ainsi, le choix du problème prioritaire s'est fait selon les critères ci-après énoncés :

- **la gravité du problème** : ce qui est en rapport avec les différentes conséquences de sa non résolution ;
- **la perception du problème** : repose sur la manière dont les prestataires perçoivent l'évidence du problème.
- **L'ampleur du problème** : se réfère à l'étendue du problème avec son importance dans la structure, au niveau national. Elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact ;
- **la solvabilité du problème** : c'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens dont dispose la DPPEIS et/ou le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Le tableau ci-dessous représente le diagramme de priorisation des problèmes :

**Tableau I:** diagramme de priorisation des problèmes

| Résultat du brainstorming   | Note des acteurs clés |          |          |          |          | Total     |
|---|-----------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|   | *PR1                  | PR2      | PR3      | PR4      | PR5      |           |
| Collecte non exhaustive des données des établissements sanitaires                                   | 1                     | 2        | 1        | 1        | 3        | 8         |
| Les données ne sont pas de qualité en termes d'exactitude   | 0                     | 1        | 1        | 0        | 2        | 4         |
| Rupture fréquente des supports de collecte  | 1                     | 0        | 0        | 0        | 0        | 1         |
| Transmission incomplète des rapports d'activités  | 1                     | 2        | 1        | 1        | 1        | 6         |
| L'utilisation insuffisante de l'Information sanitaire par les instances décisionnelles              | 3                     | 2        | 2        | 2        | 1        | 10        |
| Traitement et analyse insuffisant des données   | 1                     | 1        | 1        | 1        | 0        | 4         |
| Retard de production des rapports annuels sur la situation sanitaire et des documents de stratégies | 1                     | 1        | 1        | 1        | 1        | 5         |
| Retard de diffusion ou la non-diffusion des documents de politiques et de stratégies                | 1                     | 1        | 1        | 1        | 1        | 5         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>8</b>              | <b>8</b> | <b>8</b> | <b>8</b> | <b>8</b> | <b>40</b> |

Source : nous même

Il découle du processus de priorisation qu'il existe un problème d'exhaustivité des données et un problème concernant l'utilisation de l'Information sanitaire par les instances décisionnelles. Selon les notes de vote en tenant compte de **la gravité, la perception, l'ampleur et la solvabilité du problème**, l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire récolte dix (10) points contre l'exhaustivité des données avec 8 points. Ainsi notre problème prioritaire est **l'utilisation insuffisante de l'Information sanitaire par les instances décisionnelles**. C'est

ce qui a motivé le thème de notre étude intitulé « **Contribution à l'amélioration de l'utilisation de l'Information sanitaire pour la prise de décision au MSHP** ».

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

Dans ce chapitre, il s'agit pour nous de situer notre étude dans son contexte, poser le problème, le justifier, montrer l'intérêt de l'étude, le cadre conceptuel et définir les concepts en rapport avec l'étude.

### **2.1- Problématique**

L'éthique en santé publique voudrait que toute politique de santé soit soutenue par une collecte continue et régulière de données socio-économiques et sanitaires de qualité, sur la base d'indicateurs, avec des tableaux de bord destinés au suivi des performances. Ces données permettent de produire régulièrement des informations qui rendent compte de l'état de santé des populations et des communautés en charge.

La problématique à laquelle les Etats Membres de l'OMS sont confrontés est que même si les statistiques sanitaires collectées constituent une solide source d'informations sur la santé publique mondiale, leur utilisation n'est pas optimum dans tous les pays. Toute chose qui pourrait limiter l'efficacité des systèmes de santé à prendre en charge les populations.

En Côte d'Ivoire, selon les résultats de l'évaluation du système d'information sanitaire de routine 2012, le taux d'utilisation de l'information sanitaire produite par le SIG pour la prise de décision est en deçà des 50%. Le niveau district affiche 46% de promotion de l'utilisation de l'information. Le niveau intermédiaire utilise l'information à hauteur de 24% et ce taux au niveau central est de 33%. Ces trois niveaux ont une moyenne de 34% en promotion de l'utilisation de l'information sanitaire [7].

Au regard de cette faible utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel et les conséquences que cela pourrait avoir sur l'orientation de l'action sanitaire, la planification judicieuse des rares ressources disponibles et sur la prise en compte adéquate des besoins de santé, il convient de trouver une alternative pour optimiser l'utilisation de l'information afin d'améliorer le bien-être des populations. Mais, la question est de savoir comment arriver à améliorer ou plutôt à optimiser l'utilisation de l'information pour la prise de décisions stratégiques ?

### **2.2- Contexte et justification de l'étude**

Depuis plusieurs années, les appels des responsables des organismes des Nations Unies et des partenariats mondiaux pour la santé en faveur de données sanitaires plus nombreuses et de meilleure qualité se font de plus en plus pressants.

Cela est justifié, car des données exactes et exhaustives sont essentielles pour prendre des décisions pertinentes en matière de dépenses de santé, pour répondre aux besoins particuliers de chaque pays dans le domaine de la santé et pour mesurer les progrès et les répercussions des programmes de santé.

Les partenaires internationaux et les donateurs (GAVI, Fonds Mondial, PEPFAR, USAID, etc.), ainsi que les ministères des finances des différents pays, ont besoin de données factuelles plus solides montrant que les investissements dans le domaine de la santé portent leurs fruits. Car le soutien des PTF à l'action sanitaire, dans les pays en développement, est généralement conditionné par des résultats mesurables à partir des données collectées. C'est d'ailleurs par rapport à cette vision que le Réseau de Métrologie Sanitaire (RMS) entreprend régulièrement des évaluations des Systèmes d'Information Sanitaire. Ces évaluations ont pour but de ressortir les insuffisances et d'aider les pays concernés à élaborer des plans stratégiques visant à l'amélioration de la qualité desdits systèmes de santé pour une meilleure atteinte des objectifs définis.

Ainsi, l'information n'est en elle-même utile au développement socio-économique d'un pays que lorsqu'elle sert à prendre des décisions stratégiques pour orienter la gouvernance.

La santé est un élément central du nouvel ensemble d'Objectifs de Développement Durable (ODD) dans le monde. Plus que jamais, pour mener à bien ce programme ambitieux de développement durable du secteur de la santé, les pays devront être capables de démontrer où et comment ils la font progresser. Cela signifie que chaque pays doit disposer de système d'information sanitaire solide et fiable, fondement de processus décisionnels éclairés. Ces décisions fondées sur des bases factuelles doivent pouvoir impulser le complet bien-être recherché par les gouvernants et les populations.

C'est pourquoi, les pays doivent pouvoir générer leurs propres données afin d'assurer un suivi des programmes de santé et de faire l'état des progrès enregistrés. Ce qui suppose a fortiori d'avoir un SIS performant qui produise une information sanitaire de qualité et des décideurs soucieux d'en faire une utilisation optimale.

Les pays et les partenaires au développement n'ont pas encore judicieusement investi dans la mise au point de systèmes d'information pérennes rassemblant les données sanitaires et les mettant en temps réel à la disposition de tous ceux qui en ont besoin.

La Côte d'Ivoire, pays en développement, n'échappe pas à cette réalité. Elle a un Système d'Information et de Gestion (SIG) instable depuis son institution et sa mise en fonction en 1995.

Les différentes évaluations qui sont intervenues ont permis des réformes internes importantes de son Système d'Information Sanitaire, mais le système de santé ivoirien n'est pas encore parvenu à produire des données de qualité notamment en termes de complétude, de promptitude et d'exactitude, qui favorise leur bon usage pour la prise de décision. Face à cette réalité, la problématique est de rechercher « **comment contribuer efficacement à améliorer l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel ?** »

### **2.3- Intérêt de l'étude**

L'OMS fait noter que **plus des deux tiers de la population mondiale** vit dans des pays qui ne produisent pas de statistiques fiables sur la mortalité en fonction de l'âge, du sexe et de la cause de décès, l'un des indicateurs sanitaires les plus importants pour comprendre les priorités d'un pays dans le domaine de la santé. Autrement dit, dans la plus part des pays en développement, des données de mauvaise qualité sont utilisées pour prendre des décisions tant sur l'affectation de ressources sanitaires limitées, que sur la prise en charge des populations selon le sexe, l'âge et les causes de décès. Prendre des décisions en se basant sur des faits permet d'être dans les réalités routinières de la santé des populations en charge.

#### **✓ Pour le Ministère de la santé**

Cette étude va mettre à la disposition du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique un guide pratique d'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel. Elle permettra également au Ministère de prendre les meilleures décisions notamment en matière d'orientation des ressources et de définir des missions pragmatiques pour les directions opérationnelles. L'outil qui sera proposé va permettre d'avoir une meilleure visibilité dans le suivi de l'action sanitaire au niveau national.

#### **✓ Pour les directions centrales du ministère**

Les directions centrales constituent la cheville ouvrière du cabinet ministériel dans le cadre de la coordination et de la mise en œuvre du programme gouvernemental en matière de santé. Cette étude va les aider à programmer des activités opportunes et efficaces basées sur les faits de santé.

Particulièrement pour la DPPEIS, et conformément à ses missions définies dans le décret n° 2014-554 du 1er octobre 2014, portant organisation du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, cette étude lui permettra d'assurer efficacement la conception et la mise en œuvre des études sectorielles. Disposant d'informations fiables, elle pourra participer avec efficacité à

l'élaboration des plans nationaux de développement et des Programmes d'investissement Publics ainsi que la réalisation des programmes et projets sectoriels dédiés à la santé.

✓ **Pour le CESAG**

Cette étude va contribuer au renforcement des enseignements du SIS au CESAG. Elle va permettre aux stagiaires du CESAG de comprendre le fonctionnement du SIG dans le SNIS de la Côte d'Ivoire.

✓ **Pour le stagiaire**

Cette étude a renforcé les capacités du stagiaire en matière de gestion du SIS et de l'utilisation de l'information sanitaire dans un processus décisionnel. Elle a permis au stagiaire de confronter la théorie et la pratique en matière de gestion de l'information et des décisions stratégiques.

## **2.4- Revue de la littérature**

Amina MAHARRAR, citant un célèbre Banquier, dans son mémoire de Magister en Science de Gestion, écrit ceci : « *Le SI est au cœur du métier bancaire, notre SI c'est notre usine, s'il s'arrête tout s'arrête* ». Le Système d'Information représente vraiment le cœur de l'organisation interne, il gère l'information dans tous les niveaux et dans toutes les fonctions, cette information est celle qui représente le moyen primordial pour la prise de décision [30].

Faisant partie intégrale du système de santé, le système d'information sanitaire (SIS) génère des informations à partir des données de routine et non routières, pour mesurer les changements qui surviennent dans la santé des populations et le développement du système de santé et/ou de tout projet/programme de santé. De plus en plus, le système de santé doit être à l'écoute de son environnement pour anticiper les changements et adapter son fonctionnement. La capacité du SIS à orienter les décisions sur les problèmes de santé et à contribuer à l'amélioration du processus de résolution des problèmes au sein de toute organisation de santé, établit son utilité dans le management du système de santé. Il s'agit de l'utilisation optimale de l'information produite et traitée afin d'améliorer la performance du système de santé. Mais pour être exploitée et utilisée, l'information doit parvenir dans les meilleurs délais à son destinataire. Il faut donc que l'information produite soit diffusée à temps, soit à travers des supports papiers, soit à travers des supports numériques qui garantissent la possibilité de toucher le maximum d'interlocuteurs et d'utilisateurs potentiels. Mais tout cela tient à la culture de l'information et de son utilisation dans un système de santé.

Selon Amina MAHARRAR [30] la culture de l'organisation est définie comme l'ensemble des valeurs et des croyances partagées à l'intérieur de cette organisation-système, et qui contribue

à faire des normes de comportement. Ainsi selon lui, il y a une relation étroite entre système d'information et culture de l'entreprise, deux filtres de l'information qui doivent être cohérents. En dernière analyse, on peut dire que les systèmes d'information sont le reflet des mentalités et de la culture organisationnelle. Si les acteurs du système de santé n'ont pas une bonne culture de l'information, de sa qualité et de son utilisation au sein de l'organisation, ils ne sauront pas quoi produire comme données sanitaires, quelles analyses il faut en faire pour générer quels types d'informations pour quelles décisions. Selon Amina MAHARRAR [30], l'analyse de la relation information - décision permet d'utiliser les typologies de la décision pour caractériser les informations qui lui sont nécessaires et mieux caractériser ainsi les systèmes d'information correspondants. L'information nécessaire à chaque type de décision aura des caractéristiques différentes selon les niveaux de décision considérés. L'appréciation de la qualité d'une information dépendra donc de type de décision qu'elle permet.

Ainsi, l'utilisation de l'information sanitaire pour orienter la décision et l'action sanitaire fonde les raisons de sa production. Mais pourquoi est-il nécessaire de fonder l'action sanitaire sur l'information ?

Pour répondre objectivement à cette question, il convient de prendre en compte les méthodes de validation des soumissions aux financements internationaux des pays récipiendaires des fonds de développement sanitaire.

En effet, les Partenaires Techniques et Financiers, conformément à la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005) [31], se concertent au sein des plates-formes de coopération pour décider de la répartition des ressources allouées aux pays demandeurs de financement de leurs projets/programmes de développement sanitaire. A cela il faut ajouter les exigences du principe de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et du Financement Basé sur la Performance (PBF) [32]. Afin de mieux suivre et évaluer les performances des systèmes de santé des pays récipiendaires, les partenaires au développement discutent également au sein de ces plates-formes de coopération internationale, du mode d'absorption des fonds mis à la disposition des systèmes de santé.

Les fonds mis à la disposition des systèmes de santé par les PTF servent au renforcement du cadre institutionnel des systèmes de santé et à financer les stratégies de lutte contre la maladie. Dans ce contexte, les données collectées régulièrement sur les actions menées constituent les seuls moyens de suivi des performances.

En Afrique, selon le rapport général issu de la rencontre annuelle conjointe des responsables des SNIS et de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR)<sup>1</sup> avec les PTF de l'espace CEDEAO, en mai 2015, la récente épidémie d'Ebola a mis à nu les insuffisances dans les systèmes de santé et de surveillance dans les pays membres de la CEDEAO, y compris dans leur système de gestion de l'information. L'un des aspects positifs de cette crise, c'est que l'épidémie Ebola a suscité une énorme prise de conscience sur l'importance de l'information sanitaire et a rapproché les 15 pays et les Partenaires Techniques et Financiers pour examiner les besoins communs en matière d'interopérabilité, d'intégration de la gestion des données et de bon fonctionnement des Systèmes d'Information Sanitaire. Cette attitude témoigne de la reconnaissance de l'importance des SIS dans le renforcement global des systèmes de santé. Pour cela, les pays passant de la riposte aux épidémies à la planification à long terme se doivent de concevoir des systèmes d'information sanitaire durables à long terme et en fonction de leurs besoins afin d'anticiper sur ces ripostes et les moyens pour y faire face.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) ont signé un mémorandum d'accord définissant les domaines dans lesquels ils vont collaborer pour améliorer la qualité et l'utilisation des estimations sanitaires mondiales, afin de mesurer les problèmes de santé dans le monde [33]. En d'autres termes, l'utilisation appropriée de l'information sanitaire permet non seulement de mesurer les problèmes de santé, mais aussi d'orienter efficacement l'action et les ressources là où les besoins sont réellement identifiés. Selon le Dr Marie-Paule Kieny, Sous-Directeur général à l'OMS pour le Groupe Systèmes de santé et innovation, «des statistiques sanitaires exactes sont le fondement d'un bon système de santé» [33]. Elle explique en disant que « quand nous savons ce qui rend les gens malades et pourquoi ils meurent, nous savons où il faut engager les ressources ».

Mais les pays Africains, en particulier subsahariens, disposent rarement de données sanitaires complètes pour toutes les populations, selon les tranches d'âge, le sexe et toutes les années. Même lorsqu'elles existent, elles ne sont pas toujours directement comparables d'une année à l'autre parce qu'elles proviennent de sources diverses, comme des projets de recherche, des enquêtes sur les ménages ou des dossiers des hôpitaux, et les résultats peuvent varier sensiblement [33]. Toute chose qui rend leur utilisation hypothétique pour prendre des décisions stratégiques globales.

---

<sup>1</sup> Rencontre annuel conjointe des responsables des systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) et de la surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) avec les partenaires techniques et financiers de l'espace CEDEAO

Certains pays qui ont connu l'évaluation de la performance de leur système d'information sanitaire se comportent différemment vis-à-vis de l'utilisation de l'information sanitaire.

En Côte d'Ivoire, les résultats de l'évaluation du Système d'Information Sanitaire de Routine réalisés en 2012 ont permis d'apprécier le score global de la promotion de l'utilisation de l'information : les établissements étaient à 16%, les districts avaient un niveau de promotion à l'utilisation de 46%, les régions sanitaires sont à 24% et le niveau central avait 33%. La fréquence de la supervision reste irrégulière à cause de l'insuffisance de ressources financières. Des gaps ont été observés au niveau de la transmission de la rétro information malgré l'existence d'un format de retro information et dans une moindre mesure pour l'aide à la prise de décision qui est un bon levier pour augmenter l'utilisation de l'information. Les directives pour l'utilisation dans les districts et les établissements de soins étaient respectivement évaluées à 11% et de 39%. Tandis que les exemples de bonnes pratiques à l'utilisation étaient de 5% et 11% pour les mêmes entités.

**Tableau II : Promotion de l'utilisation de l'information : DPPEIS, District, Région, 2012**

| <b>Libellé utilisation de l'information</b>  | <b>Districts</b> | <b>Régions</b> | <b>DPPEIS</b> |
|--|------------------|----------------|---------------|
| Plan d'action montrant la prise de décisions basée sur le SISR   | 68%              | 25%            | 100%          |
| Transmission de directives sur l'utilisation de l'information  | 39%              | 0%             | 0%            |
| Documents publiés montrant une bonne utilisation de l'information  | 11%              | 25%            | 0%            |
| Documents montrant une utilisation de l'information pour plaidoyers  | 17%              | 0%             | 0%            |
| PV de réunions montrant que les responsables des structures de santé sont présents pour discuter de la performance du SISR | 63               | 25%            | 0%            |
| Exemples fournis sur l'utilisation de l'information du SISR pour la gestion  | 78%              | 67%            | 100%          |
| <b>Score global de la promotion constatée de l'utilisation</b>   | <b>46%</b>       | <b>24%</b>     | <b>33%</b>    |

**Source : Measure Evaluation, PRISM 2012**

La moyenne arithmétique du score global de la promotion constatée de l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus de prise de décision, concernant les trois niveaux stratégiques (district, région et central) est de 34%.

En résumé, il n'existe pas à tous les niveaux de la pyramide du SNIS, une bonne culture de promotion de l'utilisation de l'information. Or, selon notre analyse de la revue de littérature, il

y aurait une étroite relation entre culture de l'utilisation de l'information au sein de l'organisation, et les caractéristiques de l'information produite.

## **2.5- But de l'étude**

Cette étude a pour but de contribuer à l'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire dans l'optique d'une meilleure planification des interventions en santé.

## **2.6- Objectifs de l'étude**

### **2.6-1. Objectif général**

Contribuer à une utilisation optimale de l'information sanitaire pour une prise en charge de qualité des populations en Côte d'Ivoire.

### **2.6-2. Objectifs spécifiques**

- Evaluer le mode d'utilisation de l'information sanitaire produite par le SIG aux niveaux district, intermédiaire et central de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire ;
- Evaluer le processus de prise de décision et de planification de l'action sanitaire à ces différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Proposer un modèle d'optimisation de l'utilisation de l'information de qualité pour une prise en charge adéquate des besoins de santé populations en Côte d'Ivoire ;
- Formuler des recommandations.

## **2.7- Cadre conceptuel**

Dans le cadre conceptuel, certains aspects de l'étude permettant de bien comprendre la genèse et le fonctionnement du SNIS sont abordés.

### **2.7-1. Définition des concepts**

Dans une perspective générale, un système est un dispositif ou ensemble d'éléments inter-reliés ayant une fonction déterminée. Ce dispositif, cohérent dans son agencement, s'appuie sur des méthodes et des procédures organisées qui concourent au même résultat ou au même but. Conformément au postulat de fonctionnement d'un système cette définition est adaptée au Système d'Information.

Un système d'information est un système qui fournit un support d'information au processus de prise de décision à tous les niveaux d'une organisation » (Hurtubise, 1984).

Ainsi, le Système d'Information Sanitaire (SIS) est un système qui fournit un support d'information pour le processus de prise de décision à chaque niveau du système de santé. Un

système d'Information Sanitaire est donc un ensemble logique avec ses méthodes et procédés qui fonctionnent de façon intégrée pour la finalité commune du système de santé. Il assure la collecte de données sur l'état de santé, les interventions et les ressources. Le SIS n'est pas statique, il suit un processus continu d'adaptation en fonction des pressions internes et externes.

✓ **Système**: un ensemble de composants/éléments qui travaillent ensemble pour atteindre un but ;

✓ **Système d'information** : Un système d'information est un système qui fournit un support d'information au processus de prise de décision à tous les niveaux d'une organisation » (Hurtubise, 1984) ;

✓ **Système d'information sanitaire** : Selon les systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, on peut définir **un système d'information sanitaire** comme un processus intégré de collecte, de traitement, de notification et d'utilisation de l'information pour influencer l'élaboration des politiques, l'exécution des programmes et la recherche. En somme, c'est un système qui fournit un support d'information pour le processus de prise de décision à chaque niveau du système de santé ;

✓ **Système National d'Information Sanitaire** : Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est un ensemble d'éléments et de procédures étroitement liés ayant pour but de fournir des renseignements et des informations sanitaires permettant de surveiller l'état et les services de santé d'un pays, afin d'améliorer l'administration et les décisions concernant la gestion des soins de santé publique à tous les niveaux. En Côte d'Ivoire, il a pour but essentiel de guider la prise de décisions stratégiques, d'appuyer la planification et la gestion des programmes, de suivre la performance du système de santé et de permettre une évaluation périodique des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs tant nationaux qu'internationaux ;

✓ **Données sanitaires** : ce sont des faits bruts de santé (non traités) collectés formant les bases de notre connaissance sur un objet ou un phénomène de santé ;

✓ **Information** : produit de la transformation des données par addition d'ordre, de contexte et de but. L'information est issue de l'analyse des données brutes compilées ; elle est multivariée et multicritère. (exemple : la **variable** : « accouchement » peut être étudiée avec l'état morbide : « anémie sur grossesse » ; **critère de jugement de l'accouchement** : vivant; mort-né ; au centre de santé; par césarienne; à domicile etc...). La variable « **accouchement** » croisée avec l'état morbide « **anémie sur grossesse** » donnerait

l'information suivante: 60% des femmes enceintes qui ont eu une **anémie sur grossesse** et qui ont **accouché à domicile** ont fait des **mort-nés**.

✓ **Compliance** (complétude interne des variables): selon le dictionnaire électronique français « **36 dictionnaires et recueils** », la compliance est le rapport entre volume d'un réservoir élastique et la pression du fluide qu'il contient. C'est également le comportement qui consiste à suivre correctement les prescriptions d'utilisation des médicaments.

Dans le contexte de l'étude, c'est le rapport entre le nombre d'indicateurs effectivement renseignés (numérateur) et la complétude des indicateurs à renseigner dans le SIG (dénominateur).

✓ **Complétude** : caractère de ce qui est complet. Propriété d'une théorie déductible qui ne renferme pas de propositions inductibles.

Dans le contexte de l'étude, la complétude est le rapport entre le nombre de rapports effectivement reçus (numérateur) et le nombre de rapports attendus (dénominateur).

✓ **Promptitude** : selon le dictionnaire des indicateurs, Taux de promptitude des rapports le nombre de rapports mensuels transmis par les établissements sanitaires dans les délais (selon le chronogramme) rapporté au nombre total des rapports mensuels attendus des mêmes établissements sanitaires.

### **Déterminants de qualité des données sanitaires**

Le SIS produit des données issues des activités de routine et non routinières. Toutes ces données sont soumises à des normes de qualité arrêtées de façon consensuelle au niveau national. Malheureusement, dans beaucoup de pays en développement, les systèmes d'information de routine (SISR) fonctionnent mal et sont inadéquats pour fournir des informations fiables nécessaires à la prise de décisions.

Il existe six (06) critères essentiels généralement admis qui permettent de juger de la qualité d'une donnée collectée :

- a. Son Exactitude ou Validité ;
- b. Sa Fiabilité ;
- c. Sa Précision ;
- d. Son Exhaustivité/Complétude ;
- e. La Promptitude de transmission ;
- f. Son Intégrité.

Lorsque le SIS ne collecte pas des données de qualité, il est évident que l'information issue de leur analyse ne conviendra pas à la prise de décision.

### **2.7-2. Organisation du Système National de l'Information Sanitaire**

L'organisation du système de l'information sanitaire est calquée sur celle du système de santé du pays lui-même structuré en pyramide de trois niveaux. Le rôle du SIS varie selon le niveau de cette pyramide sanitaire :

✓ **Les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC)** constituent le premier niveau du SNIS où s'effectue la collecte des données avec des outils primaires (Centre de santé, Formation Sanitaire). Leur action consiste à l'intégration des données primaires issues des soins individuels, des interventions à base communautaire.

✓ **Le District Sanitaire** est le niveau opérationnel du SNIS. C'est l'administration en déconcentré qui s'occupe de la vérification de la qualité des données issues des Etablissements Sanitaires de Premiers Contact (ESPC), de leur compilation et de l'analyse au niveau local. Le district apporte un appui à la planification et à la gestion des structures de santé de son aire. Le contrôle de la qualité des données assuré par le Responsable du Suivi-Evaluation du district est axé sur l'exactitude/Validité, la fiabilité, la précision, l'exhaustivité/Complétude, la promptitude et l'intégrité de la donnée transmise dans le rapport mensuel de l'établissement de soins. Le District constitue en cela le premier niveau de vérification et de validation des données sanitaires.

✓ **L'Hôpital Général** constitue dans la pyramide de soins, le premier niveau de référence du système de santé ivoirien. Les données issues de la gestion du laboratoire, du centre d'imagerie médicale, de la pharmacie, des hospitalisations et autres soins directs sont traitées par le Service de l'Information Médicale (SIM) de l'hôpital puis transmises au bureau du district à travers le rapport mensuel d'activités et de morbidités B1. En tant que Hôpital du District, les médecin-Chefs des services de soins participent, en collaboration avec l'Equipe Cadre du District (ECD) à la supervision des ressources humaines de santé des ESPC.

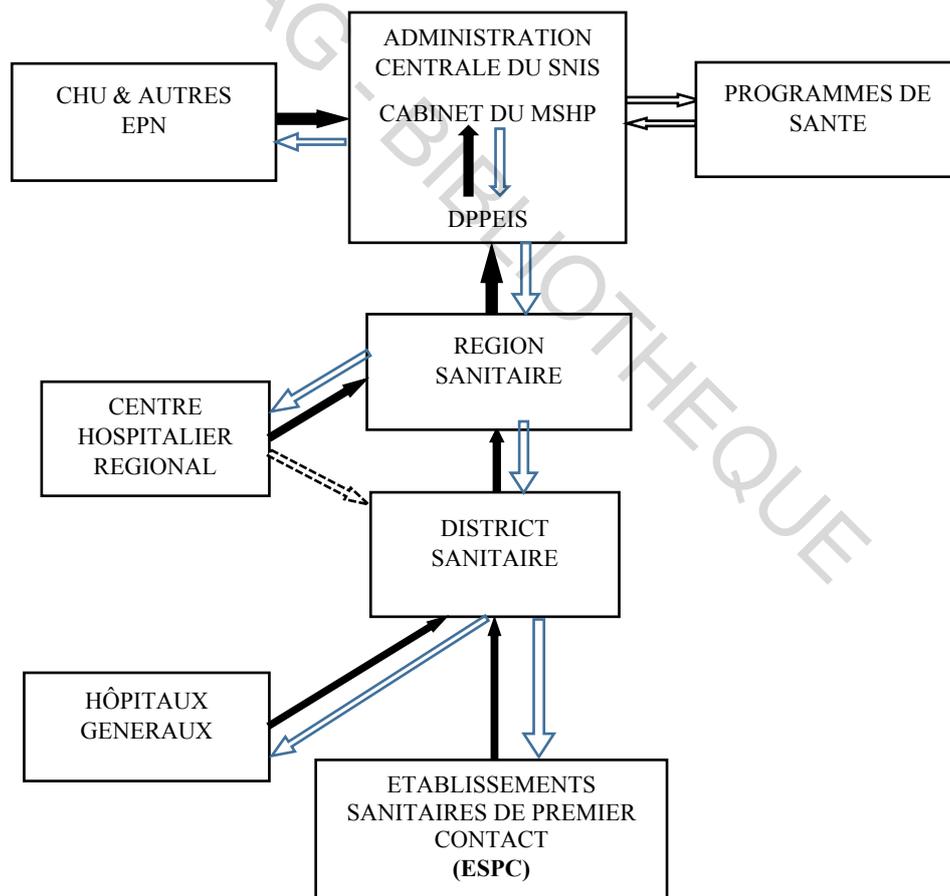
✓ **La région sanitaire** reçoit sous la forme électronique les données des districts de son aire sanitaire. C'est le deuxième niveau de validation des données issues des districts. Elle compile et analyse les données issues des districts sanitaires pour le suivi local de certains indicateurs prioritaires. A ce niveau, il n'y a plus de saisie ni de possibilité de modification des données compilées.

✓ **L'Hôpital Régional** constitue dans la pyramide de soins, le deuxième niveau de référence. Les données issues de la gestion du laboratoire, du centre d'imagerie médicale, de la pharmacie, des hospitalisations et autres soins directs sont traitées par le Service de l'Information Médicale (SIM) de l'hôpital puis transmises au bureau du district à travers le rapport mensuel d'activités et de morbidités C1.

✓ **Le niveau central** assure la coordination du SIS dans son ensemble. Le SIS fait le suivi de la performance des programmes/projets nationaux et objectifs mondiaux (OMD, ODD, PEPFAR, Accès Universel. Etc...).

### 2.7-3. Circuit de l'information sanitaire

Le circuit de transmission officielle des données défini par la politique nationale de l'information sanitaire est de type classique respectant la pyramide sanitaire du pays (voir schéma).



Sources : nous-même, adaptation document de politique SNIS

Figure 4 : circuit de l'information sanitaire

Le circuit classique de transmission des données se fait des Etablissements Sanitaires de Premier Contact vers les Districts, puis du district sanitaire à la région. Les Hôpitaux Généraux transmettent leurs rapports d'activités et de morbidités au district. Les CHR transmettent à leur tour les rapports d'activités de gestion à la Direction Régionale. Cependant, les données épidémiologiques et de morbidités sont envoyées au district du chef-lieu de région pour être intégrées au SIG. Les directions régionales transmettent les données compilées issues des districts de leur aire sanitaire, en support électronique, à l'administration centrale du SNIS. Les CHU et les autres EPN qui ne sont pas encore intégrés au SIG, sont chargés d'adresser leurs rapports d'activités à l'administration centrale du SNIS (DPPEIS). Entre les Programmes de santé et la direction centrale du SNIS, il existe une plate-forme d'échange sur l'information produite afin de favoriser le développement en commun des stratégies d'intervention et de riposte aux épidémies.

Avec la plate-forme DHIS2, la transmission du district sanitaire au niveau central est automatisée. Elle se fait dès lors que les données ont subi tout le processus de compilation et de validation au Centre de Surveillance Epidémiologique (CSE) du district sanitaire.

#### **2.7-4. Processus de collecte et d'analyse des données de santé**

Dans ce processus, la gestion des données se réalise en termes de collecte, traitement, analyse, transmission et de diffusion, puis d'utilisation pour la prise de décision.

Pour la gestion de la masse d'informations et d'indicateurs nationaux de santé, la DPPEIS dispose d'applications au niveau national: un logiciel de base de données DHIS2 pour faciliter la gestion des données issues des districts et régions sanitaires ainsi que du niveau central. L'application **SIGvision** en vigueur avant 2014, a été remplacée par le DHIS2 suite aux insuffisances constatées dans ses fonctionnalités. L'application SIGDEP développée pour le suivi des patients VIH, et interfacée avec le DHIS2, est déployée à ce jour sur des sites de prise en charge. A travers ces outils, la collecte des données sur les activités de santé se fait de façon routinière et le rapportage se fait mensuellement sur supports SIG. A cet effet, les registres d'enregistrement des actes de santé (consultations, laboratoire etc.) constituent les outils primaires du processus et les supports de rapportage sont au niveau secondaire de la collecte des données.

#### **2.7-5. Intérêt de l'information sanitaire**

En termes de gouvernance, le système d'information sanitaire constitue l'un des six piliers du système de santé. En effet, une bonne gouvernance n'est possible que si l'on dispose

d'informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier, nécessitant de disposer ces informations en temps voulu. C'est pour quoi la principale raison d'être de l'information stratégique est de documenter la définition et la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des programmes à tous les niveaux du système de santé, avec les ressources disponibles à cet effet.

#### **2.7-6. Intérêt de l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel**

Les plans d'action des organisations et des programmes de santé sont structurés selon des axes d'intervention. Les données collectées et rendues disponibles sur chaque axe d'intervention permettent de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs programmatiques. Ainsi la capacité d'un SIS à collecter les données et à produire l'information dans un but d'amélioration des performances, établit son utilité dans la conduite des programmes du point de vue sanitaire. En effet, l'utilisation optimale de l'information sanitaire permettra au secteur de la santé de travailler plus efficacement à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des populations, et de répondre plus objectivement aux besoins de santé émergents. L'utilisation de l'information prend en compte la gestion des contre-performances de l'économie nationale, qui touchent la santé, l'identification des goulots d'étranglement et la meilleure organisation des réponses (par exemple, la riposte aux épidémies et les questions de planification).

Cependant, lorsque le SIS d'un pays ne parvient pas à produire une information sanitaire de qualité, celle-ci ne peut être utilisée pour orienter efficacement la politique sanitaire du pays en question. Compte tenu donc de l'impact de l'information sanitaire sur la gouvernance et le développement du système de santé, il est plus que nécessaire d'assurer la qualité des données et leur bon usage afin de garantir l'efficacité et l'efficience des décisions quel que soit le niveau de développement d'un pays.

#### **2.7-7. L'utilisation de l'information sanitaire, facteur de crédibilité dans la gouvernance du système de santé**

Nous insistons sur le fait que s'appuyer sur l'information sanitaire pour la gouvernance du système de santé permet de prendre des décisions objectives, fondées sur des bases factuelles. Elle permet alors une meilleure planification et l'affectation adéquate des ressources (matérielles, financières et humaines) ; elle fonde la programmation et la responsabilité comptable [3]. L'utilisation optimale de l'information sanitaire est donc un critère de jugement de la bonne gouvernance du secteur de la santé et permet de travailler plus efficacement à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des populations, et de répondre plus

objectivement aux besoins de santé émergents. Les pays qui s'appuient sur l'information pour décider sont plus performants et bénéficient de la confiance des partenaires techniques et financiers, car c'est le seul moyen d'optimiser l'utilisation efficace des ressources disponibles.

### **2.7-8. Mode d'utilisation de l'information sanitaire et processus de prise de décision**

L'information sanitaire produite par le SIS est la matière qui rend compte des performances du système de santé. L'information stratégique en santé dans ce contexte, est contenue dans les rapports d'activités ainsi que dans les documents qui orientent la politique sanitaire nationale (document de Politique nationale de la santé, Plan National de Développement Sanitaire, Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire, Carte Sanitaire etc.). Ces documents retracent les buts et objectifs stratégiques nationaux et internationaux en matière de politique sanitaire et de ressources disponibles pour sa mise en œuvre. Ils publient également les résultats d'évaluations des interventions ciblées des Plans Pluri Annuels. Ainsi, utiliser l'information sanitaire dans le processus décisionnel revient à exploiter ces documents qui orientent l'action sanitaire au niveau national, à tous les niveaux de la pyramide. Cela constitue le moyen le plus adéquat pour une gouvernance efficace, voire efficiente du système de santé. En effet, la planification des ressources en santé reste l'une des priorités à prendre en compte pour une bonne gouvernance. L'utilisation de l'information dans le processus décisionnel relève également du principe managérial des organisations. La décision elle-même devrait se prendre dans un esprit de consensus au cours d'une réunion ou séance de travail, à l'issue de discussions et/ou de confrontations d'idées autour d'un ou de plusieurs problèmes identifiés lors de la conduite de plans d'actions préalablement élaborés. Ces plans d'action sont basés sur une analyse situationnelle diagnostique assortie d'objectifs de performance. La décision doit donc s'inspirer essentiellement d'une ou de plusieurs cibles stratégiques<sup>2</sup>.

Il ne peut donc pas avoir de décisions efficaces, tant que l'information stratégique n'est pas au centre de débats constructifs et consensuels permettant d'identifier les causes profondes des problèmes de gouvernance (gestion) au sein de l'organisation.

---

<sup>2</sup> L'information sanitaire renseigne sur les points d'atteinte des cibles stratégiques.

DEUXIEME PARTIE

**METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ETUDE**

## CHAPITRE III : METHODOLOGIE

### 3.1 type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique s'inscrivant dans le cadre d'une recherche opérationnelle. Elle a consisté dans un premier temps, à identifier dans une organisation sanitaire un problème de gestion jugé prioritaire par les dirigeants et le personnel ; puis dans un deuxième temps, à identifier les causes du problème et enfin à proposer des solutions en vue de sa résolution à travers un plan d'action.

Cette étude comporte deux volets : l'un quantitatif et l'autre qualitatif.

### 3.2. Méthodologie de l'approche quantitative et qualitative

Du point de vue quantitatif et qualitatif, nous avons quantifié les faits et recherché le comment et les pourquoi des faits de gestion du SIS. La méthodologie privilégiée dans ce cas est la triangulation des déclarations ou des événements.

#### 3.2.1 L'approche quantitative

L'aspect quantitatif de l'étude a été abordé à l'aide de l'outil PRISM, combiné avec un questionnaire semi structuré destiné à évaluer la gestion des ressources en plus de la revue documentaire. Le PRISM évalue la **Performance de la Gestion des Systèmes d'Information Sanitaire de Routine**. Il a permis, à partir de questions fermées, de faire la triangulation de l'information collectée (par l'interview direct, individuel des enquêtés et par l'observation les faits déclarés).

#### 3.2.2 L'approche qualitative

Nous avons procédé par des entretiens semi directifs à l'aide d'un guide d'entretien administré sur les lieux de travail et des focus groups (**groupe de discussion**).

La sélection et la priorisation des problèmes puis de leurs causes et des solutions ont été respectivement possibles par l'application de la technique du groupe nominal avec un Panel d'experts du SISR, du diagramme d'Ishikawa et du diagramme de Pareto.

L'analyse de l'ampleur et de la gravité du problème s'est faite à travers le QQQQCP.

### 3.3 Période et durée de l'étude

Notre étude s'est étendue du 1er janvier au 31 août 2016. L'enquête de terrain a duré 61 jours allant du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2016.

### 3.4 Population d'étude

Elle est constituée des Ressources humaines dédiées à la gestion du SIS et ayant des responsabilités avec pouvoir de décision. Cette ressource humaine doit être présente sur la liste des personnels clés du système national de l'information sanitaire.

### 3.5 Méthode d'échantillonnage

Un sondage empirique de type choix raisonné a été effectué. Nous avons sélectionné au sein du Système National de l'Information Sanitaire (SNIS) faisant office de champ d'étude, les directions centrales, les programmes de santé, 2 régions sanitaires et leurs districts sanitaires respectifs répartis équitablement.

A l'intérieur de chaque entité, un responsable du SIS local a été choisi pour faire partie de l'échantillon. Ainsi, au total nous avons inclus à l'échantillon :

- 12 directions centrales
- 12 programmes de santé
- 2 directions régionales (Abidjan 1-Grands Ponts et Abidjan2) du fait de leur proximité et de leur poids dans la production de l'information sanitaire.
- 12 districts sanitaires répartis de façon égalitaire dans les deux régions sanitaires choisies.
- Pour la DPPEIS deux (2) sous-directions en charge respectivement de l'information sanitaire et de l'Appui aux services extérieurs (DRS, DDS) ont été incluses.

Au total **39 entités de gestion du SIS** ont été incluses dans l'échantillon (voir liste en Annexe).

### 3.6 Critères d'inclusion et de non inclusion

#### 3.6.1 Critères d'inclusion

Pour être inclus à l'échantillon, il faut être ressource humaine du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) œuvrant dans le Système National de l'Information Sanitaire (SNIS), au niveau central, dans une région ou un district sanitaire. Il faut avoir occupé une responsabilité dans la gestion de l'information sanitaire et avoir pris une part active au processus de prise de décision dans le service une fois au moins, depuis au moins un an précédent le jour de l'enquête.

Ainsi, selon les critères d'inclusion, des personnes ressources ont été sélectionnées. Ce sont des chefs de services et Directeurs ayant en charge la gestion de l'information sanitaire et/ou ayant pris part au processus de prise de décision au cours de l'année 2015.

L'échantillon a été constitué sur la base de la pyramide sanitaire structurée de trois niveaux, central (directions centrales et programmes de santé), intermédiaire (directions régionales) et périphérique (districts sanitaires).

### 3.6.2 Critère de non inclusion

Tout personnel remplissant les critères d'inclusion mais s'étant absenté du pays pendant au moins 6 mois durant l'année considérée de l'enquête.

## 3.7 Collecte des données

### 3.7.1 Outil de collecte et variables

Pour cette étude, l'outil PRISM a été combiné avec un questionnaire semi structuré destiné à évaluer la gestion des ressources en plus de la revue documentaire.

Le PRISM évalue la **Performance de la Gestion des Systèmes d'Information de Routine** (Performance of Routine Information System Measuring). Il permet de faire la triangulation de l'information dans l'optique d'éviter les interférences des erreurs de collecte. L'outil a permis d'interviewer les enquêtés et de vérifier par observation les faits déclarés. Il assure une meilleure mesure de la qualité de l'information sanitaire ainsi que de son utilisation et permet en outre de sonder le comportement des personnes ressources du SISR. Dans le cadre de notre mémoire, seules les parties servant respectivement à mesurer les facteurs organisationnels et les facteurs comportementaux ont été utilisées. Les variables concernées par notre étude sont :

- La gestion des ressources ;
- La Production des rapports SIG ;
- Les Discussions et décisions sur l'utilisation de l'information ;
- La production et la disponibilité des rapports et documents stratégiques ;
- La Promotion et Utilisation de l'information du SIG ;
- Les facteurs comportementaux influençant le fonctionnement du SNIS ;
- Les facteurs liés à la gouvernance du SNIS.

### 3.7.2 Cadre conceptuel du PRISM

- **Justification du choix de l'outil PRISM et des supports de collecte**

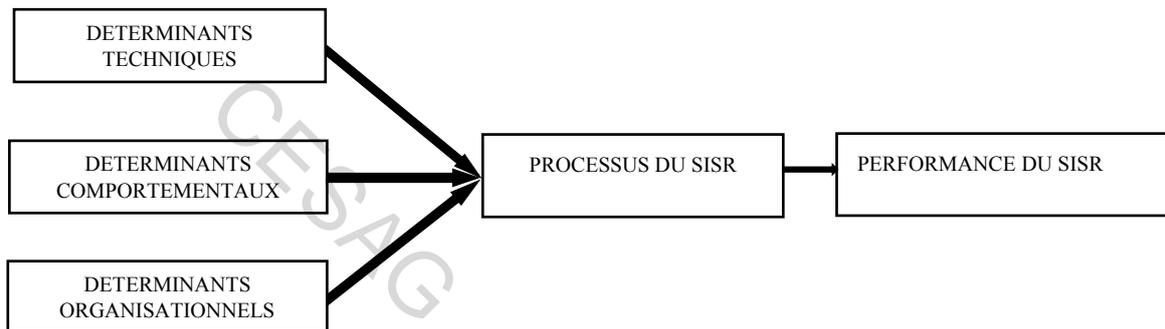
Le PRISM est un outil méthodologique [43] qui permet d'évaluer les forces et faiblesses de la performance et des processus, de connaître les causes sous-jacentes et identifier les interventions nécessaires. Il a été développé par des institutions internationales telles que MEASURE et l'USAID en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé à travers le Health Metric Network (HMN).

Selon le PRISM, la performance du système d'information sanitaire est appréciée à travers deux dimensions:

- La qualité des données ;
- L'utilisation de l'information.

Le PRISM se focalise sur le système de routine. Il n'aborde pas les aspects liés aux enquêtes qui sont aussi des sources d'information pour le système de santé [43].

Le schéma ci-dessous donne une illustration des relations existant entre les différentes dimensions.



**Source** : Measure Evaluation, évaluation/PRISM 2012 [6]

**Figure 5** : Illustration des relations existant entre les différentes dimensions du SISR

Selon le cadre conceptuel, le PRISM s'appuie sur le principe selon lequel la performance du Système d'information sanitaire de routine (SISR) dépend du processus, lui-même dépendant des déterminants techniques, comportementaux et organisationnels.

Les facteurs techniques et organisationnels interagissent d'une part et affectent d'autre part à la fois les facteurs comportementaux et le processus du système d'information sanitaire de routine (voir schéma ci-dessous). Le processus a donc un impact direct sur la performance du système d'information sanitaire (qualité des données et utilisation de l'information sanitaire).

Pour les détails du cadre conceptuel du PRISM (voir schéma en annexe).

### 3.7.3 Méthodologie de collecte des données

Les questionnaires respectifs sur les facteurs organisationnels et comportementaux ont été adaptés au contexte et objectifs de notre étude conformément au cadre et méthodologie conceptuels du PRISM.

Trois (3) enquêteurs et l'étudiant du CESAG (l'évaluateur), ont administré les questionnaires aux personnes ressources sélectionnées pour faire partie de l'échantillon. Ces personnes, membres du staff managérial, participent au processus décisionnel dans leurs structures

respectives identifiées par l'échantillonnage. Les sources de données de notre travail sont basées sur l'entretien direct avec les acteurs clés suscités sur l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel. Les documents élaborés à partir des données du SIG et les procès-verbaux des réunions ont été passés en revue afin de vérifier leur disponibilité.

Une revue documentaire sur les précédentes études et enquêtes réalisées de 2012 à 2014 a permis de vérifier la qualité des données ayant servi à produire les rapports et l'existence de documents stratégiques utilisés pour orienter les activités de planification de l'année 2015.

### 3.7.4 Considérations éthiques

Cette évaluation a pour **but** de contribuer à l'amélioration de la gestion et de l'utilisation de l'information sanitaire avec pour **finalité** une meilleure planification des interventions en santé. Elle vise à favoriser une utilisation optimale de l'information sanitaire dans le processus décisionnel, tout en contribuant à améliorer le fonctionnement et la performance du SNIS. Les réponses individuelles des enquêtés demeureront confidentielles et ne seront pas partagées avec qui que ce soit. Par ailleurs, les résultats de cette enquête ne seront utilisés que dans le cadre d'un exercice académique, contexte de cette étude.

### 3.8 Traitement et analyse des données recueillies

L'outil PRISM a été utilisé pour saisir et analyser les données recueillies ainsi que pour la présentation des résultats. Les données qualitatives ont été codifiées et analysées sur Excel.

Les résultats obtenus ont servi à mesurer l'ampleur du problème prioritaire identifié lors du Panel de la technique du groupe nominal.

Les résultats finaux de cette évaluation ont été pris en compte dans un plan de résolution du problème prioritaire.

### 3.9 Difficultés et limites de l'étude

#### 3.9.1 Difficultés

Les difficultés rencontrées au cours de notre étude étaient :

- L'indisponibilité des informateurs clés ;
- Le manque d'intérêt accordé à l'étude par certains acteurs du processus de gestion de l'information sanitaire.

### **3.9.2 Limites**

La limitation budgétaire et temporelle a constitué une limite majeure qui ne nous a pas permis de couvrir l'ensemble des personnes ressources prévues dans l'échantillon.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

### 4.1. Résultats de la revue documentaire

Ce volet permet faire l'état des lieux des études déjà réalisées, de rechercher des causes du problème citées dans la littérature. Il ressort le point de vue des auteurs ainsi que les résultats d'enquêtes ou de recherches antérieures sur le sujet.

#### 4.1.1 Production et disponibilité des documents de politique et de stratégie

**Tableau III** : Production et diffusion des documents de politique et de stratégie, 2014

| Nbre | INTITULE DES INDICATEURS DETERMINANTS (n=24)                               | EXISTENCE (25%) | DIFFUSION (75%) | SCORE |
|------|--|-----------------|-----------------|-------|
| 1    | Politique Nationale de Santé   | 25%             | 0%              | 25%   |
| 2    | Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)                            | 25%             | 0%              | 25%   |
| 3    | Plan de Suivi du PNDS  | 25%             | 0%              | 25%   |
| 4    | Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS)                            | 00%             | 0%              | 00%   |
| 5    | Plan Stratégique de développement des RH en santé                          | 25%             | 0%              | 25%   |
| 6    | Document de politique nationale de la formation continue                   | 25%             | 0%              | 25%   |
| 7    | Plan national de formation continue  | 25%             | 0%              | 25%   |
| 8    | Plan National de stratégie de la survie de l'Enfant                        | 25%             | 0%              | 25%   |
| 9    | Politique de santé infantile et de la survie de l'enfant                   | 25%             | 0%              | 25%   |
| 10   | Plan intégré de communication de la survie et du développement de l'enfant | 25%             | 0%              | 25%   |
| 11   | Plan National stratégique pour la santé de la mère                         | 25%             | 0%              | 25%   |
| 12   | Plan national stratégique pour la lutte contre le paludisme                | 25%             | 0%              | 25%   |
| 13   | Document de politique nationale pour la lutte contre le VIH/Sida           | 25%             | 0%              | 25%   |
| 14   | Budget général de l'Etat (pour la santé)                                   | 25%             | 0%              | 25%   |
| 15   | Projet de performance annuelle du MSLS                                     | 25%             | 0%              | 25%   |
| 16   | Document de programmation pluri annuel des dépenses de santé (DPPD)        | 25%             | 0%              | 25%   |
| 17   | Comptes Nationaux de la Santé  | 25%             | 0%              | 25%   |
| 18   | Rapport annuel sur la situation sanitaire                                  | 25%             | 0%              | 25%   |

|    |  |     |    |     |
|----|--|-----|----|-----|
| 19 | Carte sanitaire                                      | 25% | 0% | 25% |
| 20 | Rapport annuel du budget des ressources propres      | 25% | 0% | 25% |
| 21 | Plan directeur du secteur pharmaceutique             | 25% | 0% | 25% |
| 22 | Politique pharmaceutique nationale                   | 25% | 0% | 25% |
| 23 | Document de politique de l'information sanitaire     | 25% | 0% | 25% |
| 24 | Plan stratégique national de l'information sanitaire | 25% | 0% | 25% |

**Source** : Evaluation de la Gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire [34]

La revue documentaire sur l'utilisation de l'information pour la prise de décision a pris en compte certains documents dont les résultats de l'évaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire. Dans le contexte de notre étude, l'intérêt a été porté sur la production, la diffusion et la disponibilité des documents de politiques et de stratégies pour l'action sanitaire. Les vingt-quatre documents sus-énumérés dans le tableau III ont été échantillonnés lors de cette revue documentaire. Les variables à l'étude étaient : l'existence du document, cotée à 25%, sa diffusion et sa disponibilité aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, notées à 75%.

L'étude montre qu'aucun Plan Régional de Développement Sanitaires (PRDS) n'a été produit, alors que leur élaboration est inscrite aussi bien dans le Plan National de Développement (PND) que dans le PNDS.

A l'exception de ces PRDS, tous les autres documents retenus pour cette évaluation ont été élaborés, mais aucun n'a été diffusé. En 2014, lorsque l'étude se déroulait, les raisons qui ont sous-tendu l'absence de diffusion de ces documents étaient essentiellement :

- L'inexistence de portail web accessible aux directions productrices de ces rapports ;
- L'insuffisance de la redevabilité du système de l'information du Ministère (feedback/rétro information) ;
- L'insuffisance de moyen de reproduction des documents stratégiques ;
- L'absence de service de documentation et d'archivage dans les structures du Ministère ;
- La mise en œuvre de la phase de diffusion des documents de stratégie, contenue dans les TDR des projets d'élaboration n'est pas exécutée ;
- L'absence de mécanisme formel de diffusion des documents et/ou rapports nationaux sur la situation sanitaire ;
- La mauvaise utilisation des ressources prévues pour la diffusion.

Le constat est que les documents de politiques et de stratégies qui constituent la boussole de la mise en œuvre des actions du Ministère de la santé ne sont aucunement mis à la disposition des

acteurs qui doivent assurer leur utilisation opérationnelle. Il ressort de cette analyse que l'utilisation de ces documents et rapports d'études n'est pas évidente pour le Ministère de la santé, ni pour les autres ministères techniques d'autant que le niveau de diffusion et de disponibilité au niveau opérationnel du système est de 0%.

#### 4.1.2 Disponibilité des rapports d'activités

Ce point concerne l'ensemble des documents qui doivent circuler entre les Directions centrales, les Directions exécutives des Programmes, les CHU, les CHR/HG, les DRS, les DDS, les ESPC et les populations à travers leur COGES.

**Tableau IV** : Disponibilité de l'information sanitaire dans les établissements, 2014

| Disponibilité de l'information sanitaire                                 | CHU<br>n = 4 | CHR/HG<br>n = 12 | ESPC<br>n = 209 | Moyenne |
|--|--------------|------------------|-----------------|---------|
| Disponibilité des rapports d'activités (RASS, ASS, Carte sanitaire)      | 0%           | 8                | 1%              | 2%      |
| Affichage des indicateurs clés des activités                             | 0%           | 25%              | 50%             | 48%     |
| Disponibilité de l'information sanitaire sur internet au niveau national |              |                  |                 | 0%      |

Source : Evaluation de la Gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire [34]

La revue documentaire nous a permis de constater que les documents stratégiques qui diffusent l'information sanitaire ne sont ni disponibles dans les structures sanitaires visitées, ni sur Internet.

Seulement moins de la moitié (48%) des établissements visités en 2014, mettait à la disposition des populations bénéficiaires, les informations sanitaires, par affichage des indicateurs clés.

#### 4.2. Résultats de l'enquête

Il s'agit de décrire la chaîne de production de l'information sanitaire puis son utilisation dans le processus décisionnel au sein des instances de gouvernance du système de santé.

Nous avons évalué le niveau d'utilisation de l'information dans le processus décisionnel à l'aide de l'outil PRISM, adapté pour apprécier la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'étude a comporté deux volets :

- La revue documentaire a permis d'apprécier la qualité des données sanitaires des années antérieures (2012-2014) ainsi que la production, la diffusion et la disponibilité des documents stratégiques du SNIS. Nous avons mesuré également à travers cette revue le niveau de **Complétude**, d'**Exactitude**, de **Fiabilité**, d'**Intégrité** et de **Promptitude** de

l'information sanitaire produite ainsi que **sa disponibilité** pour l'action sanitaire au niveau national.

- L'enquête de terrain a consisté à visiter les structures à l'aide d'un questionnaire inspiré du PRISM. Un autre questionnaire a servi à évaluer le système d'Information et de Gestion des ressources financières, matérielles et humaines.

Au total, cette étude a permis de visiter au total 38 structures dont 12 du niveau central, 2 du niveau intermédiaire (DRS), 12 programmes de santé et 12 districts sanitaires (DDS).

Nous avons interviewé en tout 42 responsables du SIS dont 16 des Directions centrales, 12 des programmes de santé, 2 des régions sanitaires et 12 des districts sanitaires. La moyenne d'âge des enquêtés était de 46.84 ans, comprise entre 32 ans minimum et 62 ans maximum.

### **4.3. Analyse des résultats**

Notre étude a pris en compte les variables touchant :

- ✓ La gestion des ressources ;
- ✓ La Production des rapports de réunions et du SIG ;
- ✓ Les Discussions et décisions sur l'utilisation de l'information ;
- ✓ La production et la disponibilité des rapports et documents stratégiques ;
- ✓ La Promotion et Utilisation de l'information du SIG au niveau central ;
- ✓ La gouvernance du SNIS ;
- ✓ Les facteurs comportementaux qui influencent le fonctionnement du SNIS ;

A travers les différents graphiques et tableaux qui suivent nous vous présentons les résultats de la partie enquête de terrain.

#### **4.3.1. De la Gestion en routine des ressources**

Pour évaluer la gestion des ressources et les décisions qui s'y rapportent, nous nous sommes intéressés à trois directions du niveau central, et qui ont le leadership respectif de gestion des ressources humaines, du matériel et de l'équipement technique puis des ressources financières du Ministère. Il s'est agi notamment de :

- La Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- La Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) ;
- La Direction des Affaires Administratives et Financières (DAF).

Il a été question de savoir si ces structures qui gèrent l'ensemble des ressources du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avaient des outils officiels ou improvisés disponibles pour assurer la collecte des données spécifiques sur la gestion des ressources.

**Tableau V : Disponibilité des outils de collecte sur la gestion des ressources, 2015**

| (n=3) | Dans les régions sanitaires | Dans les districts sanitaires | Dans les établissements sanitaires | Dans les programmes de santé | Dans les directions centrales de santé |
|-------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--|
| DIEM  | non                         | non                           | non                                | non                          | non                                    |
| DAF   | non                         | non                           | non                                | non                          | non                                    |
| DRH   | non                         | non                           | non                                | non                          | non                                    |

**Source** : nos résultats

Aucune des directions centrales de notre échantillon ne dispose d'outils de collecte de données ni dans les régions, les districts et les établissements sanitaires, ni dans les autres directions et programmes de santé du MHSP, pour le suivi des indicateurs de gestion des ressources.

Puisqu'il n'existe pas d'outils de collecte officiels ou même improvisés, comment obtient-on les informations sur les ressources gérées par les services déconcentrés, les programmes et les autres Directions centrales ?

S'agissant de la DIEM, le Système de Gestion des Equipements et du Patrimoine Sanitaire (SIGEPAS) n'est plus fonctionnel. Aussi, les Centres Régionaux des Infrastructures de l'Equipement et de la Maintenance (CRIEM) n'existent plus que dans 6 régions sanitaires. Il n'est pas possible de gérer les besoins en équipements à partir du niveau central.

Concernant la DRH, il n'existe pas d'outils de gestion propre au ministère. Elle se réfère au Système Intégré de Gestion des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (SIGFAE). La DAF quant à elle s'appuie sur la Méthode d'Allocation Budgétaire (MAB), logiciel d'élaboration centralisée des budgets. Ainsi, à la question de savoir si les services et structures sous tutelle faisaient des feedback de gestion :

**Tableau VI : Feedback de gestion des ressources**

| (n=3) | Mensuel | Trimestriel | Semestriel | Annuel |
|-------|---------|-------------|------------|--------|
| DIEM  | non     | non         | non        | non    |
| DAF   | non     | non         | non        | non    |
| DRH   | non     | non         | non        | non    |

**Source** : nos résultats

Il ressort qu'aucune des Directions indiquées ne reçoit des rapports (feedback) de gestion des ressources de la part des structures sous tutelle.

- **De la programmation et la planification des ressources**

L'une des préoccupations majeures de l'étude a été de rechercher la disponibilité de documents ou rapports capables d'orienter la décision en matière notamment de planification et de programmation des ressources en santé. Dans ce contexte, nous voulions savoir comment se faisaient la programmation et les affectations des Ressources (Humaines, Financières et Matérielles) dans les différentes structures du Ministère ?

Les directions visitées attestent qu'il n'existe pas de document de rapportage officiel intégré au SIG sur la gestion des ressources. Aussi, toutes les structures expriment-elles leurs besoins en ressources puis les adressent à la direction de référence spécifiquement au domaine concerné. Plus précisément, la DRH reçoit les besoins en ressources humaines, la DIEM traite les besoins en constructions et équipements medicotechniques ainsi que les besoins de réhabilitation des infrastructures. La DAF renseigne quant à elle, les projets de budget élaborés sous la supervision des Directeurs régionaux de la Santé, à l'aide du logiciel MAB, selon l'enveloppe disponible accordée par le Ministère de l'Economie et des Finances. Toutefois, ont-ils précisé, la DAF attribue les montants respectifs sans clé de répartition. Seuls les établissements de soins bénéficient de budgets fondés sur le volume d'activités.

Est-ce que la DIEM, la DAF et la DRH assurent-elles régulièrement la supervision des services sous tutelle ?

**Tableau VII** : Point des supervisions du niveau central sur la gestion des ressources

| Structure (n=3) | Mensuel | Trimestriel | Semestriel | Annuel |
|-----------------|---------|-------------|------------|--------|
| DIEM            | non     | non         | non        | non    |
| DAF             | non     | non         | non        | 1      |
| DRH             | non     | non         | non        | non    |

**Source** : nos résultats

Sous condition de disposer des moyens financiers prévus à cet effet, la DAF supervise une fois l'an les structures sous tutelle. La dernière supervision de la DAF date de 2013. Quant à la DIEM et la DRH, il n'y a pas de supervision programmées ni pour les structures déconcentrées, ni pour les autres directions et programmes de santé sous tutelle.

Puisque le système de gestion des ressources ne dispose pas d'un planning régulier pour le monitoring des services, existe-t-il un mécanisme de contrôle de la gestion des ressources financières, humaines, matérielles et des équipements de santé ?

**Tableau VIII** : répartition des ressources humaines affectées et employées, 2015

| Entités (n=1)                               | Nombre (précisez) |
|---|-------------------|
| Dans l'administration sanitaire             | Non disponible    |
| Dans les établissements sanitaires de soins | Non disponible    |

**Sources** : nos résultats, données d'enquête (2016)

La DRH n'a pas la cartographie des ressources humaines de santé en poste dans les structures. En effet, elle ne maîtrise pas la répartition numérique des ressources humaines de santé affectées respectivement dans les établissements de soins et dans l'administration sanitaire, malgré l'existence de la nomenclature des postes et d'une fiche de description de poste.

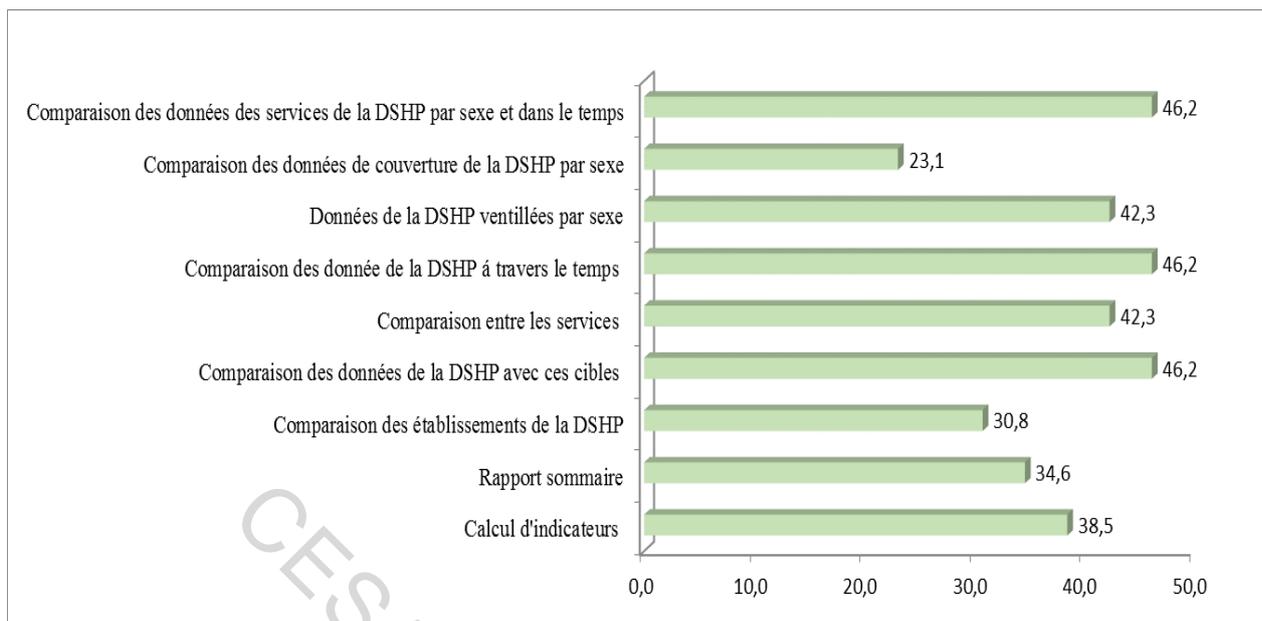
**Tableau IX** : Existence d'un mécanisme de contrôle intégré de la gestion des ressources

| Structure (n=3) | Mensuel | Trimestriel | Semestriel | Annuel |
|-----------------|---------|-------------|------------|--------|
| DIEM            | non     | non         | non        | non    |
| DAF             | non     | non         | non        | non    |
| DRH             | non     | non         | non        | non    |

**Sources** : nos résultats, données d'enquête (2016)

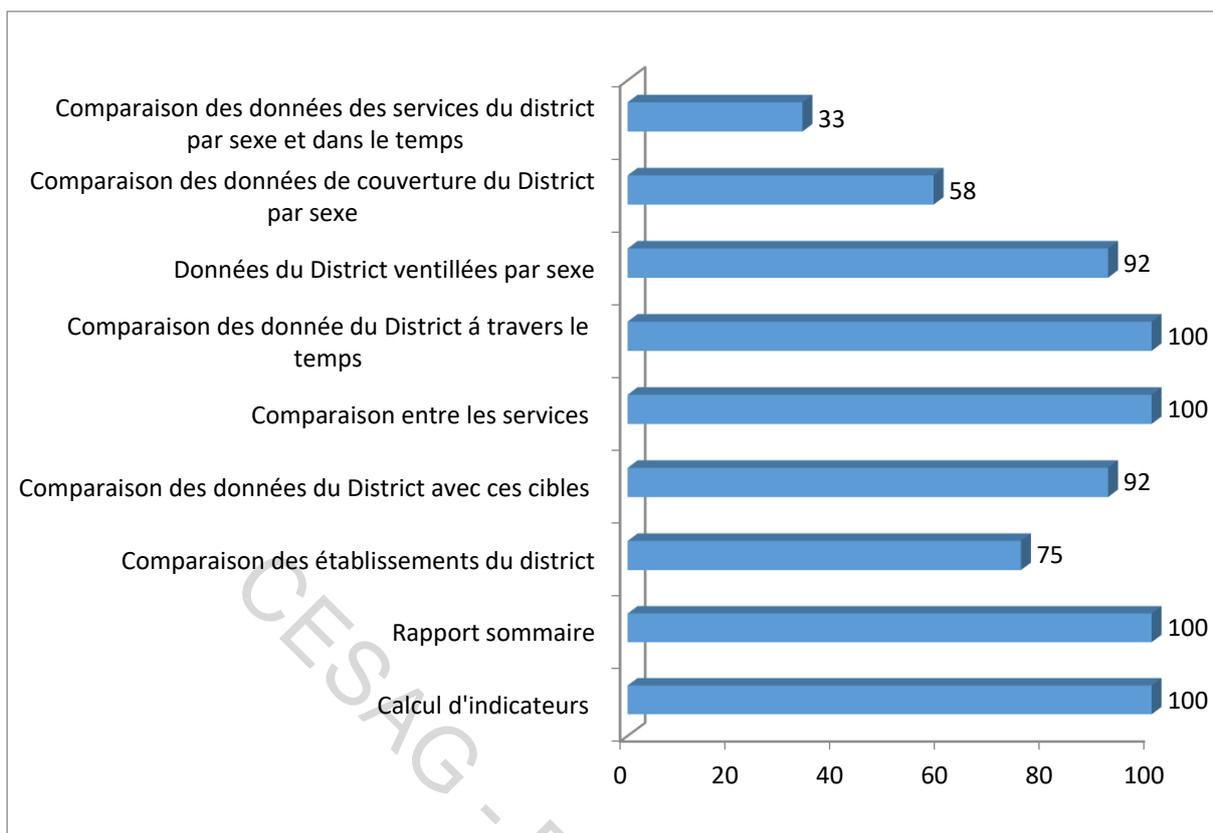
**Existe-t-il un mécanisme de contrôle des effectifs des ressources humaines de santé ?** La réponse des personnes interrogées est non, car en effet, en dehors du Système Intégré de Gestion des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (SIGFAE), la DRH n'a pas un mécanisme de contrôle des effectifs propre à elle. Concernant les autres volets, le seul mécanisme de contrôle dont dispose le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en gestion financière, est celui mis en place par le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), à travers le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) dont les contrôleurs financiers fournissent cette compétence à priori lors des opérations de classe 2 (Acquisitions). Globalement, il n'existe pas de système de contrôle interne pour la gestion des ressources au MSHP.

### 4.3.2 De la Production des rapports de réunions et du SIG



**Figure 6 :** Types d'analyses au niveau de la direction de la santé et de l'hygiène publique (n=27)

L'information est produite à partir d'analyse des données. De ce graphique il ressort que l'analyse des données observée au niveau des directions régionales interviewées (2), des programmes de santé (12) et des Directions centrales (13) oscille entre 23.1% et 46.2%. La majorité des Directions de la santé et de l'hygiène publique (76.90%) ne font pas une analyse désagrégée des données de couverture par sexe. Seulement 46.2% font une analyse comparative dans le temps en rapport avec les cibles fixées. Aussi, seulement 36.55% en moyenne calcule régulièrement les indicateurs pour produire des rapports sommaires de leurs activités.



**Figure 7 :** Types d'analyses au niveau district (n=12)

De ce graphique, il ressort que les Districts sanitaires ont un niveau plus élevé de culture de l'analyse des données. Cette analyse évolue selon les objectifs assignés aux structures du niveau opérationnel du SNIS. Les districts sanitaires constituent la cheville ouvrière de l'action sanitaire, de suivi des tendances des indicateurs prioritaires de santé publique. La comparaison des données à travers l'analyse régulière évolue entre 33% et 100%.

En effet, pratiquement l'ensemble des districts sanitaires visités (96%) font une analyse comparative des données dans le temps en rapport avec les cibles fixées. Aussi, tous (100%) calculent régulièrement les indicateurs pour produire des rapports sommaires de leurs activités. L'effectivité de ces analyses est observée à travers les rapports de suivi de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que le suivi des activités de surveillance des maladies prioritaires telles que Paludisme, le VIH/Sida et autres maladies à déclaration obligatoire.

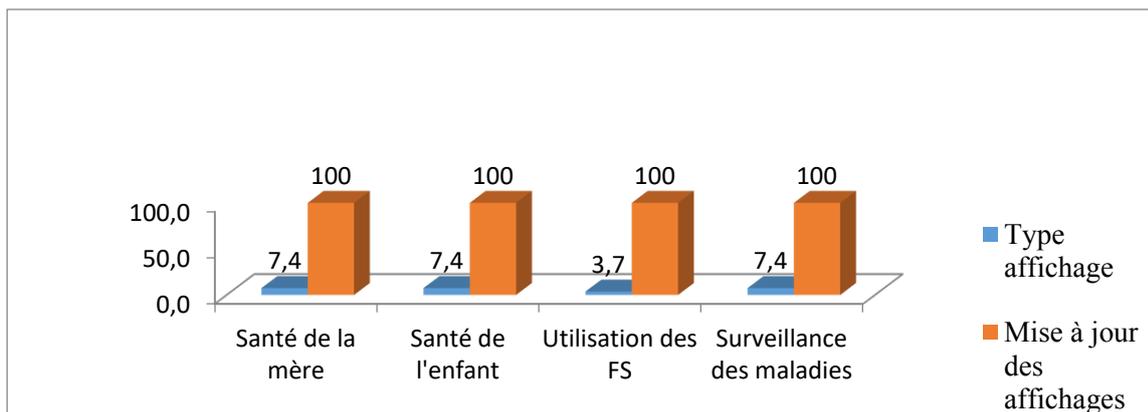


Figure 8 : Type d'affichage et statut sur la mise à jour des affiches au niveau des DSHP

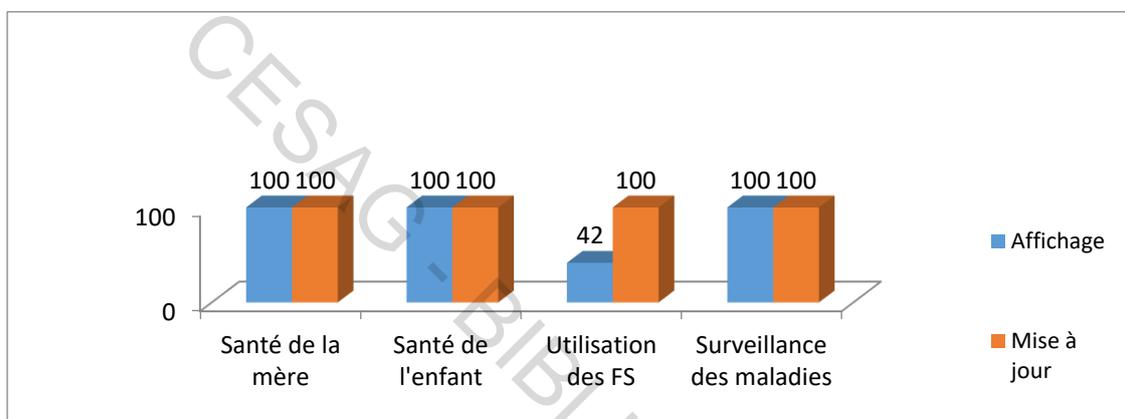


Figure 9 : Type d'affichage et statut sur la mise à jour des affiches dans les Districts

La quasi-totalité, soit en moyenne 93.52% des directions de la santé et de l'hygiène publique ainsi que les programmes de santé n'affichent pas systématiquement les résultats d'analyse des données. Cependant, les affiches disponibles et observées lors de l'enquête étaient adaptées à la période en cours (mises à jour). Comparativement, l'affichage des résultats de l'analyse des données au niveau des districts sanitaires est plus régulier et quasi systématique (100%).

Dans les districts sanitaires, tout comme au niveau intermédiaire (DRS) et central, les affiches observées sont, dans la plus part des cas, relatives aux informations sur la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que sur la surveillance de maladies (100%).

#### 4.3.3 De la production et la disponibilité des rapports d'études et enquêtes

Est-ce que les structures ont des projets d'études et enquêtes, un plan de suivi de ces projets et/ou un répertoire des résultats de ces études ?

**Tableau X** : Disponibilité des projets d'études ou d'enquêtes dans les structures, 2015

| Structures (n=39)                               | Indicateurs   | Nbre attendu | oui | %   | Rapports disponibles | % disponible |
|---|---|--------------|-----|-----|----------------------|--------------|
| Directions de la Santé et de l'Hygiène Publique | Répertoire des projets d'études et enquêtes             | 14           | 5   | 36% | 0                    | 0%           |
|   | Plan de suivi des projets d'études et enquêtes en cours | 14           | 3   | 21% | 0                    | 0%           |
|   | Répertoire des études et enquêtes réalisées             | 14           | 3   | 21% | 0                    | 0%           |
| Programmes de santé                             | Répertoire des projets d'études et enquêtes             | 12           | 6   | 50% | 0                    | 0%           |
|   | Plan de suivi des projets d'études et enquêtes en cours | 12           | 3   | 25% | 0                    | 0%           |
|   | Répertoire des études et enquêtes réalisées             | 12           | 4   | 33% | 0                    | 0%           |
| Districts sanitaires                            | Répertoire des projets d'études et enquêtes             | 12           | 0   | 0%  | 0                    | 0%           |
|   | Plan de suivi des projets d'études et enquêtes en cours | 12           | 0   | 0%  | 0                    | 0%           |
|   | Répertoire des études et enquêtes réalisées             | 12           | 0   | 0%  | 0                    | 0%           |

**Sources** : nos calculs, données d'enquête (2016)

Au cours de cette étude, nous avons cherché à savoir si conformément aux missions à eux confiées, chaque direction ou programme de santé ainsi que les districts sanitaires avaient entrepris des études sur des thématiques touchant leur champ d'action.

Ainsi, sur 38 structures visitées, aucun district sanitaire n'a entrepris des projets d'études. Seulement 36% des directions et 50% des programmes de santé ont déclaré avoir élaboré des projets d'études ou d'enquêtes en 2015.

A la question de savoir s'il existait un plan de suivi de ces projets d'études ou d'enquête, seulement 6 structures, soit 25% des programmes enquêtés et 21% des directions, ont répondu avoir élaboré un plan de mise en œuvre et de suivi de ces études. Sur l'existence des répertoires des études effectivement réalisées et diffusées, seulement 3/14 directions et 4/12 programmes ont affirmé avoir achevé leurs projets. Cependant, nous n'avons pu vérifier l'existence de ces documents dans lesdites structures, faute de preuve.

### 4.3.4 Les Discussions et décisions sur l'utilisation de l'information

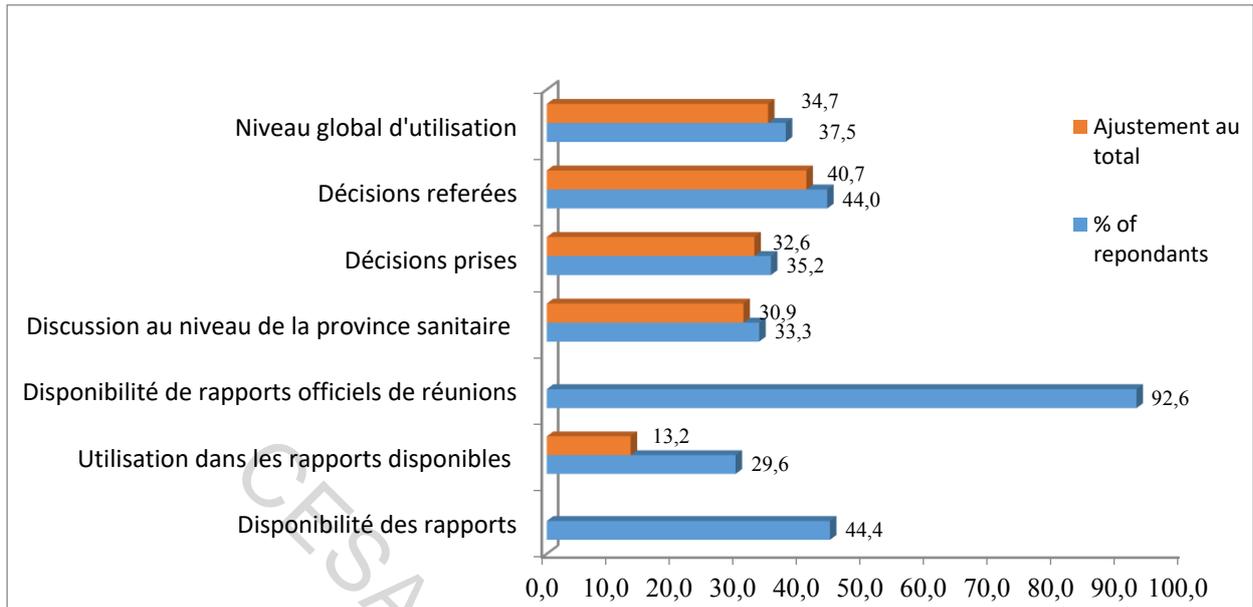


Figure 10 : Utilisation de l'information au niveau des DSHP

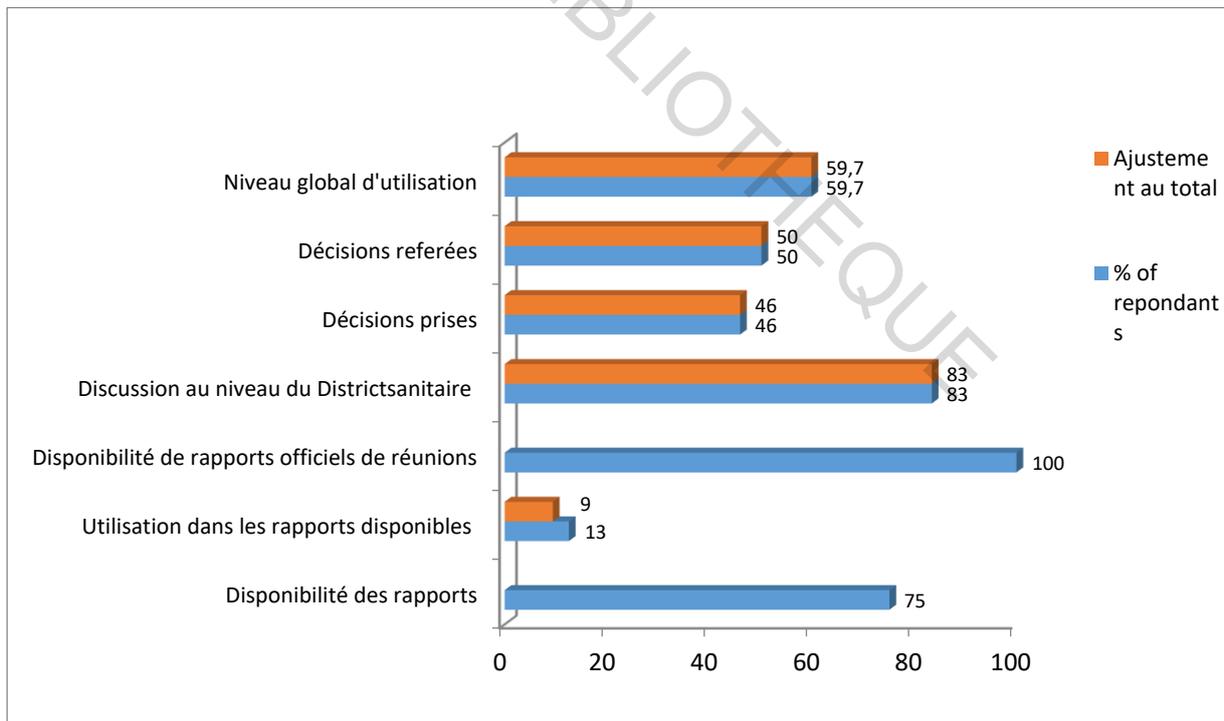


Figure 11\_: Utilisation de l'information au niveau district

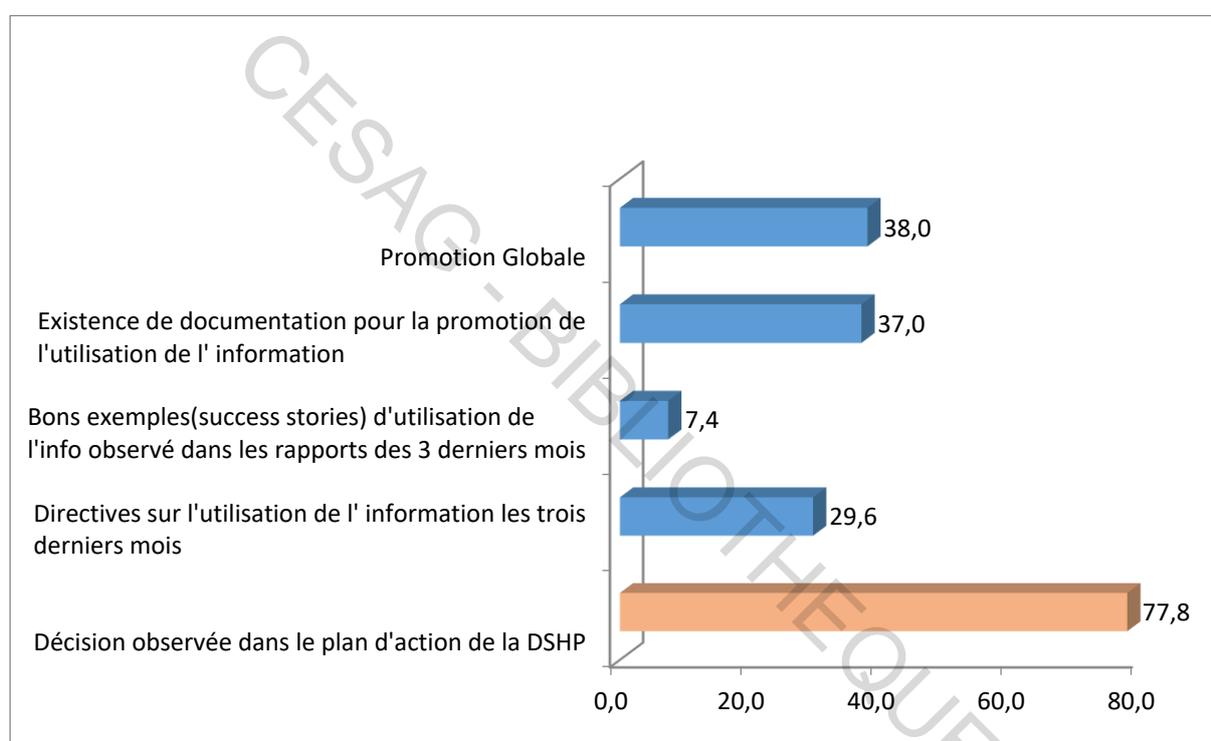
Le niveau global de l'utilisation de l'information des Directions visitées est de 37.5%. Autrement dit, 65.3% des directions interviewées n'utilisent pas conséquemment l'information

produite par le SNIS dans le processus décisionnel. Généralement, les rapports officiels de réunions ou séances de travail sont produits et disponibles dans 92.6 % des cas. Cependant, seulement 29.6% de ces rapports retracent l'utilisation de l'information stratégique.

En d'autres termes, 44.4% des rapports de réunions sont disponibles, mais seulement 32.6% des directions visitées retracent des décisions prises lors des réunions de travail.

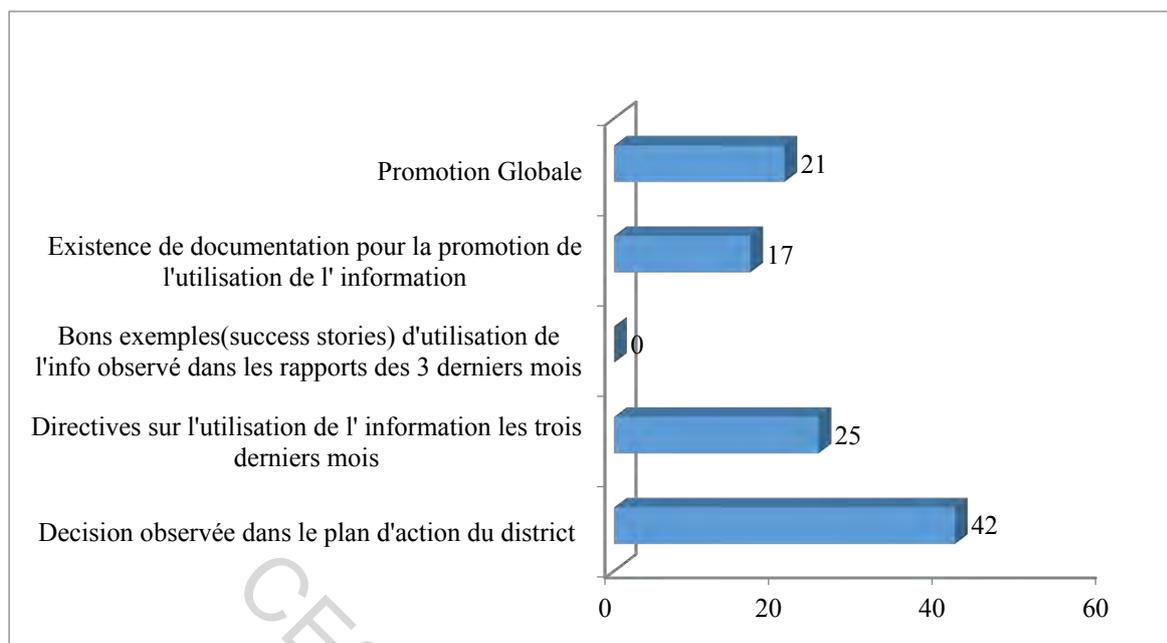
Les districts sanitaires de leur part ont un niveau global d'utilisation de 59.7% ; les rapports sont disponibles dans 75% des structures mais 54% des décisions ne sont pas retracées. Ils réfèrent 50% des décisions au niveau supérieur.

#### 4.3.5 La Promotion de l'Utilisation de l'information du SIG au niveau central



**Figure 12** : Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau des DSHP

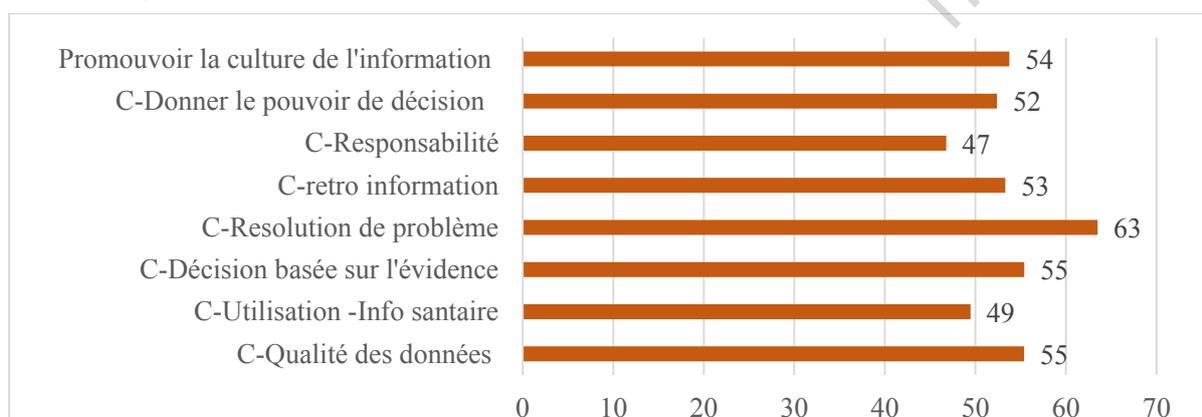
Au-delà du faible niveau constaté de l'utilisation de l'information, les responsables des DSHP n'assurent pas une bonne promotion de l'utilisation de l'information stratégique contenue dans les documents produits lors du processus décisionnel. En effet, le niveau global de la promotion de l'utilisation de l'information sanitaire est seulement de 38% ; l'existence de documentation pour la promotion de l'utilisation de l'information est évaluée à 37%. La majorité (92.6%) des personnes enquêtées n'ont pas pu rapporter un bon exemple d'utilisation de l'information contenue dans les rapports produits. On note cependant que 77.8% des DSHP intègrent dans leur plan triennal ou quinquennal d'activités des actions à mener dans le moyen terme.



**Figure 13** : Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau District

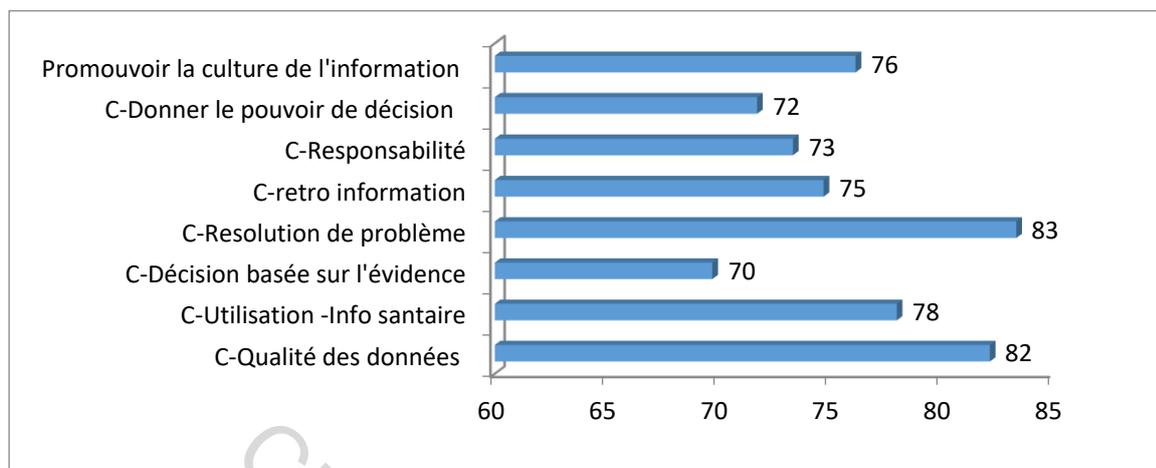
Le niveau global de la promotion de l'utilisation de l'information sanitaire dans les districts est de 21%. La majorité des districts sanitaires (83%) visités n'ont pas la documentation qui témoigne de la promotion pour l'utilisation de l'information sanitaire. Aucun d'eux n'a pu donner un bon exemple d'utilisation de l'information. En effet, l'utilisation de l'information au niveau du district est essentiellement basée sur la supervision de routine intégrée au plan annuel d'activité. Moins de la moitié des districts interviewés (42%) ont tracé les décisions prises en faveur de l'utilisation de l'information dans leur plan d'action, et 25% seulement ont reçu du niveau supérieur des directives sur l'utilisation de l'information produite.

#### 4.3.6 La gouvernance du SNIS



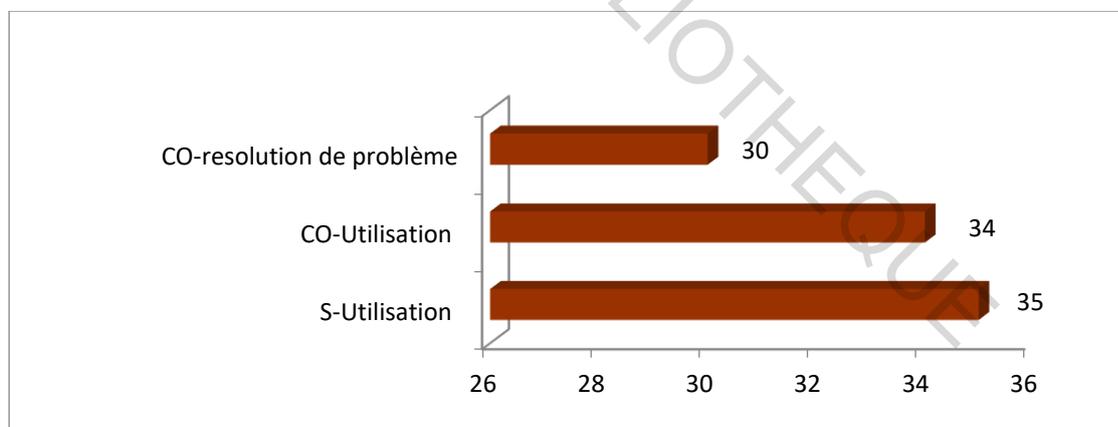
**Figure 14** : Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information

La Promotion de la culture de l'information, de la retro information, de la délégation de pouvoir sont à un niveau moyen.



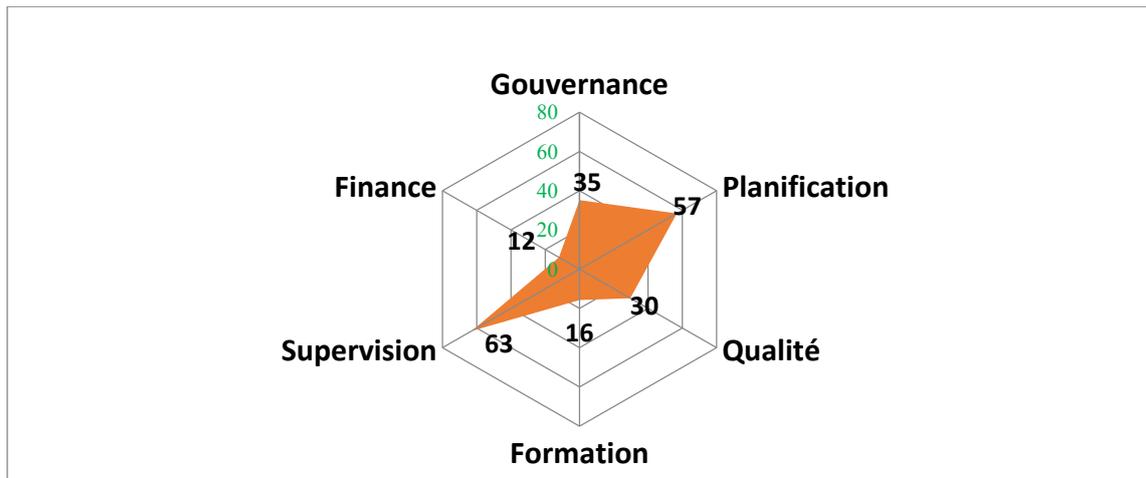
**Figure 15 :** Différentes dimensions de la culture de l'Information au niveau des districts

En effet, l'observation de la culture de l'information dans l'exécution des tâches du système d'information sanitaire de routine fait ressortir un niveau moyen de culture, évoluant de 63% à 47%. Soit une moyenne de 55%. En matière d'utilisation de l'information sanitaire, plus de la moitié des départements sanitaires en ont une bonne culture alors qu'au niveau supérieur, elle est observée dans 49% des cas.

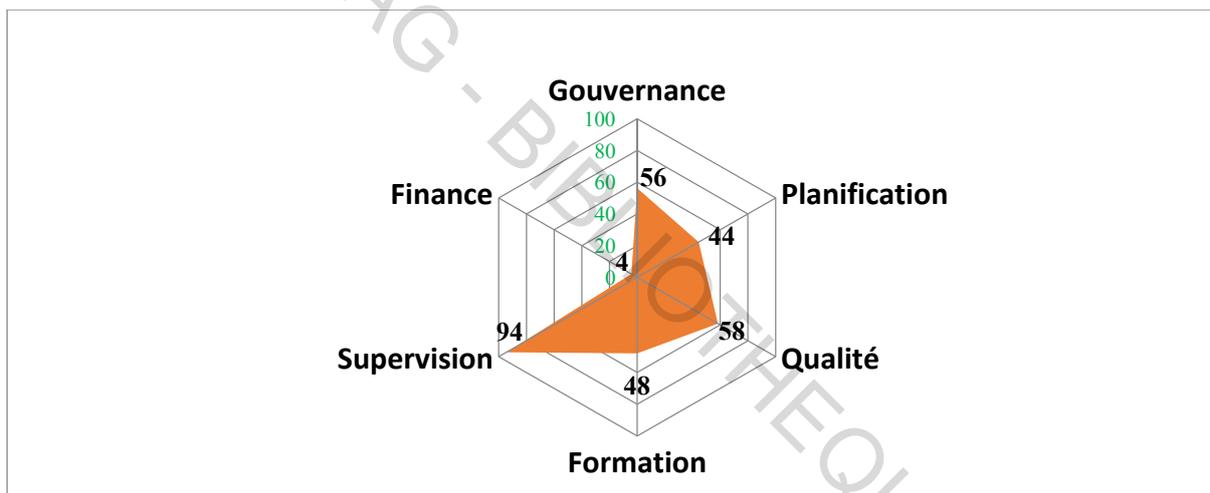


**Figure 16 :** Niveaux moyens de confiance, de compétence dans l'utilisation de l'information et la résolution des problèmes au niveau district en %

En ce qui concerne la compétence dans l'utilisation de l'information sanitaire, on observe un faible niveau de compétence des enquêtés (34%) et peu de structures (35%) savent utiliser l'information, tandis que 30% seulement se sentent compétentes en résolution de problèmes. En résumé, les personnes enquêtées ont globalement un niveau moyen de culture (maîtrise) des dimensions de la culture de l'Information sanitaire. Il y a un besoin généralisé de renforcement de compétence dans les structures visitées.



**Figure 17** : Score moyen des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau des Direction de la santé et de l'Hygiène Publique

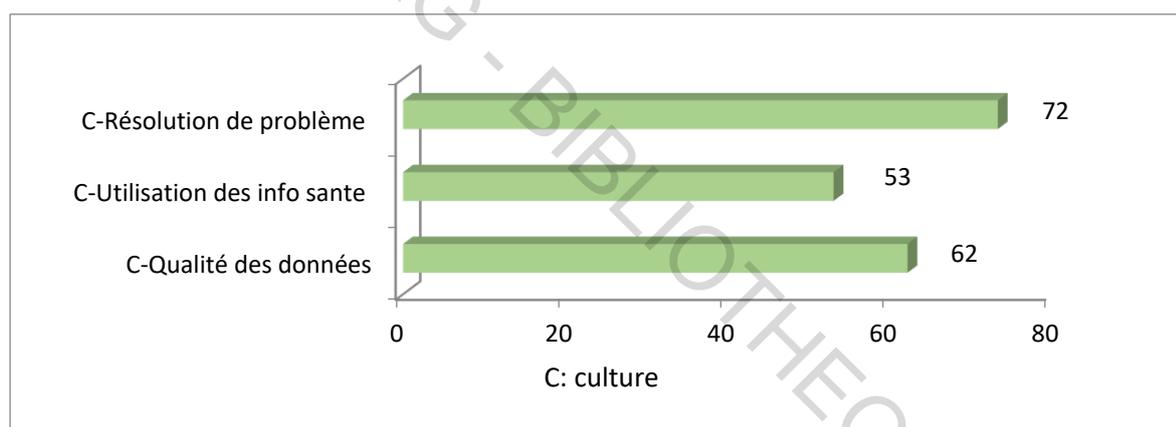


**Figure 18** : Score moyen des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau District

Les facteurs organisationnels font référence à la gestion des ressources et à la prise de responsabilités afin d'atteindre les objectifs en terme de production de l'information sanitaire de qualité. Ainsi, il s'agit d'évaluer la disponibilité des documents destinés à l'organisation (gouvernance) de la gestion des données, à la planification des activités. Les facteurs organisationnels touchent également la disponibilité des ressources, la formation, la supervision, le financement, le partage de l'information et la promotion d'une culture de l'information. Si tous ces aspects sont satisfaisants, on pourrait conclure à un état des lieux positifs pour les facteurs organisationnels.

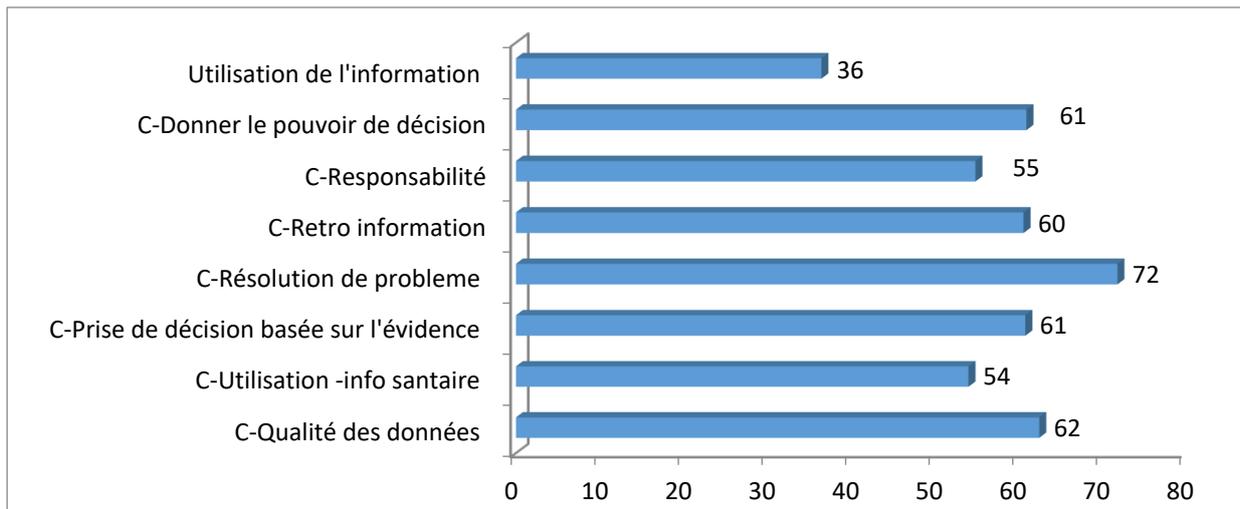
Globalement, il ressort une faible disponibilité des documents qui organisent la gestion des données à tous les niveaux. Seulement 35% des directions de la santé et de l'hygiène publique, contre 56% des départements sanitaires ont en leur possession les documents de gouvernance du SISR avec une moyenne de 45,5%. Cela est soutenu par un niveau de culture de l'utilisation de l'information qui est partagé par 49% des personnes interviewées. On enregistre par ailleurs un niveau moyen (50,5%) de disponibilité des documents de planification, de 16% des outils de formations au niveau supérieur et 48% au niveau départemental. Les structures enquêtées déclarent que le financement des activités est faible à tous les niveaux. Le seul point de satisfaction est la supervision qui est effective dans 94% des districts et 63% au niveau supérieur. En somme, on constate un faible niveau de culture de l'utilisation l'information sanitaire en plus du fait que les documents de gouvernance du SISR ne sont pas disponibles dans les services.

#### 4.3.7 Les facteurs comportementaux qui influencent le fonctionnement du SNIS



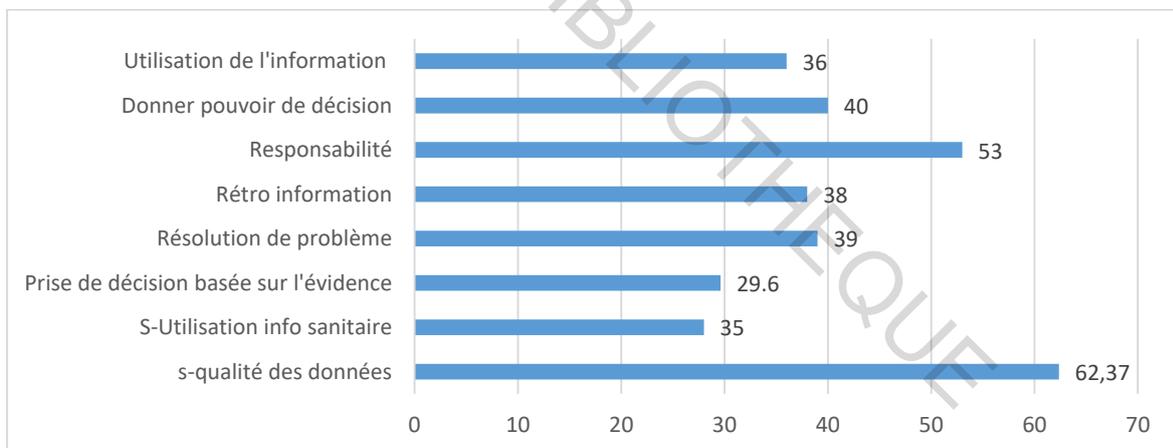
**Figure 19 :** Différentes dimensions de la culture de l'information observées dans l'exécution des tâches en SISR au niveau des DSHP en %

Les acteurs du niveau central enquêtés savent qu'il faut résoudre les problèmes dans une large mesure (72%) mais seulement 53% ont conscience qu'il faille s'appuyer sur l'information sanitaire pour les résoudre. Les raisons généralement évoquées se trouvent dans la moindre qualité des données. Ils sont cependant conscients de l'importance de la qualité dans une proportion de 62%.



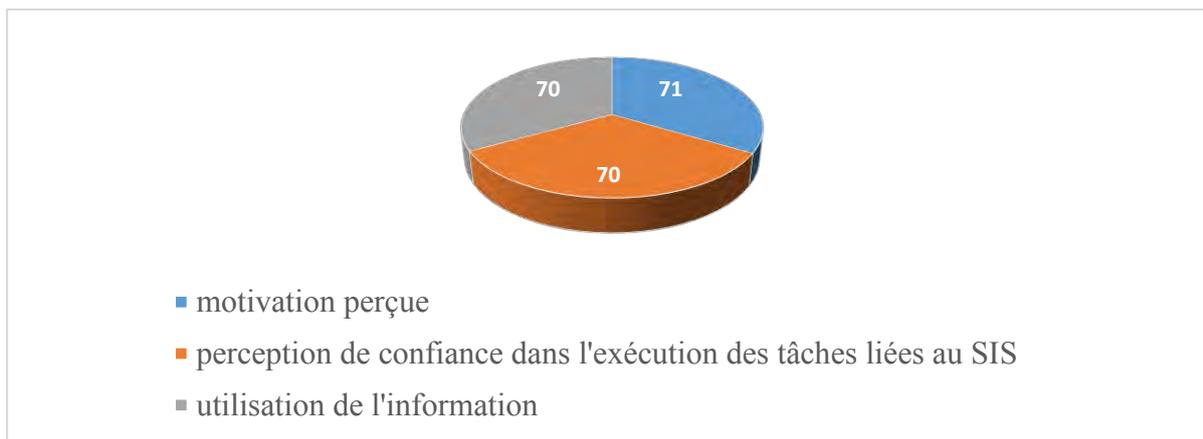
**Figure 20 :** Comparaison entre différentes dimensions de la culture de l'information des DSHP

Lorsque nous avons croisé les différentes dimensions de la culture de l'information, il en est ressorti que les responsables des SIG du niveau central ont connaissance qu'il faille faire la retro information au niveau déconcentré (60%). Ils ont également reconnu que les décisions devraient être basées sur les preuves/les faits (61%). Mais ces déclarations d'intentions contrastent avec leur désir d'utiliser l'information (54%).



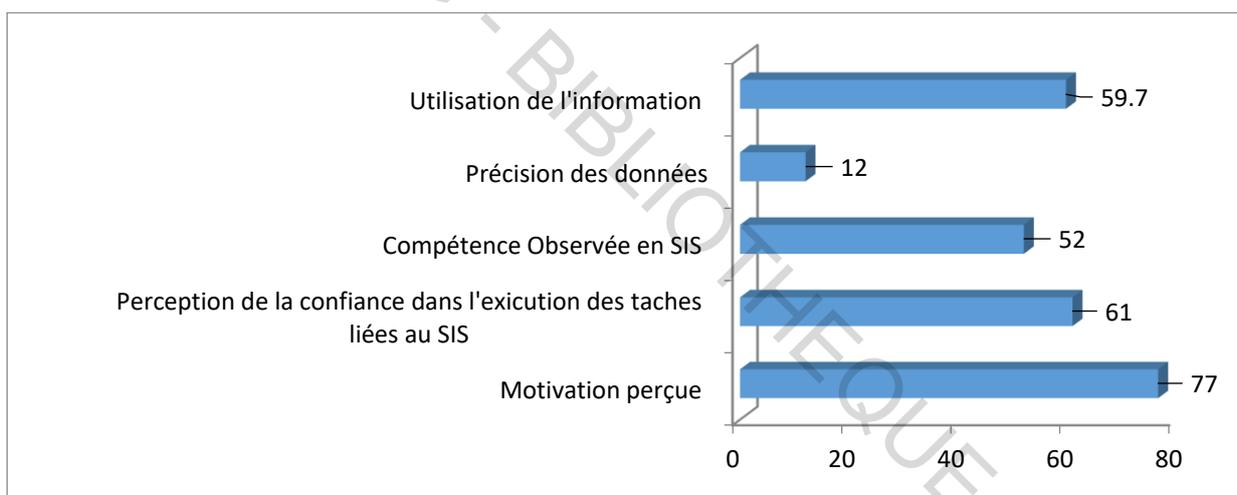
**Figure 21 :** Comparaison entre différentes dimensions de la culture de l'information

Les déclarations ont été vérifiées. Ainsi, les observations nous ont permis de constater que la rétro information est retracée dans une proportion 38% des cas. Les décisions basées l'analyse des données et retracées dans les rapports de réunions (29,6%). Le niveau global d'utilisation de l'information était de 36% largement en-deçà du niveau de connaissance des raisons qui fondent l'utilisation de l'information (62,37%).



**Figure 22 :** Perception moyenne sur la motivation, les compétences observées et le niveau de confiance moyen dans l'exécution des tâches SISR au niveau des DSHP

Les enquêtés se sentent motivés pour les tâches du SISR, notamment ils sont confiants quant à l'utilisation de l'information sanitaire et dans l'exécution des tâches du SISR. Mais cette motivation est en contradiction avec l'utilisation de l'information (36%). Cela signifie qu'il y a un réel besoin de renforcement des capacités en méthodologie d'utilisation de l'information.



**Figure 23 :** Perception moyenne sur la motivation, les compétences observées et le niveau de confiance moyen dans l'exécution des tâches SISR au niveau District

Le bon niveau de motivation perçue (71% au niveau supérieur et 77% au district) contraste avec le niveau d'utilisation de l'information sanitaire, tant dans les Directions de la santé et de l'hygiène publique (36%) que dans les districts sanitaires (59,7%). Cette utilisation est limitée aux supervisions formatives intégrées des ressources humaines dans la majorité des cas : 63% dans les Directions de la santé et de l'hygiène publique et (94%) dans les districts.

## COMMENTAIRES

La problématique de l'utilisation de l'information sanitaire en Côte d'Ivoire est assez complexe. En effet, pour permettre aux unités de planification de compléter leur connaissance, il convient de rendre disponibles les documents de normes en matière de santé afin d'identifier les besoins au regard de ces normes et standards [35]. En effet, les écarts constatés lors de la revue documentaire puis de l'enquête sont tels que les documents qui diffusent les approches sectorielles et méthodologiques, qui pourraient apporter un appui conséquent au système ne sont pas mis à la disposition des acteurs du SIS et des parties prenantes.

### **Disponibilité des documents de politique et de stratégie**

La revue documentaire sur l'utilisation de l'information pour la prise de décision a pris en compte certains documents dont les résultats de l'évaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire. Dans le contexte de notre étude, l'intérêt a été porté sur la production, la diffusion et la disponibilité des documents de politiques et de stratégies pour l'action sanitaire. vingt-quatre documents ont été échantillonnés lors de cette revue. Les variables à l'étude étant l'existence du document (25%), sa diffusion et sa disponibilité aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (75%). Le constat est que les documents de politiques et de stratégies qui constituent une masse critique d'informations stratégiques et la boussole de l'action sanitaire du Ministère de la santé ne sont aucunement mis à la disposition des acteurs et des partenaires de mise en œuvre par une procédure de diffusion officielle. Il ressort de cette analyse que l'utilisation de ces documents et rapports d'études n'est pas une évidence pour le système de santé, puisque le score de diffusion et de disponibilité est 0% au niveau opérationnel.

### **Gestion des ressources du Ministère de la santé et de l'hygiène publique**

Le deuxième volet de notre étude s'est intéressé, à travers deux types de questionnaires, à la production de l'information sanitaire et à son utilisation dans le processus décisionnel au sein des instances de gouvernance du système de santé.

S'agissant de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, trois structures du niveau central en assurent le leadership. Ce sont respectivement : (i) la Direction des Ressources Humaines (DRH), (ii) la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) et (iii) la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAF).

Il ressort de nos investigations qu'aucune des directions centrales ayant la charge de gérer les ressources ne disposent d'outils de collecte de données en routine, ni pour les régions sanitaires, les districts et les établissements sanitaires, ni pour les autres directions et programmes de santé sous leur tutelle. Ces directions spécialisées dans la gestion des ressources du Ministère de la

Santé et de l'Hygiène Publique n'ont pas la possibilité de suivre en routine l'utilisation des ressources affectées aux structures sous leur tutelle que ce soit mensuellement, trimestriellement ou semestriellement. Alors que les systèmes de gestion intégrée des ressources au niveau étatique demandent des bilans trimestriels et semestriels de routine. Ces directions n'ont pas de mécanisme de contrôle interne de la disponibilité et de l'utilisation des ressources affectées. Cet état de fait n'est pas de nature à favoriser le suivi de gestion à partir du niveau central. Il est également noté que la DAF attribue les montants de budget aux structures sous tutelle sans clé de répartition. Seuls les établissements de soins bénéficient de budgets fondés sur le volume d'activités. Concernant les ressources matérielles, il n'est pas possible d'avoir en routine les besoins en réhabilitation des services déconcentrés. Or la gestion en routine de ce volet des dépenses publiques pourraient faciliter une planification éclairée des ressources disponibles et assurer la prospective. Particulièrement, en termes de gestion des ressources humaines de santé, les principes fondamentaux de l'OMS recommandent qu'il faille calculer les ratios de couverture. Les résultats d'analyse révèlent que la DRH ne dispose pas de cartographie des ressources humaines de santé en poste dans les structures. En effet, elle ne maîtrise pas la répartition numérique des ressources humaines de santé affectées respectivement dans les établissements de soins et dans l'administration sanitaire, malgré l'existence de la nomenclature des postes et d'une fiche de description de poste. Cette situation a pour conséquences, la mauvaise répartition des ressources humaines sur le territoire national, la mauvaise appréciation des ratios de couverture ainsi que la non-maîtrise des effectifs réellement en poste repartis en fonction des spécialités et des besoins. Il serait rentable de renforcer les capacités de gestion, de contrôle et/ou de maîtrise des effectifs de la DRH du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique afin lui accorder une semi autonomie vis-à-vis du système de contrôle des effectifs de la Fonction Publique (SIGFAE).

### **Production des rapports issus du SIG (SISR)**

Seulement 46.2% des responsables du SISR font une analyse comparative dans le temps en rapport avec les cibles fixées, et 63,45% d'entre eux ne calculent pas régulièrement les indicateurs pour produire des rapports sommaires de leurs activités. Au regard de ce constat, nous faisons noter qu'une analyse régulière des données par palier permettra non seulement de suivre les tendances à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais aussi de déceler à temps dans les statistiques sanitaires, les incohérences parfois préjudiciables à la qualité des informations produites.

### **Production et disponibilité des rapports d'études et enquêtes**

Conformément à la politique nationale de santé, des directions centrales et/ou directions de coordination ont été créées avec attribution de missions afin d'atteindre les cibles gouvernementales. Au cours de cette étude, nous avons cherché à savoir si conformément aux missions à eux confiées, chaque direction ou programme de santé ainsi que les districts sanitaires (niveau opérationnel) avaient entrepris des études sur des thématiques touchant leur champ d'action. A cet effet, sur 38 structures visitées, aucun district sanitaire n'a entrepris des projets d'études. Seulement 36% des directions et 50% des programmes de santé ont déclaré avoir élaboré des projets d'études ou d'enquêtes en 2015. En fait il n'existe pas de ligne budgétaire allouée à la recherche opérationnelle. Sur ce point, nous faisons noter que la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS) a enregistré un score de 0% en projets d'études élaborés. Le volet recherche en santé est confié à l'enseignement supérieur qui se réserve le droit d'attribuer des thèmes aux étudiants en fin de cycle, et qui, du reste ne publie pas les résultats pour l'usage du SNIS. De ce fait les acteurs et les partenaires de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) n'ont pas la possibilité d'appréhender les goulots d'étranglement non perceptibles en routine.

### **Utilisation et promotion de l'utilisation de l'information sanitaire**

D'une part, les réunions de travail se tiennent mais l'utilisation de l'information au cours de ces réunions n'est pas retracée dans 67,4% des cas, de sorte que le niveau global de l'utilisation de l'information n'est perçue que dans seulement 34,7% des structures visitées. D'autre part, le niveau global de la promotion de l'utilisation de l'information sanitaire est faible (38%). Même si les districts ont eu un niveau global d'utilisation avoisinant les 60%, le constat est que 54% des décisions ne sont pas retracées. De plus, la moitié (50%) des décisions est référée au niveau supérieur, contre seulement 25% des districts qui reçoivent du niveau supérieur des directives sur l'utilisation de l'information produite. Ceci témoigne du faible niveau de la rétro information du niveau supérieur vers les districts sanitaires. Alors que le district sanitaire constitue la cheville ouvrière de mise en œuvre du PNDS, le contraste relevé est que seulement 42% ont retenu les décisions prises dans un plan d'action. Ceci pourrait signifier que le district n'a pas une autonomie pour appliquer les décisions prises touchant par exemple les ressources (la notification budgétaire, les affectations des ressources humaines de santé ainsi les décisions de construction et/ou de réhabilitation).

### **Gouvernance du SNIS et facteurs comportementaux**

Les facteurs organisationnels font référence à la gestion des ressources et à la prise de responsabilités afin d'atteindre les objectifs en termes de production de l'information sanitaire de qualité. Ainsi, il s'est agi d'évaluer la disponibilité des documents destinés à l'organisation (gouvernance) de la gestion des données, à la planification des activités. Ces facteurs touchent également la disponibilité des ressources, la formation continue, la supervision, le financement, le partage de l'information et la promotion d'une culture de l'information.

Globalement, il en ressort une faible disponibilité des documents qui organisent la gestion des données à tous les niveaux. Seulement 35% des directions de la santé et de l'hygiène publique, contre 56% des départements sanitaires ont en leur possession les documents de gouvernance du SISR avec une moyenne de 45,5%. Cette faiblesse de disponibilité des documents de gouvernance est corroborée par un faible niveau (49%) de culture de l'utilisation de l'information des personnes interviewées. Les structures enquêtées déclarent que le financement des activités est faible à tous les niveaux. Aussi, les documents qui servent à la gestion financière sont absents dans 88% des directions contre 96% dans les districts sanitaires. Le seul point de satisfaction est la supervision qui est effective dans 94% des districts et 63% au niveau supérieur. En somme, on constate un faible niveau de culture de l'utilisation l'information sanitaire en plus du fait que les documents de gouvernance du SISR ne sont pas disponibles dans les services.

**TROISIEME PARTIE**  
**DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR**  
**PRIORISATION**

## CHAPITRE V : DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

Dans ce chapitre, nous allons déterminer les causes du problème par deux approches : la revue de la littérature et les entretiens réalisés avec les acteurs du SNIS. Ensuite une synthèse des causes sera faite et enfin nous allons passer à la phase de priorisation avec les personnes ressources de la DPPEIS.

### 5.1 Présentation des outils

« **Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision** ». Ce thème nous a amené à l'aide des composantes comportementale et organisationnelle du PRISM, à évaluer l'utilisation de l'information dans le processus décisionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire à savoir : central, intermédiaire et périphérique. Afin d'élucider le problème de **l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel**, nous allons nous appuyer sur certains outils **de méthode de résolution des problèmes** permettant de déterminer ici les causes et proposer des solutions.

Selon YOUNES Benanteur et collaborateurs dans "organisation logistique et technique à l'hôpital", il existe cinq outils de résolution des problèmes appelés outils de la qualité permettant d'identifier les causes d'un problème donné. Ce sont :

- Le Qui Quoi Où Quand Comment Pourquoi (QQOQCP)
- Le Diagramme de Pareto (diagramme 80/20)
- Le Brainstorming
- La Boite à idées
- Le Diagramme d'Ishikawa ou Diagramme en arête de poisson.

Pour ce travail, nous allons utiliser le **QQOQCP** et le **diagramme d'Ishikawa** qui présentent l'avantage d'être simples, concrets et visuel pour le diagramme d'Ishikawa. Nous prioriserons les causes du problème avec le **Diagramme de PARETO** [29], lequel nous servira également de point d'ancrage ou de support pour le choix de la solution. Car en effet, selon PARETO 20% des causes produisent 80% des conséquences.

#### 5.1.1 Le QQOQCP (Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?)

Cet outil a pour objet d'analyser l'arbre du problème prioritaire [29], c'est-à-dire la manifestation du problème, de décrire une situation en adoptant une attitude interrogative systématique, en posant les questions : **quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ?** (voire : **combien ?**). Chaque réponse à chacune de ces questions peut être soumise à l'interrogation

supplémentaire : **pourquoi ?** Ces questions élémentaires sont très commodes pour mettre de l'ordre dans les idées. Elles sont utilisées à différents moments dans la démarche de résolution de problème :

- Pour poser un problème, rassembler des informations et les mettre en forme (formaliser le problème) ;
- pour chercher des idées de causes possibles, de solutions possibles et pour préparer un plan d'action.

### **Analyse du problème prioritaire**

Examinons la situation spécifique de « l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire dans la processus décisionnel » sous différents angles :

***Quoi ? Qu'est-ce que c'est ? Que fait-on (objet, nature, quantité...) ? Quel défaut ? Quelle phase du processus ? Quel constituant ? :***

Le SIG santé se doit de collecter la totalité des données issues des activités de tous les établissements publics et privés de santé, à travers les outils primaires (les registres). Ces données devraient être rapportées au niveau des districts sanitaires où elles sont compilées, harmonisées et transmises au niveau central via le DHIS2 après validation de la région sanitaire. Le district sanitaire, avant de transmettre les données compilées, a la possibilité d'en faire une analyse au niveau local pour en tirer des informations utiles à la gestion administrative et technique de son aire sanitaire. Le goulot d'étranglement à ce niveau est que les données des Etablissements Publics Nationaux (EPN) et celles du secteur privé ainsi que du Parapublic ne sont pas intégrées au SIG du MSHP.

- Ce fait soulève d'une part, un réel problème de complétude des rapports et de compliance des indicateurs dans la production des données et de l'information sanitaire.
- D'autre part, non seulement l'ensemble des structures de santé ne sont pas encore intégrées au SIG, mais en plus les établissements qui y sont inscrits transmettent avec retard leurs données, si l'on fait référence aux délais de transmission prescrits par le document de politique de l'information sanitaire en vigueur.

***Qui ? Qui est concerné ? Quelles personnes ? Quelles équipes ? Quels bénéficiaires ? :***

Le système de santé de la Côte d'Ivoire couvre une population de 22.671.331 habitants dont 50,2% est urbaine et 49,8% rurale [11]. Avec un ratio de pauvreté qui se situe à 46,3% [36], la population consulte pour diverses maladies dominantes dont le paludisme, le VIH/Sida, la

Tuberculose, les IRA, l'HTA, le Diabète etc. Ces données sont collectées et transmises par les districts sanitaires aux régions et à la DPPEIS, de façon sectorielle et selon des thématiques. Chaque direction (centrale ou régionale), chaque programme et/ou projet de santé produit, à partir de ces données des documents (rapports d'activités) qui constituent des masses d'informations stratégiques de santé, conformément aux missions assignées. Les différents directeurs et leurs équipes ont pour mission de coordonner les activités spécifiques à leurs missions, en fonction des indicateurs de santé qui leur sont dévolus.

- Le premier problème qui se pose à ce niveau, c'est que du fait au non-respect des délais de transmission des données par les établissements et les districts sanitaires, en plus de la faible complétude, l'information stratégique est produite avec un retard allant de 1 à 2 ans, tandis que d'autres documents comme la carte sanitaire et le Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS) ne sont pas du tout produits. Les activités de coordination pourraient être mises à mal faute d'orientations clairement définies sur des bases factuelles.

- Les structures de santé œuvrant pour la prise en charge des populations en Côte d'Ivoire, n'étant pas toutes intégrées au SIG, il y a manifestement un défaut de complétude des informations produites sur les activités du système de santé. Toutes choses qui pourraient réduire le champ de vision pour la planification efficace des ressources et pour la prospective.

- Le plan stratégique 2009-2013 de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire avait pour objectif, le développement durable, quantitatif et qualitatif des RHS. Ce plan prévoyait également d'améliorer la disponibilité, l'utilisation efficace et la répartition équitable des ressources humaines pour la santé, avec des sources de motivation, afin de leur permettre d'être au service des différents niveaux de la pyramide sanitaire, des programmes prioritaires de santé ainsi que du dispositif de gestion du secteur de santé. Mais en 2015, nous notons que la répartition géographique des ressources humaines de santé est mal maîtrisée étant donné que la cartographie les concernant par catégorie et par qualification qui devrait être incluse dans le document carte sanitaire n'a jamais été produite.

***Où ? A quel endroit ? A quelle distance ? Dans quel secteur ? :***

Au vu de ce qui précède, l'on peut accepter l'hypothèse selon laquelle le faible niveau de complétude et de promptitude de l'information sanitaire impacte négativement le fonctionnement de tout le système de santé. Le secteur privé qui constitue une importante part (40 à 46%) des activités du système ne rapporte pas dans le SIG, de sorte que les informations sur la prise en charge de malades et sur les pathologies traitées par ce secteur ne sont pas utilisées pour la planification stratégique en santé au niveau national.

***Quand ? A quel moment ? A quelle heure ? A quelle époque ? Pendant quelle période ? Depuis quand ?***

Le période couverte par cette étude sur l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel est 2015. L'action sanitaire menée durant cette année 2015 devrait reposer en grande partie sur les données et les informations sanitaires validées de 2014, mais nous avons constaté que le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) de 2013, dont l'élaboration s'est achevée en 2014 a été publié en octobre 2015. La carte sanitaire, document stratégique orientant la planification du système de santé quant à elle n'a pu être produite en 2014, et donc ne pouvait pas être utilisée par le système de santé en 2015.

***Comment ? Comment est-ce arrivé ? Comment le fait-on ? Avec quel procédé ? Comment le constate-t-on ?***

Au vu de ce qui précède, lorsque l'information stratégique en santé est produite, les décideurs trouvent des difficultés à l'utiliser conséquemment et suffisamment. D'une part parce qu'elle est forclosée et obsolète, d'autre part parce qu'elle ne reflète pas la réalité sanitaire de tout le pays, faute d'être complète. Certes les recherches et publications en santé font références aux divers documents stratégiques produits mais les informations sont très peu utilisées pour la planification de l'action sanitaire au quotidien.

C'est pour toutes ces raisons que nous voulons proposer un mécanisme afin d'améliorer l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel, ce qui constitue le sujet et le Thème de notre mémoire.

Cette description sera complétée par l'analyse et la recherche des causes avec le diagramme d'Ishikawa pour la détermination des causes ; ensuite nous introduirons la recherche de solutions à l'aide du diagramme de PARETO.

### **5.1.2 Diagramme d'Ishikawa ou Diagramme en arête de poisson**

Le Diagramme d'Ishikawa ou Diagramme en arête de poisson, quant à lui, classe de manière générale, les causes en cinq grandes familles (Matière, Méthodes, Matériel, Main d'œuvre, Milieu).

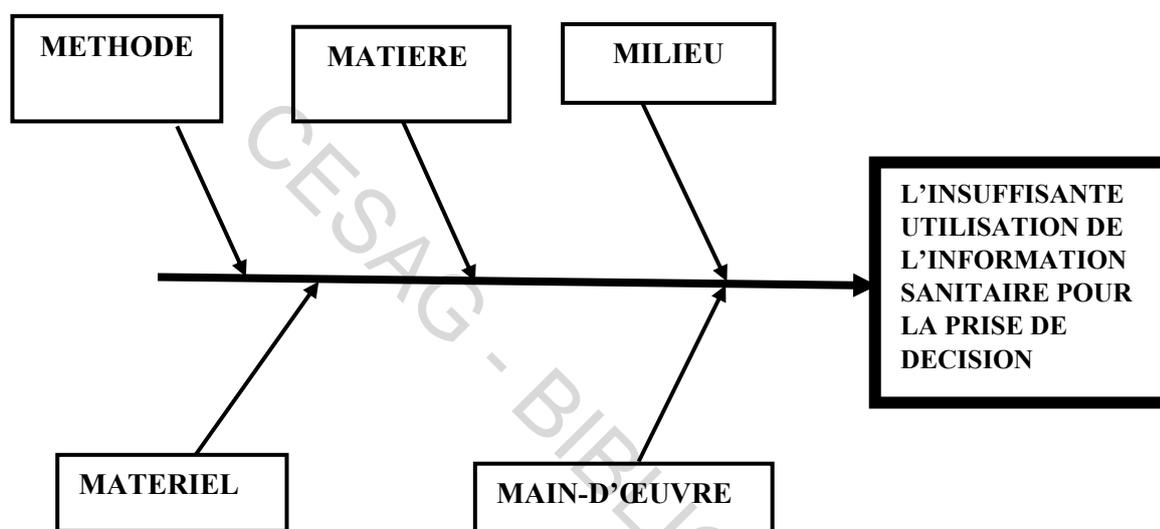
**Matière :** Tout ce qui est consommable (matière première) : données sanitaires, l'information sanitaire, etc.

**Méthodes :** Tout ce qui est lié au savoir-faire ou à l'organisation ou Méthode de réalisation de la tâche : Systématique de travail, démarche à suivre, document de politique et d'orientation sur les tâches du SIG, respect des procédures, etc.

**Matériel :** Tout ce qui résulte d'investissements : les locaux, les registres, l'outil informatique et les logiciels de gestion des données, etc.

**Main d'œuvre :** Tout ce qui est relatif à l'action humaine : compétence, connaissance, comportement et attitudes, formation, organisation de l'équipe de travail, etc.

**Milieu :** Tout ce qui est lié à l'environnement de travail, réglementaire, physique et humain : condition de travail, pression, dynamique de groupe<sup>3</sup>, relations institutionnelles de coopération entre le Gouvernement et l'ensemble des parties prenantes, etc.



Source : Cours de M. Colly, CESAG, 2015 [29]

Figure 24 : diagramme 5M en arête de Poisson

## 5.2 Détermination et analyse des causes

Afin de maîtriser les causes du problème prioritaire, nous avons procédé à une revue de littérature sur l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel au Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique en Côte d'Ivoire, en Afrique et dans le monde. Selon l'OMS, la problématique de l'information sanitaire est un défi. En effet, l'information sanitaire est vitale pour la prise de décision, le suivi-évaluation des programmes, afin de mesurer les progrès, et la performance des systèmes de santé. Mais, rares sont les pays de la région Afrique où le système d'information sanitaire est assez performant pour le suivi des progrès dans l'atteinte des OMD. Plusieurs raisons expliquent ce fait :

- Le caractère fragmenté et peu cohérent de ces systèmes d'information sanitaire ;
- La coordination difficile des parties prenantes ;

<sup>3</sup> Le Collectif des Chargés de la Surveillance Epidémiologique en côte d'ivoire

- La surcharge de travail des agents de santé dédiés à l'enregistrement des données ;
- Le faible degré de synthèse, d'analyse et d'utilisation des données collectées.

Selon les évaluations faites dans le cadre du renforcement de la performance du SIS dans divers pays en Afrique, les raisons les plus fréquemment évoquées faisant obstacle à l'utilisation de l'information sanitaire dans les prises de décisions, se résument à l'insuffisance de certains déterminants de la qualité de l'information sanitaire (**complétude, exactitude, fiabilité et la promptitude**). Des études faites au Gabon, au Mali, en Côte d'Ivoire et au Niger révèlent cinq (5) principales raisons :

- **l'insuffisance de culture de l'information et de leadership** en faveur de la production et de l'utilisation de l'information sanitaire pour la planification stratégique.

**L'absence de complétude des données sanitaires** : en Côte d'Ivoire, les données sanitaire du **sous-secteur privé lucratif et des EPN ne sont pas intégrées** au Système d'Information et de Gestion du MSHP (SIG Santé), alors que près de la moitié des dépenses de santé (48% en 2007 et 46% en 2008) [37] sont faites dans des officines et chez les opticiens du privé. De plus, avec une offre de plus de 800 lits sur un total d'environ 3000, les établissements sanitaires privés de Côte d'Ivoire représentent 21 à 30%<sup>4</sup> de l'offre de soins de santé. Cela constitue un manque à gagner pour une analyse situationnelle complète.

**Le dysfonctionnement du cadre de collaboration entre le secteur privé lucratif et le pouvoir public** participe à cette incomplétude de l'information sanitaire. En effet, selon une étude récente conduite sur « **l'état des lieux de la gestion des données sanitaires dans les établissements de soins du secteur privé à but lucratif du district autonome d'Abidjan** », seulement 31,3% des structures enquêtées avaient connaissance de l'existence d'une structure du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida chargée de la gestion des données sanitaires. Seulement 10% des structures sanitaires de l'échantillon ont déclaré avoir reçu une visite de supervision du directeur départemental ou du directeur régional de la santé au cours de l'année 2015. Seulement 22% des établissements enquêtés ont déclaré avoir participé à au moins une réunion organisée par le district sanitaire. [38]

- **La faible promptitude de transmission des données** : le retard de mise à disposition des données sanitaires est mis en cause et constitue l'une des raisons suffisantes de la non-utilisation de l'information issue de leur analyse. En effet, le retard et l'insuffisance de financement orienté vers la production de l'information stratégique font que les documents-

---

<sup>4</sup> Forum national pour l'amélioration de l'environnement des affaires dans le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, Juin 2008

rapports sont produits avec 1 à 2 ans de retard. Toute chose qui fait que cette information devient forclosée et ne peut être prise en compte au moment de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan stratégique de l'année en cours.

- **Le défaut de compliance<sup>5</sup> et de fiabilité** : les outils primaires d'enregistrement des consultations et des pathologies, des médicaments, des infrastructures ainsi que des équipements ne sont pas suffisamment renseignés, de sorte que l'analyse issue de ces données ne reflète pas la réalité de terrain.

Les indicateurs des différentes thématiques traitées par le système de santé doivent être autant renseignés dans le secteur privé comme dans les secteurs public et parapublic. Or, nous constatons que seul le secteur public rapporte ses données sur lesdites thématiques. On ne peut donc pas se fier totalement aux résultats des collectes pour mener des réflexions objectives.

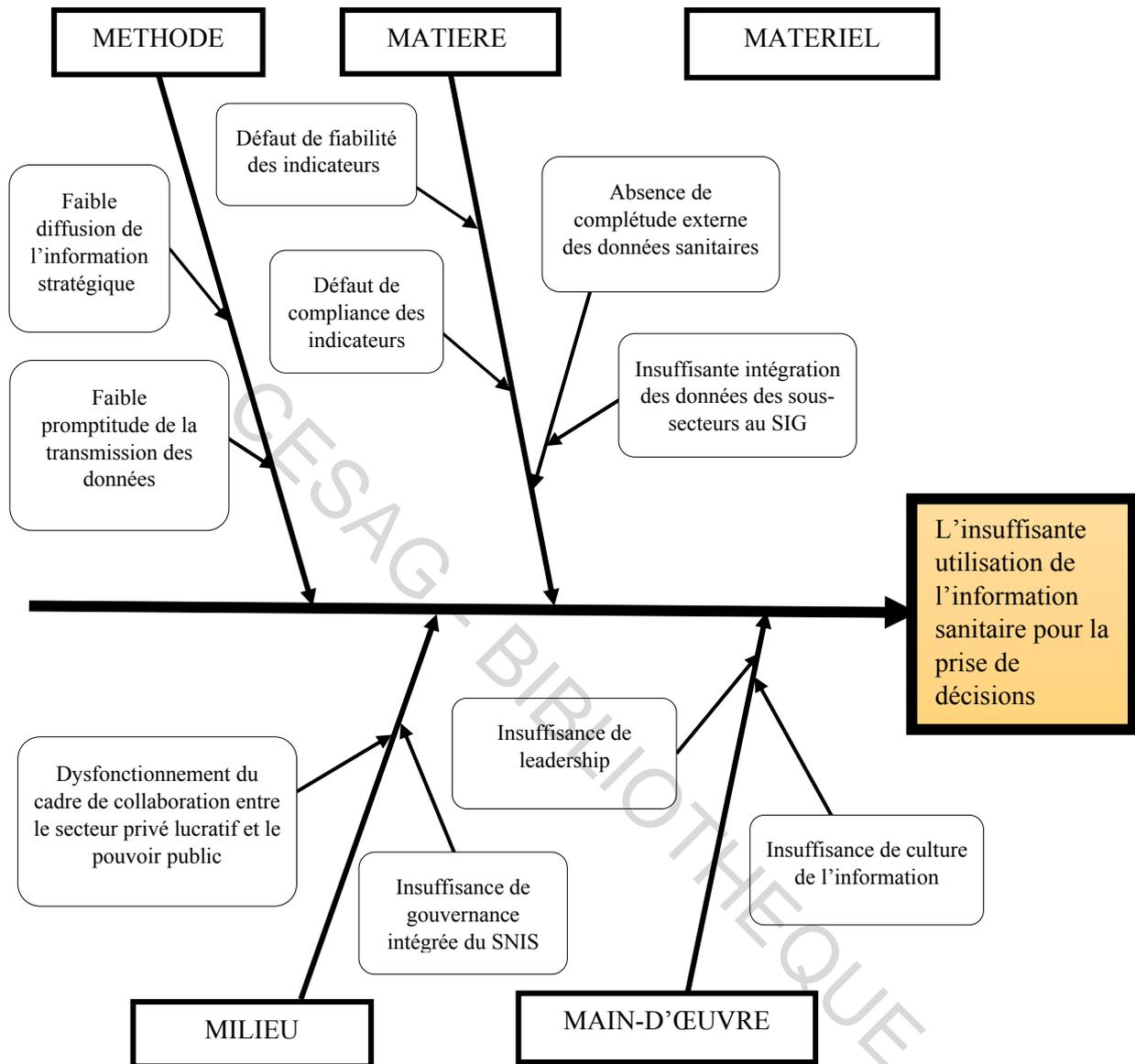
**La faible diffusion de l'information stratégique** : non seulement le rapportage et la transmission des données ne se font pas dans les délais prescrits, mais aussi les documents stratégiques comme le RASS et carte sanitaire sont produits avec 1 à 2 ans de retard. De plus l'information produite est à un niveau de diffusion quasiment nul [34].

Le groupe de travail restreint constitué du stagiaire du CESAG, d'un statisticien et d'un économiste de la santé, après les résultats de la revue documentaire et de l'enquête, s'est réuni avec le staff managérial de la DPPEIS (**5 personnes ressources**) pour identifier les causes du problème de l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en Côte d'Ivoire.

- Insuffisance de culture de l'information ;
- Insuffisance de leadership ;
- Absence de complétude des données sanitaires ;
- Dysfonctionnement du cadre de collaboration entre le secteur privé lucratif et le pouvoir public ;
- Insuffisante intégration des sous-secteurs du système de santé au SIG ;
- Faible promptitude de transmission des données sanitaires ;
- Défaut de compliance des indicateurs ;
- Défaut de fiabilité des indicateurs ;
- Faible diffusion de l'information stratégique
- Insuffisance de gouvernance intégrée du SNIS

---

<sup>5</sup> Rapport entre les indicateurs *thématiques* effectivement renseignés et le total des indicateurs à renseigner dans le SIG



Sources : analyse de l'auteur, données d'enquête (2016)

Figure 25 : Analyse des causes à l'aide du diagramme d'Ishikawa

Selon l'analyse de l'arbre du problème, il n'existe pas de cause liée au matériel. Le SIS en Côte d'Ivoire ne souffre pas de manque d'équipement matériel.

Lors de la rencontre du groupe restreint avec le staff managérial qui a permis de déterminer la cause majeure, la méthode de l'approche par recherche du consensus a été adoptée. Le groupe a procédé au vote pondéré pour hiérarchiser les causes du problème. Chaque participant disposait de 10 points au maximum à répartir par cause.

Afin de faciliter la délibération, les causes sus énumérées ont été identifiées par des lettres de l'alphabet.

### 5.3 Hiérarchisation des causes

La hiérarchisation des causes de l'insuffisante utilisation de l'information s'est faite par un vote pondéré des membres du groupe nominal. Chaque personne ressource attribue une note sur une échelle allant 1 à 10 selon l'importance accordée à la cause, au regard de son influence dans la non utilisation de l'information sanitaire.

**Tableau XI : priorisation des causes**

| CAUSES   | Notes des membres |           |           |           |           | Total      | Rang             |
|--|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------------|
|  | PR1               | PR2       | PR3       | PR4       | PR5       |            |                  |
| Faible diffusion de l'information stratégique  | 6                 | 5         | 6         | 6         | 5         | 28         | 2 <sup>ème</sup> |
| Insuffisance de culture de l'information   | 7                 | 8         | 8         | 7         | 8         | 38         | 1 <sup>er</sup>  |
| Faible promptitude de transmission des données sanitaires  | 6                 | 5         | 4         | 6         | 4         | 25         | 3 <sup>ème</sup> |
| Insuffisance de leadership   | 4                 | 5         | 5         | 4         | 6         | 24         | 4 <sup>ème</sup> |
| Absence de complétude des données sanitaires   | 4                 | 4         | 4         | 4         | 5         | 21         | 5 <sup>ème</sup> |
| Dysfonctionnement du cadre de collaboration entre le secteur privé lucratif et le pouvoir public | 2                 | 3         | 2         | 3         | 3         | 13         | 6 <sup>ème</sup> |
| Défaut de fiabilité des indicateurs  | 3                 | 1         | 2         | 3         | 2         | 11         | 7 <sup>ème</sup> |
| Insuffisante intégration des sous-secteurs du système de santé au SIG                            | 2                 | 2         | 2         | 1         | 3         | 10         | 8 <sup>ème</sup> |
| Défaut de compliance (complétude interne) des indicateurs  | 2                 | 1         | 3         | 1         | 2         | 9          | 9 <sup>ème</sup> |
| <b>TOTAL</b>   | <b>36</b>         | <b>34</b> | <b>36</b> | <b>35</b> | <b>38</b> | <b>179</b> |                  |

Sources : calculs de l'auteur, données d'enquête (2016)

Après le vote de chaque membre, nous avons fait le total des points attribués à chaque cause. « La faible diffusion de l'information stratégique » a enregistré le plus gros score donc elle a été retenue comme principale cause de l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel.

Le Diagramme de Pareto a été utilisé pour mettre en évidence les causes principales par ordre décroissant justifiant que 20% des causes expliquent 80% du problème.

Tableau XII : Priorisation des causes du problème avec le Diagramme de Pareto

| CAUSES   | Notes des membres |     |     |     |     | Répartition des points | Fréquence des points pondérés (%) | fréquences cumulées (%) |
|--|-------------------|-----|-----|-----|-----|------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
|  | PR1               | PR2 | PR3 | PR4 | PR5 |                        |                                   |                         |
| Insuffisance de culture de l'information   | 7                 | 8   | 8   | 7   | 8   | 38                     | 21%                               | 21%                     |
| Faible diffusion de l'information stratégique  | 6                 | 5   | 6   | 6   | 5   | 28                     | 16%                               | 37%                     |
| Faible promptitude dans la transmission des données sanitaires                                   | 6                 | 5   | 4   | 6   | 4   | 25                     | 14%                               | 51%                     |
| Insuffisance de leadership   | 4                 | 5   | 5   | 4   | 6   | 24                     | 13%                               | 64%                     |
| Absence de complétude des données sanitaires   | 4                 | 4   | 4   | 4   | 5   | 21                     | 12%                               | 76%                     |
| Dysfonctionnement du cadre de collaboration entre le secteur privé lucratif et le pouvoir public | 2                 | 3   | 2   | 3   | 3   | 13                     | 7%                                | 83%                     |
| Défaut de fiabilité des indicateurs  | 3                 | 1   | 2   | 3   | 2   | 11                     | 6%                                | 89%                     |
| Insuffisante intégration des sous-secteurs du système de santé au SIG                            | 2                 | 2   | 2   | 1   | 3   | 10                     | 6%                                | 95%                     |
| Défaut de compliance (complétude interne) des indicateurs  | 2                 | 1   | 3   | 1   | 2   | 9                      | 5%                                | 100%                    |
| TOTAL  | 36                | 34  | 36  | 35  | 38  | 179                    | 100%                              |                         |

Sources : calculs de l'auteur, données d'enquête (2016)

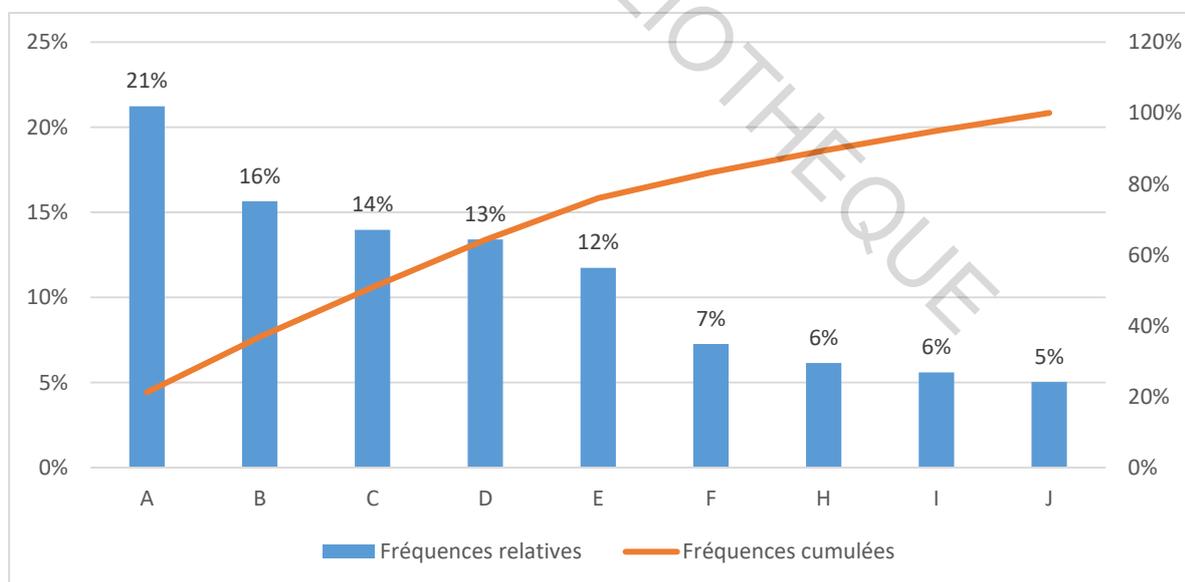
Selon les résultats du tableau de priorisation des causes, l'Insuffisance de culture de l'information est retenue comme la cause principale de l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel.

En considérant que l'Insuffisance de culture de l'information constitue 21% des causes du problème de la faible utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel, et que selon la loi de PARETO, 20% des causes induisent 80% des conséquences du problème ; en résolvant les 21% des causes du problème, cela permettra d'éviter plus de 80% des conséquences de l'insuffisance de la culture de l'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel.

**Tableau XIII:** causes majeures identifiées

| CAUSES MAJEURES DU PROBLEME<br>PRIORITAIRE IDENTIFIE  | SCORE | Fréquence<br>relative | Rang             | Fréquence<br>cumulée |
|---|-------|-----------------------|------------------|----------------------|
| L'insuffisance de culture de l'information ;  | 38    | 21%                   | 1 <sup>er</sup>  | 21%                  |
| La faible diffusion de l'information stratégique ;  | 28    | 16%                   | 2 <sup>ème</sup> | 37%                  |
| La faible promptitude dans la transmission des données sanitaires                                 | 25    | 14%                   | 3 <sup>ème</sup> | 51%                  |
| L'insuffisance de leadership dans la gouvernance du SNIS  | 24    | 13%                   | 4 <sup>ème</sup> | 64%                  |
| L'absence de complétude des données sanitaires  | 21    | 12%                   | 5 <sup>ème</sup> | 76%                  |
| Dysfonctionnement du cadre de collaboration entre le secteur privé lucratif et le secteur public. | 13    | 7%                    | 6 <sup>ème</sup> | 83%                  |

**Sources :** calculs de l'auteur, données d'enquête (2016)



**Sources :** calculs de l'auteur, données d'enquête (2016)

**Figure 26 :** Diagramme de PARETO

Le diagramme de Pareto montre que la cause principale (insuffisance de culture de l'information) explique dans une proportion proche de 100%, le problème de la faible utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel. Il s'agit de

- ✓ La faible diffusion de l'information stratégique ;
- ✓ La faible promptitude de transmission des données sanitaires ;
- ✓ L'insuffisance de leadership dans la gouvernance du SNIS;
- ✓ L'absence de complétude des données sanitaires ;
- ✓ Dysfonctionnement du cadre de collaboration entre le secteur privé lucratif et le secteur public ;
- ✓ Défaut de fiabilité des indicateurs ;
- ✓ Insuffisante intégration des sous-secteurs (Public et Privé) du système de santé au SIG
- ✓ Défaut de compliance (complétude interne) des indicateurs ;

En effet, d'une part, l'insuffisance de culture de l'information produit (i) la faible diffusion de l'information stratégique, elle-même liée à (ii) la faible promptitude (retard) de transmission des données sanitaires ; d'autre part (iii) l'insuffisance de leadership dans la gouvernance du SNIS pourrait être corrélée à (iv) l'absence de complétude des données sanitaires, ainsi qu'au (v) dysfonctionnement du cadre de collaboration entre le secteur privé et le secteur public. Le tout est fondé sur la non maîtrise des différentes dimensions de l'information stratégique. L'ensemble produit 83% du problème d'utilisation de l'information sanitaire. Il suffira donc de s'attaquer prioritairement à l'insuffisance de culture de l'information et par extension aux 5 autres causes pour régler à plus de 80% le problème de la faible utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel.

## CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

### 6.1 Identification des solutions possibles

#### 6.1.1 Revue de littérature

Une étude conduite avec l'appui de Public Health Institutes of the World (IANPHI) dans le but de faire un état des lieux de la gestion des données sanitaires dans les établissements de soins à but lucratif du district autonome d'Abidjan, en 2015 a couvert 291 établissements privés de soins autorisés. Les résultats ont révélé d'une part, que 92,7% des établissements de soins du secteur privé ne transmettent pas leurs données sanitaires au SNIS, et que d'autre part, seulement 10,4% de ces structures ont reçu une visite du Directeur départemental de la Santé (Médecin-Chef de District) ou du Directeur Régional. Plus de la moitié des établissements sanitaires visités ne disposent pas de SIG fonctionnel. De plus, la plupart des établissements sanitaires enquêtés (69%) n'avaient pas connaissance d'une structure du Ministère ayant en charge la gestion des données sanitaires [39].

Olivier LE DEUFF, citant Michel Menou, dans sa Thèse de Doctorat en Sciences de l'information et de la communication intitulée « la culture de l'information en reformation », définit la culture de l'information comme étant « un système de valeurs, d'attitudes et de comportements, de connaissances et d'aptitudes qui conduisent non seulement à un usage intelligent et approprié de l'information externe, mais surtout à contribuer à la diffusion et à la bonne utilisation de l'information tant externe qu'interne (ou produite/reconfigurée par soi-même). Donc une culture de partage et d'enrichissement collectif » [40].

L'analyse de cette définition corrobore la thèse selon laquelle il existerait un lien étroit de cause à effet entre culture de l'information, diffusion, usage intelligent et partage collectif de l'information. En réalité, celui qui a un bon niveau de culture de l'information saura non seulement apprécier l'information de qualité, mais aussi, saura la partager à temps pour qu'elle serve aux besoins du moment. En outre l'auteur soutient que « *culture de l'information et éducation à l'information bien que distinctes sont indissociablement liées. Car, à l'instar d'une éducation initiale, la culture de l'information ne peut être que le fruit d'un apprentissage assuré par l'environnement, qu'il soit institutionnel (scolaire) ou socioculturel, dans lequel vivent les individus* ». [40]

#### 6.1.2. Différentes solutions identifiées

Au vu de ce qui précède les solutions identifiées par les acteurs et en fonction de la revue de littérature sont :

- Relever le niveau de la culture de l'information par la formation et le coaching des décideurs sur l'utilisation de l'information sanitaire ;
- Créer un cadre de suivi et évaluation des indicateurs de performance ;
- Créer un bulletin de retro information pour la publication des études et enquêtes en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire ;
- Mettre en place une plateforme commune pour la diffusion de l'information sanitaire ;
- Assurer l'intégration de l'ensemble des données (public et privé) du secteur de la santé au SIG.

## 6.2 Priorisation et choix de la solution

Les solutions issues de la littérature et celles proposées par le personnel sont dressées dans le tableau ci-après pour la priorisation.

Les critères pour la priorisation sont les suivants :

- **Temps** : c'est le délai d'exécution de la solution ;
- **Coût** : les ressources nécessaires pour la réalisation de la solution ;
- **Acceptabilité** : la solution sera-t-elle acceptée par les responsables et les bailleurs pour sa réalisation ;
- **Faisabilité** : la solution retenue est-elle réalisable et réaliste ; [42 ; 43]

La pondération des critères de faisabilité et d'acceptabilité va de 1 à 3 :

- Faisabilité et acceptabilité élevée : 3
- Faisabilité et acceptabilité moyenne : 2
- Faisabilité et acceptabilité faible : 1

La pondération des critères de Temps et du Coût évolue également de 1 à 3 :

- Temps et coût élevé : 1
- Temps et coût moyen : 2
- Temps et coût faible : 3

La priorisation a été assurée par le même panel des cinq acteurs clés de la technique du groupe nominal. Nous avons conservé la même méthodologie de sommation des votes pondérés de chaque critère. Cela a constitué le score final attribué à la solution identifiée par le consensus du vote.

**Tableau XIV : Priorisation des solutions**

| N°    |   | Temps | Coût | Acceptabilité | Faisabilité | Score | Rang             |
|-------|---|-------|------|---------------|-------------|-------|------------------|
| A     | <b>Former les acteurs du SNIS sur l'utilisation de l'information sanitaire</b>  | 9     | 6    | 9             | 10          | 34    | 1 <sup>er</sup>  |
| B     | Créer un cadre de suivi et évaluation des indicateurs de performance  | 6     | 5    | 7             | 8           | 26    | 5 <sup>ème</sup> |
| C     | Créer un bulletin de retro information pour la publication des études et enquêtes en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire | 5     | 7    | 9             | 8           | 29    | 3 <sup>ème</sup> |
| D     | Mettre en place une plateforme commune pour la diffusion de l'information sanitaire   | 5     | 5    | 9             | 9           | 28    | 4 <sup>ème</sup> |
| E     | Assurer l'intégration de l'ensemble des données (public et privé) du secteur de la santé au SIG   | 6     | 7    | 8             | 9           | 30    | 2 <sup>ème</sup> |
| TOTAL |   | 29    | 30   | 42            | 44          | 145   |                  |

**Sources :** calculs de l'auteur, données d'analyse (2016)

Au cours de l'exercice pour le choix de la solution prioritaire, la formation des acteurs (décideurs) sur l'utilisation de l'information a eu le plus grand score soit 34. Nous allons planifier et mettre en œuvre la « **Formation (coaching) des acteurs du SNIS sur les différentes dimensions de l'information stratégique en vue de l'acquisition de la culture de l'information sanitaire** ». Cette formation inclut les supervisions formatives, le coaching, le monitoring et l'organisation d'ateliers de partage d'expérience entre les acteurs du système.

### **6.3 Modèle conceptuel d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire**

A l'issue de l'analyse de la priorisation des solutions, nous suggérons un modèle d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire. Le narratif qui suit décrit le processus pour aboutir à la finalité de l'utilisation de l'information sanitaire.

En effet, sans la complétude des données (complétude des variables et complétude des rapports), l'information sanitaire produite ne pourra pas avoir la qualité suffisante pour servir à la prise de décision. C'est pourquoi l'intégration des données sanitaires des sous-secteurs public et privé au SIG est primordiale afin de donner à l'information sanitaire son caractère catalyseur de décisions stratégiques. Ainsi, l'intégration de l'ensemble des données produites par le SIS permettra d'apprécier la performance réelle et entière du système de santé.

En plus de l'intégration de toutes les sources de production, il est également nécessaire et même obligatoire de joindre aux activités de collecte et de compilation des données sanitaires, le principe de contrôle qualité prenant en compte la vérification de tous les déterminants de qualité

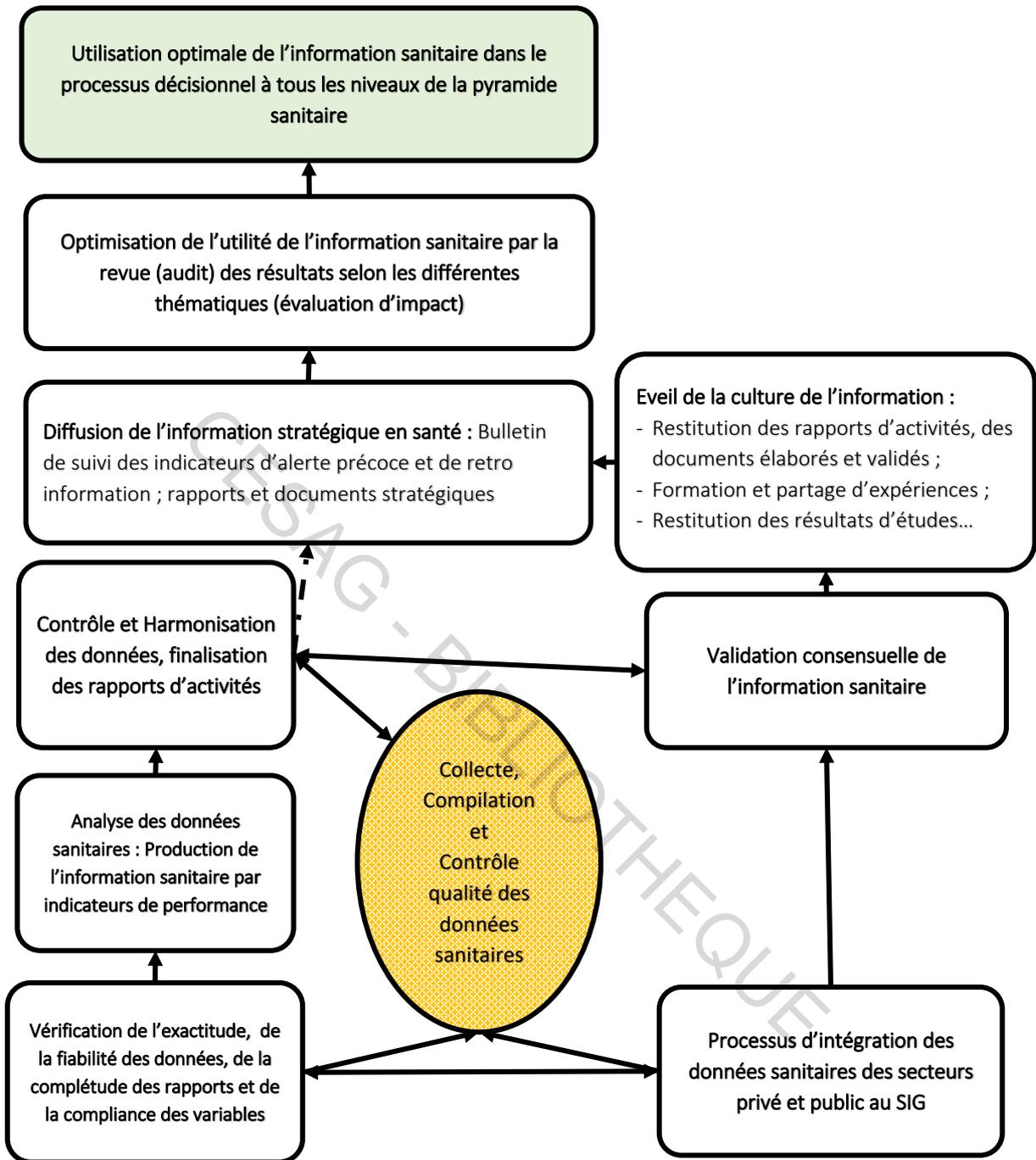
en la matière. Dans ce contexte le suivi évaluation et l'analyse des indicateurs de performance permettra d'orienter l'action sanitaire. L'information issue de ce premier niveau d'analyse subira une harmonisation débouchant sur l'élaboration et la finalisation des rapports et d'autres documents de stratégie. L'étape d'harmonisation permettra d'aboutir à la validation officielle des documents élaborés. Après la validation vient l'étape de restitution des rapports/documents. C'est l'occasion du partage d'expériences, de Communication pour le Changement de Mentalité (CCM) et de formation afin de susciter l'éveil de la culture de l'information chez les acteurs du système de santé.

La diffusion des différents documents stratégiques produits permettra de mettre à la disposition de tout le système de santé et des partenaires, l'information stratégique pour la planification des ressources et la mise en œuvre des recommandations.

Afin de pallier au retard de diffusion des documents nous suggérons la mise en place d'une plateforme commune pour la diffusion des rapports et autres documents de stratégie. De plus **le Bulletin de retro information et de suivi des indicateurs d'alerte précoce** sera le canal de publication des résultats d'études et enquêtes en santé. Ce sera un outil d'accompagnement des supervisions.

Afin d'accentuer la culture de l'information chez les acteurs et de développer un leadership en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision, il faille recommander d'optimiser l'utilité de l'information sanitaire dans la gestion du système de santé. Cela passe par des supervisions formatives régulières et des évaluations d'impacts de l'action sanitaire. Ce sera par exemple la revue ou l'audit des résultats selon les différentes thématiques. Tout ce processus aboutira à l'utilisation optimale de l'information sanitaire dans le processus décisionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans toutes les fonctions.

### MODELE CONCEPTUEL



Sources : analyse de l'auteur, données d'enquête (2016)

Figure 27 : Cadre d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire

## **CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION**

### **7.1 Justification**

Au cours de l'exercice pour le choix de la solution prioritaire, la formation des acteurs (décideurs) sur l'utilisation de l'information a eu le plus grand score. Le groupe de travail (le Panel) estime que l'acquisition de la culture de l'information passe par la formation, la Communication pour le Changement de Mentalité (CCM) et la supervision. Ce choix a été corroboré par la revue de littérature. Mais au vu des liens logiques et opérationnels qui existent entre les différentes solutions soumises au vote, l'on procédera à une mise en œuvre intégrée de toutes les solutions sous-jacentes. Ceci permettra d'aboutir à de meilleurs résultats.

En effet, la création d'un bulletin de retro information et de suivi des indicateurs d'alerte précoce est destinée à faciliter la publication des résultats des études et enquêtes en santé qui pourraient constituer une masse critique d'informations stratégiques. Cet outil favorisera de notre avis l'utilisation de l'information sanitaire. Couplée avec la supervision et le partage d'expérience, elle pourrait être la solution la plus opérationnelle, après la formation des acteurs, parce qu'elle a l'avantage de promouvoir la Communication pour le Changement de Mentalité (CCM). La création du bulletin sera appuyée par une politique incitative d'intégration des données sanitaires des secteurs Public et Privé dans le SIG et la mise en place de la plateforme commune pour la diffusion des rapports et autres documents de stratégie. Ces procédés permettront de mettre en temps réel, l'information sanitaire à la disposition de l'utilisateur.

### **7.2 Objectifs du projet mise en œuvre des solutions**

- 1 Renforcer le cadre institutionnel du SNIS d'ici 2017 ;
- 2 Renforcer le cadre du S/E du SIS pour la production de l'information sanitaire de qualité destinée à la prise de décision ;
- 3 Accroître la complétude (intégration) et la fiabilité de l'information sanitaire produite par le SIS en l'étendant au secteur privé;
- 4 Accroître le niveau d'utilisation de l'information sanitaire de 25% dans le processus décisionnel d'ici fin 2017;

### **7.3 Cadre logique**

Notre projet va s'intéresser à intégrer 25% des 291 établissements privés de soins autorisés [37] du district autonome d'Abidjan pour l'année 2017. Nous faisons remarquer que le secteur public est à 100% intégré au SIG. L'effort de déploiement de DHIS2 et des outils de gestion sera mis prioritairement sur 73 établissements du privé et les 39 structures publiques de notre

échantillon. Les formations que nous projetons administrer aux Gestionnaires de données du SIS prendra donc en compte 73 responsables du secteur privé, 52 administrateurs de données du public (issus des structures enquêtées). Soit au total 125 responsables ayant en charge la gestion de l'information sanitaire. Toute la planification qui suit est faite sur l'année 2017 et constitue une phase pilote courant de janvier à décembre.

**Tableau XV : Cadre logique des Axes d'intervention**

| logique des interventions  | Résultats attendus  | Indicateurs Objectivement Vérifiables                                       | Sources/moyens de vérification   | Conditions critiques  |
|--|---|---|--|---|
| <b>AXE STRATEGIQUE 1 : renforcement du cadre institutionnel du système de l'information sanitaire par la formation de 125 acteurs (décideurs) sur l'utilisation de l'information sanitaire en 2017</b>             |   |   |  |   |
| <b>Résultat d'effet 1 : Accroître la gouvernance et le leadership du cadre institutionnel du SIS dans les 125 structures de la phase pilote en fin 2017</b>  |   |   |  |   |
| <b>Objectif 1 : Renforcer le cadre institutionnel du SIS des 125 structures de la phase pilote de janvier à décembre 2017</b>  |   |   |  |   |
| A1.1. Réviser le document de politique du SNIS en intégrant au SIG les établissements du secteur Privé au 31 janvier 2017  | Le document de politique national en matière du SIS est révisé et intègre au SIG 25% des établissements identifiés du secteur privé lucratif en 2017          | Le document de politique validé est disponible                              | le rapport de l'activité d'intégration des données   | Si le financement disponible et accord avec le secteur Privé              |
| A1.2. Créer un cadre opérationnel incitatif en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision par la formation, la supervision, le coaching, la CCM des 125 gestionnaires de données | Les ateliers régionaux de formation sur la résolution des problèmes et le processus décisionnel pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont organisés | Le nombre d'opérateurs formés à l'issue des ateliers régionaux de formation | les rapports de formation avec les listes de présence  | Si adhésion de tous les partenaires publics-privés de mise en œuvre (PMO) |
| <b>AXE STRATEGIQUE 2 : renforcement du cadre de production de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décisions</b>  |   |   |  |   |
| <b>résultat d'effet 2 : Meilleures orientations des Ressources Matérielles, Humaines et Financières dédiées à la santé pour la prise en charge des populations cibles</b>  |   |   |  |   |
| <b>Objectif 2: Renforcer l'intégration des données dans le SIG de 125 établissements des secteurs public et privé en 2017</b>  |   |   |  |   |
| A2.1. Assurer l'intégration de l'ensemble des données de 125 établissements privés et publics de soins au SIG  | Les données des 125 établissements privés identifiés sont saisies dans DHIS2  | Nombre d'établissements du privé et du public intégrés au SIG               | Liste des établissements figurant dans le rapport final de suivi des activités                                   | Si volonté politique favorable Adhésion des DDS DRS                       |
| A2.2. Accroître la complétude interne et externe (fiabilité) de l'information sanitaire produite par le SIS  | Les registres des 125 établissements et leurs rapports d'activités sont entièrement et correctement renseignés  | Base des données DHIS2 des établissements visités à jour                    | Rapports de supervision et de DQR avec liste des établissements visités et ayant déposé les rapports d'activités | Si volonté politique favorable Adhésion des DDS DRS                       |
| <b>AXE STRATEGIQUE 3 : renforcement du cadre de gestion de l'information sanitaire pour la prise de décision</b>   |   |   |  |   |
| <b>Résultat d'effet 3: Bonne couverture des besoins prioritaires de la Population en matière de santé</b>  |   |   |  |   |

| logique des interventions   | Résultats attendus  | Indicateurs Objectivement Vérifiables   | Sources/moyens de vérification  | Conditions critiques  |
|---|---|---|---|---|
| <b>Objectif 3 : Renforcer le cadre du S/E du SIS pour la production de l'information sanitaire de qualité destinée à la prise de décision</b>                             |   |   |   |   |
| <b>A3.1.</b> Déployer le DHIS2 à tous les niveaux de la Pyramide sanitaire y compris dans les 73 établissements privés  | Le DHIS2 est installé sur tous les sites publics de prestation de soins et dans 125 structures publiques et privées | Le DHIS2 est fonctionnel sur les sites  | Le rapport d'installation des sites avec liste des établissements visités                         | Si adhésion de tous et le financement disponible                |
| <b>A3.2.</b> Développer et valider les indicateurs de performance et de l'Alerte Précoce du SIS en Côte d'Ivoire d'ici mars 2017  | Les indicateurs de performance et de l'Alerte Précoce du SIS sont sélectionnés et validés                           | le dictionnaire des indicateurs de performance et de l'Alerte Précoce édité et diffusé    | Le Dictionnaire des indicateurs dans les structures visitées                                      | Si consensus sur les indicateurs                                |
| <b>A3.3.</b> Suivre et évaluer chaque trimestre à partir de mars 2017 les indicateurs de performance et de l'alerte précoce   | Rapports trimestriel de Suivi-Evaluation des secteurs Public et Privé   | Nombre de SIS sectoriel visités figurant dans le rapport final d'activités                | Rapports trimestriels de suivi-évaluation   | Cadre de collaboration secteur public-secteur privé fonctionnel |
| <b>AXE STRATEGIQUE 4 : renforcement du cadre d'échange sur l'information sanitaire pour la prise de décision</b>  |   |   |   |   |
| <b>Résultat d'effet 4 :</b> Meilleures orientations des Ressources Matérielles, Humaines et Financières dédiées à la santé pour la prise en charge des populations cibles |   |   |   |   |
| <b>Objectif 4 : Accroître le niveau d'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel</b>  |   |   |   |   |
| <b>A4.1.</b> Créer un bulletin de retro information pour la publication des indicateurs, des études et enquêtes d'ici février 2017  | Les enquêtes et études sont publiées dans les parutions du bulletin à partir de février 2017                        | Nombre de bulletins (125 exemplaires en phase d'essai) édités à chaque parution           | La disponibilité des bulletins édités dans les structures visitées                                | Si Financement disponible                                       |
| <b>A4.2.</b> Mettre en place d'ici le 31 mars 2017 une plateforme commune pour la diffusion de l'information sanitaire  | La plateforme est fonctionnelle au 31 mars 2017   | Nombre de rapports et documents de stratégie diffusés                                     | Les rapports et documents de stratégie sont disponibles sur le portail web et dans les structures | Si le Financement des diffusions est exécuté                    |
| <b>A4.3.</b> Mettre à disposition le bulletin de retro information sur les indicateurs de performance et de l'Alerte Précoce  | Le Bulletin de retro information est édité et disponible au cours des réunions de coordination                      | Le nombre de Bulletin de retro information distribué pendant les réunions de Coordination | Rapports de réunions de coordination avec liste de distribution du bulletin                       | Signature d'un cadre de collaboration Presse-Ministère          |

## 7.4 Plan opérationnel

### 7.4.1 Résumé du plan de mise en œuvre des actions prioritaires

Le résultat d'impact recherché par la mise en œuvre du projet est une adéquation entre les paquets d'activités des structures et les ressources disponibles. Cela va se faire sur 4 axes stratégiques.

**Objectif 1 :** Renforcer le cadre institutionnel du SIS de 125 structures de la phase pilote de janvier à décembre 2017

### AXE STRATEGIQUE 1

Renforcement du cadre institutionnel du système national de l'information sanitaire par la formation des acteurs (décideurs) sur l'utilisation de l'information sanitaire.

**Résultat d'effet 1:** Accroître les leviers de la gouvernance des six piliers du système de santé et le leadership du cadre institutionnel du SNIS.

**Objectif 2 :** Renforcer l'intégration des données dans le SIG de 125 structures de santé des secteurs public et privé en 2017.

### AXE STRATEGIQUE 2

Renforcement du cadre de production de l'information sanitaire de qualité par la révision des indicateurs en prenant en compte les spécificités des entreprises privées de santé.

**Résultat d'effet 2 :** disponibilité d'une information de qualité sur la gestion des Ressources tant publiques que privées.

**Objectif 3 :** Renforcer le cadre du S/E du SIS pour la production de l'information sanitaire de qualité destinée à la prise de décision dans 125 structure de santé en 2017.

### AXE STRATEGIQUE 3

Renforcement du cadre de gestion de l'information sanitaire par la création d'un bulletin de Suivi-Evaluation des indicateurs de l'alerte précoce pour la prise de décision.

**Résultat d'effet 3:** Bonne couverture des besoins prioritaires des Populations en matière de santé, dans le temps et dans l'espace.

**Objectif 4 :** Accroître de 25% le niveau d'utilisation de l'information sanitaire de 125 structures de santé dans le processus décisionnel en 2017.

### AXE STRATEGIQUE 4

Renforcement du cadre d'échange sur l'information sanitaire à travers l'institution d'une plateforme commune de diffusion des documents stratégiques pour la prise de décision, puis des ateliers de partage d'expérience.

**Résultat d'effet 4 :** Communication pour le Changement de Mentalité et meilleures orientations des ressources (matérielles, humaines et financières) dédiées à la santé pour la prise en charge des populations cibles.

**Tableau XVI :** chronogramme des activités de mise en œuvre du plan de résolution

| Logique des interventions  | 2017 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Responsable | Partenaire | Hypothèses critiques |
|--|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|------------|----------------------|
|  | J    | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |             |            |                      |
| <b>AXE STRATEGIQUE 1 : renforcement du cadre institutionnel du système de l'information sanitaire par la formation de 125 acteurs (décideurs) sur l'utilisation de l'information sanitaire</b> |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |            |                      |
| <b>Résultat d'effet 1: Accroître la gouvernance et le leadership du cadre institutionnel du SIS dans les 125 structures de la phase pilote en fin 2017</b>                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |            |                      |
| <b>Objectif 1 :</b> Renforcer le cadre institutionnel du SIS des 125 structures de la phase pilote de janvier à décembre 2017  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |            |                      |



## 7.5 Budget du projet

**Tableau XVII : Budgétisation du plan de résolution**

| ACTIVITES PREVUES  | Coût des interventions | PTF            | Source de Financement |
|--|------------------------|----------------|-----------------------|
| <b>AXE STRATEGIQUE 1 : renforcement du cadre institutionnel du système de l'information sanitaire par la formation de 125 acteurs (décideurs) sur l'utilisation de l'information sanitaire</b> |                        |                |                       |
| <b>Résultat d'effet 1: Accroître la gouvernance et le leadership du cadre institutionnel du SIS dans les 125 structures de la phase pilote en fin 2017</b>                                     |                        |                |                       |
| <b>Objectif 1 : Renforcer le cadre institutionnel du SIS des 125 structures de la phase pilote de janvier à décembre 2017</b>  |                        |                |                       |
| A1.1. Réviser le document de politique du SNIS en y intégrant tous les sous-secteurs Public et Privé   | 39 462 500             | secteur Public | PM : DAF, SAF         |
| SA1.1.1. Réviser la politique de fiscalité sur les activités du secteur privé lucratif   | 15 061 000             | secteur Public | PM : DAF, SAF         |
| A1.2. Créer un cadre opérationnel et incitatif en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision par la formation, la supervision, le coaching, la CCM           | PM                     | PM=15.061.000  | PM : DAF, SAF         |
| <b>TOTAL AXE STRATEGIQUE 1</b>   | <b>54 523 500</b>      |                |                       |
| <b>AXE STRATEGIQUE 2 : Renforcement du cadre de production de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décisions.</b>   |                        |                |                       |
| <b>Résultat d'effet 2: disponibilité d'une information de qualité sur la gestion des Ressources.</b>   |                        |                |                       |
| <b>Objectif 2 : Renforcer l'intégration des données dans le SIG de 125 établissements des secteurs public et privé en 2017</b>   |                        |                |                       |
| A2.1. Assurer l'intégration de l'ensemble des données (public et privé) du secteur de la santé au SIG  | 13 741 000             | Secteur Privé  | PM : ACPCI/DAF        |
| A2.2. Accroître la complétude interne et externe (fiabilité) de l'information sanitaire produite par le SIS par la supervision   | PM                     | Secteur Public | PM : DAF, SAF         |
| <b>TOTAL AXE STRATEGIQUE 2</b>   | <b>13 741 000</b>      |                |                       |
| <b>AXE STRATEGIQUE 3 : Renforcement du cadre de gestion de l'information sanitaire pour la prise de décision.</b>  |                        |                |                       |
| <b>Résultat d'effet 3: Bonne appréciation des besoins prioritaires des Populations en matière de santé.</b>  |                        |                |                       |
| <b>Objectif 3: Renforcer le cadre du S/E du SIS pour la production de l'information sanitaire de qualité destinée à la prise de décision</b>   |                        |                |                       |
| A3.1. Déployer le DHIS2 à tous les niveaux de la Pyramide sanitaire y compris dans le secteur privé  | 115000000              | secteur privé  | PM : DAF, SAF         |
| A3.2. Développer et valider les indicateurs de performance et de l'Alerte Précoce du SIS en Côte d'Ivoire  | PM                     |                |                       |
| A3.3. Suivre et évaluer chaque trimestre les indicateurs de performance et de l'alerte précoce   | 11487500               |                |                       |
| <b>TOTAL AXE STRATEGIQUE 3</b>   | <b>126 487 500</b>     |                |                       |
| <b>AXE STRATEGIQUE 4 : Renforcement du cadre d'échange sur l'information sanitaire pour la prise de décision.</b>  |                        |                |                       |
| <b>Résultat d'effet 4 : Meilleures orientations des Ressources Matérielles, Humaines et Financières dédiées à la santé pour la prise en charge des populations cibles.</b>                     |                        |                |                       |
| <b>Objectif 4 : Accroître le niveau d'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel</b>   |                        |                |                       |
| A4.1. Créer un bulletin de retro information pour la publication des indicateurs, des études et enquêtes en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire                                 | 1 200 000              | secteur Public | PM : DAF, SAF         |
| A4.2. Mettre en place une plateforme commune pour la diffusion de l'information sanitaire  | 11487500               |                | PM : ACPCI/DAF        |
| A4.3. Mettre à disposition le bulletin de retro information sur les indicateurs de performance et de l'Alerte Précoce  | 2500000                |                | PM : ACPCI/DAF        |
| <b>TOTAL AXE STRATEGIQUE 4</b>   | <b>15 187 500</b>      |                | PM                    |
| <b>Coût global du projet</b>   | <b>209 939 500</b>     | secteur privé  | 126 487 500           |
| <b>Totale de l'Imputation au secteur public</b>  |                        | Secteur public | 83 452 000            |

Le coût total du projet de résolution du problème prioritaire est de deux cent neuf millions trois cent trente-neuf mille cinq cent frs CFA (**209.939.500**), dont quatre-vingt-trois millions quatre cent cinquante-deux mille frs CFA (**83 452 000 frs CFA**) imputable au secteur public.

## 7.6 Suivi et évaluation

Les ressources étant rares par définition, le but du suivi-évaluation (S/E) est d'optimiser leur utilisation pour atteindre les objectifs afin d'être à la fois efficace et efficient. L'outil de suivi-évaluation permet par conséquent d'être performant. En d'autres termes le S/E du projet de résolution du problème de l'insuffisante utilisation de l'information sanitaire est un moyen pour tester la performance du modèle conceptuel proposé.

### 7.6.1 Définitions

**Le suivi** est une fonction continue visant essentiellement à assurer à la direction et aux principales parties prenantes une intervention permanente assortie d'indications rapides de progrès ou d'absence de progrès dans la réalisation des résultats.

**L'évaluation** est une opération sélective qui vise à apprécier systématiquement et de manière objective les progrès dans la réalisation d'un effet. [41]

### 7.6.2 Les outils de suivi-évaluation

Le cadre de suivi-évaluation pour l'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire été proposé pour réaliser le suivi et l'évaluation du projet.

Pratiquement, concernant le suivi, nous avons d'une part le cadre logique et le chronogramme de mise en œuvre qui vont nous permettre de savoir quels sont les indicateurs objectivement vérifiables et les moyens de vérification retenus. Il s'agit ici de suivre l'atteinte des quatre objectifs principaux du projet qui sont :

- ✓ Renforcer le cadre institutionnel du SIS des 125 structures de la phase pilote de janvier à décembre 2017
- ✓ Renforcer l'intégration des données dans le SIG de 125 établissements des secteurs public et privé en 2017
- ✓ Renforcer le cadre du S/E du SIS pour la production de l'information sanitaire de qualité destinée à la prise de décision
- ✓ Accroître le niveau d'utilisation de l'information sanitaire dans le processus décisionnel

La réalisation de ce projet est conditionnée par la disponibilité du financement et durera 12 mois. Le **taux** minimum de financement attendu est de 95%. Soit 199.442.525 frs CFA, avec

une contribution financière de 79.279.400 frs CFA pour secteur public et 120.163.125 pour le secteur privé.

$$\text{Taux de financement} = \frac{\text{montant total de financement reçu pour les axes stratégiques}}{\text{montant total attendu pour l'ensemble des axes stratégiques}} \times 100$$

Il faut également que les accords de partenariat inclusifs soient signés entre le pouvoir public et les partenaires du secteur privé de la santé.

L'évaluation des indicateurs sur **la culture de l'information, la proportion des sites dont les SIS sont fonctionnels** se fera par enquête à mi-parcours du déroulement du projet et en fin de projet. Le suivi du projet, constitué de monitoring des activités et de supervisions des personnels se fera en routine.

**Tableau XVIII : Cadre de suivi et évaluation**

| SUIVI   |  |  | EVALUATION  |   |
|---|--|--|---|---|
| Apports Intrants  | Activités Processus  | Produits Extrants  | Effets Résultats  | Impacts   |
| 1-ressources humaines<br>2-ressources financières<br>3-Ressources matérielles | Révision du document de politique du SNIS en y intégrant tous le sous-secteur Privé                        | Le document de politique national en matière du SIS est révisé et intègre au SIG les établissements privés   | Les données sanitaires du secteur privé sont complètement intégrées au SIG national   | 1-Le PNDS prend en compte toute les réalités épidémiologiques du pays<br>2-Prise en compte globale de la situation sanitaire dans le Plan National de développement (PND)                       |
|   | Révision de la politique de fiscalité sur les activités de santé   | Décret portant révision de la loi de fiscalité sur les activités médicales et produits de soins voté et promulgué  |   |   |
|   | Création d'un cadre opérationnel et incitatif en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire la CCM | 1- Proportion des structures de santé ayant du personnel formé dédiés à la gestion de l'information sanitaire<br>2- Nombre de responsables de SIS formés et coachés dans les structures de santé sélectionnées | 1-Responsables ayant la culture de l'information et produisant l'information sanitaire de qualité<br>2-Responsables diffusant et l'utilisant l'information sanitaire dans le processus décisionnel pour améliorer la Prise en charge des populations cibles | <b>MOYEN TERME</b><br>1-Adéquation entre les paquets d'activités des structures et les ressources disponibles<br>2-Couverture adéquate des besoins en santé exprimés par les populations cibles |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>1-Recherche de financement public</p> <p>2-Recherche de partenariat de financement (financement additionnel)</p>   | Taux de financement du projet  |  | <p><b>LONG TERME</b></p> <p>1-Développement du système de santé avec des structures de soins performantes</p> <p>2-Réduction de la morbidité et de la mortalité au sein de la population en charge</p> <p>3-Populations en bonne santé participant à la vie économique de son pays</p> |
|  | <p>1-Acquisition informatique</p> <p>2-Installation du matériel informatique</p> <p>3-Câblage et mise en fonction de la connexion internet haut-débit</p>   | <p>1-Nombre de structures où le logiciel DHIS2 est installé avec autonomie</p> <p>2-Nombre de structures avec la connexion internet fonctionnelle</p>        |  | <p>1-Nombre SIS fonctionnels dans les structures de santé équipées</p> <p>2-Proportion de SIS produisant dans la promptitude l'information sanitaire de qualité sur les activités</p>  |
| <p>1 Ressources humaines</p> <p>2- Ressources financières</p> <p>3- ressources matérielles</p> | Assurer l'intégration de l'ensemble des données (public et privé) du secteur de la santé au SIG   | La base de données nationale est implémentée et prend en compte l'ensemble des données sanitaires  | Le Système National de l'Information Sanitaire fonctionne de façon inclusive prenant en compte les réalités sanitaires du pays | <p><b>LONG TERME</b></p> <p>1-Développement du système de santé avec des structures de soins performantes</p> <p>2-Réduction de la morbidité et de la mortalité au sein de la population en charge</p> <p>3-Populations en bonne santé participant à la vie économique de son pays</p> |
|  | Accroître la complétude interne et externe (fiabilité) de l'information sanitaire produite par le SIS par la supervision  |  |  |  |
|  | <p>1-Création du bulletin de retro information pour la publication des indicateurs, des études et enquêtes en faveur de l'utilisation de l'information sanitaire</p> <p>2-Mise en place de la plateforme commune pour la diffusion de l'information sanitaire</p> | Les instruments de diffusion et d'utilisation de l'information sanitaire sont mis en place et rendu opérationnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | La prise de décision est orientée et facilitée par la disponibilité de l'information de qualité et exhaustive                  |  |

### 7.6.3. Méthodes de calcul de quelques indicateurs

$$\text{Taux de réalisation du projet} = \frac{\text{nombre d'activités réalisées}}{\text{nombre d'activités programmées}} \times 100$$

$$\text{Compliance d'un indicateur} = \frac{\text{nombre de variables renseignées pour un indicateur}}{\text{nombre total de variables à renseigner pour cet indicateur}} \times 100$$

$$\text{Complétude de rapportage} = \frac{\text{nombre de rapports reçus de la période}}{\text{nombre total de rapports attendus dans la période}} \times 100$$

$$\text{Promptitude de rapportage} = \frac{\text{nombre de rapports déposés à temps dans le délai}}{\text{nombre total de rapports reçus de la période}} \times 100$$

Pour chaque niveau d'intervention dans la pyramide de soins, il est arrêté un délai limite de dépôt des rapports d'activités. Tout établissement qui dépose son rapport d'activités au-delà de la date limite correspondant à son niveau d'intervention, n'est pas dans la promptitude.

$$\text{Compliance d'un rapport} = \frac{\text{nombre de variables renseignées dans le rapport reçu}}{\text{nombre total de variables à renseigner dans cet rapport}} \times 100$$

$$\% \text{ de sites dans la promptitude} = \frac{\text{nombre de sites rapportant dans les délais limites}}{\text{nombre total de sites devant rapporter dans la période}} \times 100$$

### RECOMMANDATIONS

#### A- A l'endroit du Cabinet Ministériel

- 1- Créer le Système d'Information Sanitaire Global pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- 2- Apporter l'appui technique et financier suffisant à la DPPEIS pour assurer le leadership du Système d'Information Sanitaire Global du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique afin de coordonner la production et la diffusion des documents de stratégie ;
- 3- Créer le Bulletin de suivi des indicateurs d'alerte précoce et de retro information pour la Publication régulière des documents du Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique ;
- 4- Créer et rendre opérationnel pour le Cabinet Ministériel un cadre de concertation sur l'utilisation de l'information sanitaire à travers un comité des décideurs (directeurs centraux et Coordonnateurs) pour la mise en œuvre effective des indicateurs d'alerte précoce ainsi que des recommandations officielles ;
- 5- Décentraliser le pouvoir de décision en l'étendant entièrement aux DDS et aux DRS ;
- 6- Faire prendre un décret portant création d'un cadre incitatif pour l'intégration de l'ensemble des données sanitaires du pays dans un SIG Globalisant ;
- 7- Mettre en place et rendre opérationnel au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique un mécanisme d'audit interne de la programmation/planification et de l'utilisation des ressources en santé.

**B- A l'endroit de la DAF**

- 1- Créer une ligne budgétaire dédiée à la recherche en santé, lequel budget pourrait être logé à la DFRS, qui a le leadership de la Formation et de la Recherche en santé et qui, par ailleurs, aura la charge de gérer le Répertoire National des Etudes et Enquêtes du Ministère.

**C- A l'endroit de la DPPEIS**

- 1- Réactiver en mettant à jour l'outil SIG officiel pour la gestion des ressources du Ministère ;
- 2- Intégrer au DHIS2 les outils de gestion des Ressources pour leur gestion synchronisée au sein SIS global du Ministère.
- 3- Créer et rendre opérationnelle une plateforme commune du Ministère pour la diffusion des rapports et autres documents de stratégie ;
- 4- Paramétrer l'outil SIG destiné à la gestion des ressources du Ministère dans le DHIS2 afin de permettre le suivi en routine ;
- 5- Poursuivre et achever l'intégration des données sanitaires des EPN, des secteurs privé et parapublic dans le DHIS2.

**D- A l'endroit de la DFRS**

- 1- Instituer pour le compte de la recherche opérationnelle et fondamentale, un répertoire National des études et enquêtes en santé ;
- 2- Faire le suivi intégré de l'ensemble des projets d'études et enquêtes (URF sciences médicales, pharmaceutiques et Odontostomatologie ainsi que Ministère de la Santé et de l'hygiène publique) ;
- 3- Elaborer annuellement le répertoire national des études et enquêtes.

## CONCLUSION

L'insuffisante utilisation de l'information sanitaire dans les processus décisionnels aux niveaux stratégiques de la gouvernance des systèmes de santé, dans les Pays en développement en général, est un problème majeur de santé publique. C'est ce qui explique la détermination affichée de l'OMS et du Health Metric Network (HMN) à vouloir performer les Systèmes d'information des pays au sud du Sahara en particulier.

En effet, le but principal de tout Système d'Information Sanitaire (SIS) est de produire la matière – l'information – pour la prise de décisions. L'information sanitaire, l'un des six piliers du système de santé constitue un moyen sûr pour sa bonne gouvernance. Utilisée de façon optimale, elle permet au décideur de comprendre l'environnement du Système de santé. Le système d'information sanitaire représente ainsi le cœur de l'organisation interne et du fonctionnement du Ministère en charge de la santé. Il se doit donc de générer l'information à tous les niveaux de la pyramide et dans toutes les fonctions. Cette information exhaustive de qualité est celle qui représente le moyen primordial pour la prise de décisions dans tous les compartiments des métiers de la santé. Faisant partie intégrante du système de santé, le système d'information sanitaire (SIS) génère donc des informations à partir des données de routine et non routières, pour mesurer les changements qui surviennent dans les champs d'intervention.

La présente étude basée sur la résolution de problèmes à partir d'une analyse situationnelle dans une organisation de santé, avait pour objectif de contribuer à l'optimisation de l'utilisation de l'information sanitaire dans les processus décisionnels au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire. En effet, la planification de l'action sanitaire et le développement des stratégies pour la prise en charge adéquate des besoins de santé des populations dépend essentiellement de l'utilisation optimale de l'information sanitaire de qualité. Cette étude a permis, avec les acteurs clés du SNIS en charge de la gestion de l'information stratégique en santé, d'identifier comme cause du problème prioritaire, **l'insuffisance de culture de l'information sanitaire** chez la ressource humaine. Aussi, nous est-il apparu important et primordial de former ces acteurs afin de leur donner le savoir cognitif et les compétences pour une utilisation optimale de l'information stratégique en santé, avec pour finalité un meilleur emploi des ressources pour une prise en charge adéquate et efficiente des besoins de santé des populations. C'est en réussissant cette prise charge que l'on souhaite du moins équitable pour tous, c'est-à-dire la couverture sanitaire universelle (CSU), que le système de santé ivoirien démontrera son efficacité à soutenir le développement économique et social du pays. L'information sanitaire de qualité et son utilisation optimale sont les outils qui permettront

également au système de santé ivoirien d'être à l'écoute de son champ d'intervention afin d'anticiper les réformes. Nous croyons que c'est l'une des conditions primordiales pour notre pays d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD), surtout en matière de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## BIBLIOGRAPHIE

1. **RHINO** : <http://www.cpc.unc.edu/projects/measure/rhino/rhino.html> « Déclaration de Potomac sur l'investissement dans l'information sanitaire de routine dans le monde en voie de développement » 11 pages
2. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/health-metrics-evaluation>: « Un engagement pour améliorer l'information sanitaire mondiale » (Communiqué de presse)
3. [www.who.int](http://www.who.int): Health Metrics Network (HMN), le réseau, sa nature, ses activités futures et ses avantages potentiels pour les pays
4. [www.who.int](http://www.who.int): renforcement des systèmes de santé dans les pays de la région africaine de l'OMS.
5. **Measure Evaluation** : analyse situationnelle du système d'information sanitaire du mali, Août 2014. 139 pages.
6. **Measure Evaluation** : Evaluation de la qualité des données sanitaires de routine en Côte d'Ivoire, PRISM, 2008.
7. **Measure Evaluation** : Evaluation de la qualité des données sanitaires de routine en Côte d'Ivoire, PRISM (2012). 65 pages.
8. PNDS, 2012-2015
9. Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013, Côte d'Ivoire, édition juin 2014
10. Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire, profil de pauvreté (ENV 2015)
11. RGPH, 14 mai 2014
12. Décret N° 2011-263 du 28 septembre 2011, portant organisation du territoire national en district et en région
13. Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales, Rapport annuel d'activités, 2006
14. Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2007-2008
15. Programme National de Prise en Charge, Rapport national de la lutte contre le sida, 2009
16. Rapport annuel Programme National de Lutte contre la Tuberculose, 2007
17. Enquête STEPS Côte d'Ivoire - Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles, 2005
18. Registre national du cancer en Côte d'Ivoire : CHU de Treichville ; Année 2004
19. Programme National de lutte contre la Cécité, document de politique, 2006
20. Ministère de la Femme et des Affaires sociales, Analyse des violences basées sur le genre dans le département d'Abidjan : Résultats de l'enquête quantitative, janvier 2007

**21** Enquête MICS 2006

**22 REPCI**, « Rapport national sur l'état et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire », Population et développement: défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire, 2006, 193 pages

**23 RGPH 1998**, volume 4 : analyse des résultats, tome 5 : mortalité

**24 DPPEIS**, « Base de données Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire », 2012

**25** Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire, 2005

**26** Rapport national sur l'avancée vers les OMD, 2010

**27** Politique nationale de l'information sanitaire, août 2005. 28 pages

**28** Décret n° 2014-554 du 1er octobre 2014, portant organisation du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida

**29 M. COLLY**, Cours sur la méthodologie de résolution de problèmes, CESAG, 2014-2015

**30 Amina MAHARRAR**, Mémoire de Magister en Science de Gestion, La mise en place d'un système d'information formalisé dans les entreprises Algériennes, 2013-2014

**31 OCDE**, Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005), Programme d'action d'Accra (2008). 26 pages.  
<https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>. (Consulté le 10 juin 2016).

**32** Le manuel du Financement basé sur la performance, sept 2011, 50 pages. [www.aidstar-two.org](http://www.aidstar-two.org)

**33** <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/health-metrics-evaluation/fr>: « Un engagement pour améliorer l'information sanitaire mondiale ». (consulté le 10 juin 2016)

**34 Inspection Générale de la Santé**, Evaluation de la Gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire, Avril 2014. 78 pages

**35 Jean-Pierre d'Altilia & Al.** « Système d'Information Sanitaire, 2ème édition, l'Harmattan, 2005, France. 228 pages. [www.aedes.be](http://www.aedes.be)

**36 INS**, Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire ; profile de pauvreté, 2015

**37 Comptes nationaux de la santé**, exercices 2007-2008, compte général ; sous compte VIH/sida, septembre 2010. 130 pages

**38** Forum national pour l'amélioration de l'environnement des affaires dans le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, Juin 2008. 148 pages <http://www.medecins.ci/>, (consulté le 20 avril 2016)

**39 Public Health Institutes of the Word**, « Gestion des données sanitaires dans les établissements de soins à but lucratif du district autonome d'Abidjan », 2015. 42 pages

**40 Olivier LE DEUFF**, Thèse de Doctorat : la culture de l'information en reformation, 2009, Université Rennes 2, 533 pages. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00421928>

**41 Dr KHADY Seck**, Cours sur le système d'information sanitaire, CESAG, 2014-2015

**42 Lacina SORO**, Mémoire DESS-GPS, « amélioration de la performance du système d'information médicale du CHNU de FANN », 2013. 106 pages

**43 ASSEMIAN Aké Arthur**, Mémoire MBA-GPS, « l'amélioration de la gestion des médicaments à l'institut de cardiologie », Abidjan, 2013. 111 pages

**44 Save the Children**, « Plaidoyer budgétaire dans le domaine de la santé », Guide pour les organisations de la société civile, 2012. 51 pages. [savethechildren.org.uk](http://savethechildren.org.uk)

**45 Measure Evaluation**, « Rapport d'évaluation du système d'information sanitaire au Gabon », 77 pages. Février 2012. <https://www.measureevaluation.org>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**ANNEXES**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE I : QUESTIONNAIRES

### 1.1. PRISM : Outil d'évaluation de la gestion des SNIS



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

**REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union – Discipline–Travail**

#### **A9. OUTIL D'ÉVALUATION DE LA GESTION DES SNIS**

*(Observation au niveau des directions et du cabinet du MSHP)*

|  |  |        |        |
|--|--|--------|--------|
| Direction du MSHP :                              |  |        |        |
| Nom de l'évaluateur :                            |  |        |        |
| Date d'évaluation :                              |  |        |        |
| Nom et fonction du responsable de la structure : |  |        |        |
| MATG1.   | Présence de la mission du SNIS signalée à des endroits stratégiques (visibles par les visiteurs)   | 0. Non | 1. Oui |
| MATG2.   | Présence de PV de réunion retraçant les décisions prises   | 0. Non | 1. Oui |
| MATG3.   | Présence de rapport de supervision du niveau supérieur   | 0. Non | 1. Oui |
| MATG4.   | Présence de rapports de supervisions effectués par votre structure   | 0. Non | 1. Oui |
| MATG5.   | Présence de rapport de suivi-Evaluation des activités  | 0. Non | 1. Oui |
| MATG6.   | Présence de plan d'action retraçant les actions à mener  | 0. Non | 1. Oui |
| MATG7.   | Présence d'une structure de gestion pour traiter les décisions stratégiques et de politique liées aux Informations produites au niveau du district, de la région et à des niveaux supérieurs                     | 0. Non | 1. Oui |
| MATG8.   | Présence d'un organigramme mis à jour montrant les fonctions liées à la gestion de l'Information stratégique   | 0. Non | 1. Oui |
| MATG9.   | Présence de liste des structures <sup>6</sup> et preuve de la disponibilité des rapports trimestriels/semestriel/annuel du SNIS dans le passé sur la gestion des districts, régions et/ou des niveaux supérieurs | 0. Non | 1. Oui |

<sup>6</sup> Les rapports de gestion des différentes structures permettant au niveau central de décider

|       |  |        |                    |                       |
|-------|--|--------|--------------------|-----------------------|
| MATP1 | Présence de rapport d'analyse de situation du SNIS datant de moins de 3 ans (au niveau central)  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATP2 | Présence d'un plan sur 1 à 5 ans du SNIS au niveau central   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATP3 | Présence des objectifs du SNIS au niveau central   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATQ1 | Présence d'un exemplaire des normes et standards du SNIS au niveau du cabinet ministériel  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATQ2 | Présence d'un exemplaire des normes standards du SNIS dans les directions du niveau central  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATQ3 | Présence des outils d'amélioration de la performance (ordinogramme, carte de contrôle, etc.) des niveaux déconcentrés <sup>7</sup> au niveau central |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATT1 | Est-ce que la direction a un manuel de formation en SNIS ?   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATT2 | Présence de mécanismes pour la formation sur le tas sur le SNIS (voir la documentation)  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATT3 | Présence de planning pour le programme de formation prévu  | 0. Non | 1. Oui, pour un an | 2. Oui, 2 ans ou plus |
| MATS1 | Présence d'une grille de supervision du SNIS   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATS2 | Présence de planning pour les visites de supervision du SNIS   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATS3 | Présence de rapports de supervision du SNIS  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATF1 | Présence d'un registre de dépenses relatives au SNIS   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATF2 | Présence de mécanismes pour générer des fonds pour le SNIS   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATF3 | Présence de rapports financiers trimestriels, semestriels ou annuels du SNIS   |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATF4 | Présence d'un plan financier à long terme pour soutenir les activités du SNIS  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATF4 | Présence d'un répertoire des projets d'études et d'enquêtes  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATF4 | Présence d'un plan de suivi-Evaluation des projets d'études et d'enquêtes  |        | 0. Non             | 1. Oui                |
| MATF4 | Présence d'un répertoire des projets d'études et d'enquêtes (recherche scientifique) réalisés  |        | 0. Non             | 1. Oui                |

**OBSERVATIONS SPECIFIQUES:**

---



---



---



---

<sup>7</sup> Facilitation des supervisions du niveau déconcentré

## 1.2. PRISM : Outil d'évaluation organisationnelle et comportementale



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union – Discipline–Travail

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

### A.10 OUTIL D'ÉVALUATION ORGANISATIONNELLE ET COMPORTEMENTALE

(A remplir par les agents et cadres à tous les niveaux)

#### Introduction

Cette évaluation a pour objectif d'améliorer les systèmes d'information de gestion sanitaire. L'objectif de cette étude est d'aider à développer des interventions pour améliorer le système d'information et l'utilisation de l'information sanitaire. Veuillez exprimer votre avis honnêtement. Vos réponses individuelles demeureront confidentielles et ne seront pas partagées avec qui que ce soit. Nous vous remercions de votre aide et coopération dans cette étude.

Merci.

IDI. Nom de la structure : \_\_\_\_\_

ID2. District/Région /SNIS : \_\_\_\_\_

DD1. Fonction de la personne remplissant le questionnaire (**encercler une réponse**)

1. Directeur Régionale de la Santé Publique
2. Chef de Service Programmation et Information Sanitaire
3. Médecin Chef du District Sanitaire
4. Chef de service en charge du Suivi-Evaluation
5. Responsable du Centre de Surveillance Epidémiologique de la région sanitaire
6. Le chef de service de l'Action sanitaire au niveau départemental ou régional
7. Responsable de l'Information sanitaire au sein du Programme de santé
8. Responsable de l'Information sanitaire au sein de la Direction centrale
9. Autre personnel de la structure (à préciser) : \_\_\_\_\_

DD2. Age de la personne : \_\_\_\_\_

DD3. Sexe 1. Masculin 2. Féminin

DD4. Niveau d'instruction

1. Primaire 2. Secondaire 1<sup>er</sup> Cycle 3. Secondaire 2<sup>nd</sup> cycle 4. Supérieur
5. Diplôme professionnel/qualification (à spécifier) : \_\_\_\_\_
6. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_.

DD5. Ancienneté dans les fonctions du SNIS : \_\_\_\_\_

DD6. Avez-vous reçu une formation dans des activités concernant le SNIS durant les six derniers mois ?

0. Non 1.Oui

Nous voudrions savoir jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec certaines activités effectuées dans le cadre de la gestion des données du SNIS. Il n'y a pas de réponse correcte ou fausse, mais il s'agit seulement d'exprimer votre avis sur une échelle. L'échelle porte sur l'évaluation de la force de votre opinion et s'étend de « Fortement en désaccord (1) à Fortement d'accord (7) ». Veuillez noter que vous pourriez être d'accord ou être en désaccord avec toutes les déclarations et de la même façon vous pourriez ne pas exprimer la même intensité d'accord ou de désaccord. Nous nous attendons à des variations quand vous exprimez votre accord ou désaccord. Nous vous encourageons à exprimer ces variations dans vos opinions. Cette information restera confidentielle et ne sera pas partagée avec qui que ce soit, excepté quand elle est présentée sous forme de données agrégées. Nous vous remercions d'être franc et de choisir votre réponse honnêtement.

| Fortement en désaccord | Pas d'accord | Partiellement en désaccord | Neutre | Partiellement d'accord | D'accord | Fortement d'accord |
|------------------------|--------------|----------------------------|--------|------------------------|----------|--------------------|
| 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |

Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec ce qui suit sur une échelle de 1-7 ?

| Dans les régions/Districts/Etablissements Sanitaires, les décisions sont basées sur : | Fortement en désaccord | Pas d'accord | Partiellement en désaccord | Neutre | Partiellement d'accord | D'accord | Fortement d'accord |
|---|------------------------|--------------|----------------------------|--------|------------------------|----------|--------------------|
| D1. Les préférences personnelles  | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| D2. Les ordres ou désirs des supérieurs   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| D3. Des preuves/faits   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| D4. Les interférences politiques  | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| D5. Les comparaisons des données avec les objectifs stratégiques en santé             | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| D6. Les besoins en santé de la Communauté   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| D7. Les considérations des coûts  | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |

| Dans les Directions/ les régions/Districts/Etablissements Sanitaires, les supérieurs : | Fortement en désaccord | Pas d'accord | Partiellement en désaccord | Neutre | Partiellement d'accord | D'accord | Fortement d'accord |
|--|------------------------|--------------|----------------------------|--------|------------------------|----------|--------------------|
| S1. Cherchent le feedback des personnes concernées ?                                   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |

|   |                               |                     |                                   |               |                               |                 |                           |
|---|-------------------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|
| S2. Insistent sur la qualité des données dans les rapports trimestriels   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| S3. Discutent ouvertement des problèmes pour les résoudre   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| S4. Recherchent le feedback de la communauté concernée  | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| S5. Utilisent les données du SNIS pour fixer des objectifs et les suivre  | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| S6. Contrôlent régulièrement la qualité des données au niveau de la structure de santé et les niveaux supérieurs  | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| S7. Fournissent des feedback réguliers à Leur personnel à travers des rapports réguliers basés sur les évidences  | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| S8. Rapportent régulièrement sur la qualité des données   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>Dans votre Direction/Région/District/structure de santé, le personnel :</b>  | <b>Fortement en désaccord</b> | <b>Pas d'accord</b> | <b>Partiellement en désaccord</b> | <b>Neutre</b> | <b>Partiellement d'accord</b> | <b>D'accord</b> | <b>Fortement d'accord</b> |
| <b>P1. Est ponctuel</b>   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P2. Documente ses activités et conserve ses dossiers (enregistrements)</b>   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P3. Se sent concerné par l'amélioration de l'état de santé de la population cible</b>  | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P4. Se fixe des objectifs de performance appropriés et réalistes</b>   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P5. Se sent redevable/responsable lorsqu'il n'atteint pas ses objectifs /la performance requise</b>  | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P6. Est motivé pour le travail bien fait</b>   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P7. Utilise les données d'information du SNIS pour la gestion quotidienne de l'établissement sanitaire et du district ou de la Direction au niveau supérieur</b> | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P8. Utilise les données OU l'information du SNIS pour la gestion quotidienne des ressources du district ou de la Direction au niveau supérieur</b>               | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |
| <b>P9. Affiche les données pour le suivi des objectifs/cibles fixés(es)</b>   | 1                             | 2                   | 3                                 | 4             | 5                             | 6               | 7                         |

| Dans votre Direction/Région/District/structure de santé, le personnel :  | Fortement en désaccord | Pas d'accord | Partiellement en désaccord | Neutre | Partiellement d'accord | D'accord | Fortement d'accord |
|--|------------------------|--------------|----------------------------|--------|------------------------|----------|--------------------|
| <b>P10.</b> Sait rassembler des données pour trouver la/les cause(s) profonde(s) d'un problème   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P11.</b> Sait élaborer des critères appropriés pour le choix des interventions pour un problème donné   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P12.</b> Sait établir le lien entre des résultats appropriés et une intervention particulière   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P13.</b> Utilise les données OU l'information du SNIS pour les affectations annuelles des ressources de l'établissement, du district, de la région ou de la Direction au niveau supérieur | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P14.</b> Sait évaluer si les objectifs fixés ou les résultats attendus ont été réalisés   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P15.</b> Est renforcé /habilité/outillé à prendre des décisions   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P16.</b> Est capable de dire non aux superviseurs et collègues pour des demandes /décisions non supportées (soutenues) par des faits avérés   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P17.</b> Est considéré responsable des mauvaises performances   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P18.</b> Utilise les données sanitaires pour la mobilisation et l'éducation de la communauté  | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P19.</b> Admet les erreurs pour la prise d'actions correctrices   | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>P20.</b> Sent que son travail est moins pris au sérieux à cause de son appartenance au genre masculin ou féminin  | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| Personnellement  | Fortement en désaccord | Pas d'accord | Partiellement en désaccord | Neutre | Partiellement d'accord | D'accord | Fortement d'accord |
| <b>BC1.</b> Collecter des informations qui ne sont pas utilisées pour la prise de décision me décourage  | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |
| <b>BC2.</b> Collecter des informations m'ennuit  | 1                      | 2            | 3                          | 4      | 5                      | 6        | 7                  |

|   |          |          |          |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>BC3.</b> Collecter des informations est important pour moi   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>BC4.</b> Collecter des informations me donne le sentiment que les données sont nécessaires pour suivre la performance de la structure de santé | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>BC5.</b> Collecter des informations me donne le sentiment que c'est une tâche que l'on m'impose  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>BC6.</b> Collecter des informations est apprécié par mes collègues et supérieurs   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |

**U1.** Donnez au moins trois raisons justifiant la collecte de données sur ce qui suit :

**U1A.** Les maladies

- 1.
- 2.
- 3.

**U1B.** La vaccination

- 1.
- 2.
- 3.

**U1C.** Pourquoi les données sur la population du secteur ciblé sont-elles nécessaires ?

- 1.
- 2.
- 3.

**U2.** Donnez au moins trois manières de vérifier la qualité des données.

- 1.
- 2.
- 3.

### 1.3. PRISM : Outil de diagnostic de la performance du SNIS



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

**REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union – Discipline–Travail**

## OUTIL DE DIAGNOSTIC DE LA PERFORMANCE DU SNIS

### A2. Formulaire d'évaluation de l'utilisation de l'information à la DPPEIS/MSHP

|                                   |  |   |  |                    |
|-----------------------------------|--|---|--|--------------------|
| Date:                             | Nom de l'évaluateur :  |   |  |                    |
| DS:                               | Nom et Titre du répondant et titre:  |   |  |                    |
| <b>Production de rapport SNIS</b> |  |   |  |                    |
| CU1                               | Est-ce que la DS compile les données SNIS envoyées par les Régions sanitaires?   | 1. Oui  | 0. Non   |                    |
| CU2                               | Est-ce que la DS fournit des rapports contenant des informations du SNIS ?   | 1. Oui  | 0. Non   | Si non aller à CU4 |
| CU3                               | Si oui, Veuillez énumérer les rapports qui contiennent de l'information/des données produites par le SNIS. Veuillez indiquer la fréquence de ces` rapports et le nombre de fois où le rapport a été produit réellement pendant les 12 derniers mois. Veuillez confirmer l'établissement du rapport en vérifiant de visu. |   |  |                    |
|                                   | 1. Titre du rapport  | 2. Nombre de fois que ce rapport doit être publié par an. | 3. Nombre de fois que ce rapport est réellement publié pendant les 12 derniers mois. |                    |
| CU3a                              | Rapport mensuel PEV  |   |  |                    |
| CU3b                              | Rapport trimestriel du SNIS CSI  |   |  |                    |
| CU3c                              | Rapport trimestriel du SNIS HD   |   |  |                    |
| CU3d                              | Rapport trimestriel du SNIS Hôpitaux   |   |  |                    |
| CU3e                              | Rapport trimestriel du SNIS Maternités de référence  |   |  |                    |
| CU3f                              | Rapport hebdomadaire   |   |  |                    |
| CU4                               | Est-ce que durant les trois derniers mois la DS a envoyé un rapport de feedback aux régions sanitaires en utilisant l'information du SNIS?   | 1. Oui  | 0. Non   |                    |
| <b>Affichage de l'information</b> |  |   |  |                    |
| CU5                               | Est-ce que la DS affiche les données suivantes ? Veuillez indiquer les types d'affichages de données et si les données sont mises à jour pour la dernière période d'édition?   |   |  | Si non aller à CU6 |
|                                   | Indicateur   | 2. Type d'affichage (cocher SVP)                          | 3. Mise à jour   |                    |
| CU5a                              | Lié à la santé de la mère  | Tableau   | 1. Oui    0. Non   |                    |
|                                   |  | Graphique/diagramme                                       |  |                    |
|                                   |  | Cartographie/autre  |  |                    |
| CU5b                              |  | Tableau   | 1.Oui    0.Non   |                    |

|       |  |                     |  |               |        |                     |
|-------|--|---------------------|--|---------------|--------|---------------------|
|       | Lié à la santé de l'enfant   | Graphique/diagramme |  |               |        |                     |
|       |  | Cartographie/autre  |  |               |        |                     |
| CU5c  | Utilisation des services par les structures de santé   | Tableau             |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
|       |  | Graphique/diagramme |  |               |        |                     |
|       |  | Cartographie/autre  |  |               |        |                     |
| CU5d  | Surveillance des maladies  | Tableau             |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
|       |  | Graphique/diagramme |  |               |        |                     |
|       |  | Cartographie/autre  |  |               |        |                     |
| CU6   | Est-ce que la DS a une cartographie (carte sanitaire) des zones desservies?  |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
| CU7   | Est-ce que la DS affiche un résumé d'information démographique telle que la population par groupes cibles ?  |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
| CU8   | Est-ce qu'un feedback trimestriel, annuel (ou n'importe quel autre rapport) sur les données de SNIS est disponible pour fournir des recommandations et directives pour entreprendre des actions ?                                |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  | Si non aller à CU10 |
| CU9   | Si oui à CU8, quels genres de décisions sont prises en utilisant les données/l'information du SNIS. Veuillez vérifier les types de décision basés sur des types d'analyse présents dans les rapports.                            |                     |  |               |        |                     |
|       | Types de décisions basés sur les types d'analyses  |                     |  |               |        |                     |
| CU9a  | Appréciation et reconnaissance basées sur le nombre/pourcentage des régions ayant des performances dans les limites de contrôle durant la période en considération (comparaison de trimestre à trimestre)                        |                     |  | 1. Oui        | 0. Non |                     |
| CU9b  | Mobilisation /transfert des ressources basé sur une comparaison des régions.   |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
| CU9c  | Plaidoyer pour plus de ressources en comparant les performances par zones (sous-districts, villes, villages), ressources humaines et logistiques.  |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
| CU9d  | Développement et révision de politiques en comparant des régions   |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
|       | <b>Discussion et décisions sur l'utilisation de l'information</b>  |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
| CU10  | Est-ce que la DS tient des réunions pour passer en revue les questions administratives ou de gestion?  |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  |                     |
| CU11  | A quelle fréquence la réunion doit-elle se tenir? Encercler la réponse appropriée :<br>4. Par semaine 3. Toutes les deux semaines 2. Mensuellement 1. Par trimestre 0. Aucun calendrier  |                     |  |               |        |                     |
| CU12  | Combien de fois la réunion a-t-elle eu lieu pendant les trois derniers mois ? encercler la réponse appropriée :<br>0. Aucune fois 1. 1 fois 2..2fois 3.3 fois, 4. Entre 4 ou 5 fois 6. 6 fois 7. Entre 7 et 11 fois, 12. 12 fois |                     |  |               |        |                     |
| CU13  | Est-ce qu'il est tenu un compte rendu officiel des réunions de gestion?  |                     |  | 1.Oui         | 0.Non  | Si non aller à DU15 |
| CU14  | Si oui, veuillez examiner les comptes rendus des réunions pour les trois derniers mois pour voir si les thèmes suivants étaient discutés:  |                     |  |               |        |                     |
| CU14a | Gestion du SNIS, telle que la qualité des données, le reportage, ou la promptitude.  |                     |  | Oui, observé, | 0. Non |                     |
| CU14b | Discussion sur les résultats du SNIS telles que l'utilisation de services, la surveillance des maladies, la couverture du service, ou la rupture des stocks de médicaments.  |                     |  | Oui, observé, | 0. Non |                     |

|  |  |                   |                               |  |
|--|--|-------------------|-------------------------------|--|
| CU14c  | Est-ce qu'ils ont pris des décisions basées sur les discussions ci-dessus ?  | Oui, observé,     | 0. Non                        |  |
| CU14d  | Est-ce qu'une action de suivi a eu lieu en se basant sur les décisions prises au cours des réunions précédentes ?  | Oui, observé,     | 0. Non                        |  |
| CU14e  | Y a-t-il des questions/problèmes liés au SNIS rapportés pour que des actions soient entreprises?   | Oui, observé,     | 0. Non                        |  |
| <b>Promotion et Utilisation de l'information du SNIS au niveau central</b> |  |                   |                               |  |
| CU15   | Est-ce que le plan d'action annuel de la DS montre que des décisions ont été prises sur la base de l'information provenant du SNIS?  | 1. Oui<br>Observé | 0. Non                        |  |
| CU16   | Est-ce que les comptes rendus de la DS/MSP durant les trois derniers mois ont montré que l'encadrement supérieur a donné des directives concernant l'utilisation de l'information. | 1. Oui            | 0. Non                        |  |
| CU17   | Est-ce que la DS a publié un bulletin/rapport pendant les trois derniers mois montrant des exemples de succès sur l'utilisation de l'information                                   | 1. Oui            | 0. Non                        |  |
| CU18   | Est-ce qu'il existe une documentation montrant l'utilisation de l'information pour différents types de plaidoyers?   | 1. Oui            | 0. Non                        |  |
| CU19   | Est-ce que les procès-verbaux des réunions du personnel montrent que les personnes responsables des structures de santé sont présentes pour discuter de la performance du SNIS?    | 1. Oui            | 0. Non                        |  |
| CU20   | Bien vouloir donner des exemples sur comment le niveau central utilise l'information du SNIS pour la gestion du système d'information  |                   |                               |  |
|  |  | 0. Pas d'exemples | 1. Oui (les exemples suivent) |  |

## 1.4. Outil d'évaluation du système d'information et de gestion des ressources



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union – Discipline–Travail

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

### B. OUTIL D'ÉVALUATION DU SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION DES RESSOURCES

(A remplir par les cadres du niveau central : DAF, DIEM et DRH)

#### Introduction

Cette évaluation a pour objectif d'améliorer les systèmes d'information de gestion sanitaire. L'objectif de cette étude est d'aider à développer des interventions pour améliorer le système d'information et l'utilisation de l'information sanitaire. Veuillez exprimer votre avis honnêtement. Vos réponses individuelles demeureront confidentielles et ne seront pas partagées avec qui que ce soit. Nous vous remercions de votre aide et coopération dans cette étude.

Merci.

IDI. Nom de la structure : \_\_\_\_\_

**QB 1.** Fonction de la personne remplissant le questionnaire (**encercler une réponse**)

- 10. Directeur
- 11. Sous-Directeur
- 12. Chef de Service Programmation
- 13. Chargé d'étude
- 14. Autre personnel de la structure (à préciser) : \_\_\_\_\_

**QB 2.** Age de la personne : \_\_\_\_\_

**QB 3.** Sexe 1. Masculin 2. Féminin

**QB 4.** Niveau d'instruction

5. Diplôme professionnel/qualification (à spécifier) : \_\_\_\_\_

**QB 5.** Ancienneté dans les fonctions du SNIS : \_\_\_\_\_

**QB 6.** Avez-vous reçu une formation dans des activités concernant le SNIS durant les six derniers mois ?

0. Non 1. Oui

Nous voudrions savoir jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec certaines activités effectuées dans le cadre de la gestion des données du SNIS. Il n'y a pas de réponse correcte ou fautive, mais il s'agit seulement d'exprimer votre avis sur la gestion des ressources.

Veuillez noter que vous êtes libres d'exprimer vos réponses. Nous vous encourageons à décrire la situation réelle du SIG de votre structure.

Cette information restera confidentielle et ne sera pas partagée avec qui que ce soit, excepté quand elle est présentée sous forme de données agrégées. Nous vous remercions d'être franc et de choisir votre réponse honnêtement.

**QB-7 :** Disposez-vous d'un support officiel ou improvisé de collecte spécifique à vos indicateurs ?

Répondre par (1 **OUI** 0 **NON**)

|      | Dans les régions sanitaires | Dans les districts sanitaires | Dans les établissements sanitaires | Dans les programmes de santé | Dans les directions centrales de santé |
|------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--|
| DIEM |                             |                               |                                    |                              |  |
| DAF  |                             |                               |                                    |                              |  |
| DRH  |                             |                               |                                    |                              |  |

**QB-8 :** Comment collectez-vous au niveau des structures, les données sur les Ressources Humaines, Ressources Financières, les Ressources Matérielles pour le Ministère ?

.....

.....

.....

.....

.....

**QB-9 :** Comment se font la programmation et les affectations des Ressources Humaines, Ressources Financières et des Ressources Matérielles dans les différentes structures du Ministère ?

.....

.....

.....

.....

.....

**QB-10 :** Recevez-vous des feedbacks réguliers des structures ou zones desservies sur la gestion des ressources mises à leur disposition ? (1 **OUI** 0 **NON**)

|      | Mensuel | Trimestriel | Semestriel | Annuel |
|------|---------|-------------|------------|--------|
| DIEM |         |             |            |        |
| DAF  |         |             |            |        |
| DRH  |         |             |            |        |

**QB-11 :** Avez-vous une cartographie des Ressources humaines dans les services ou les zones desservies ? (1 **OUI** 0 **NON**)

|      | Dans les régions sanitaires | Dans les districts sanitaires | Dans les établissements sanitaires | Dans les programmes de santé | Dans les directions centrales de santé |
|------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--|
| DIEM |                             |                               |                                    |                              |  |
| DAF  |                             |                               |                                    |                              |  |
| DRH  |                             |                               |                                    |                              |  |

**QB-12** : Quelle est la répartition numérique actuelle des Ressources Humaines de santé qui assurent la Prise en Charge directe des populations dans les structures de soins ?

**NB** : (précisez dans les cellules correspondantes les nombres. Si inconnus, notez «non disponible»)

| Profession                         | CHU | CHS | CHR | HG | FSU | CSU | CSR | Maternité |
|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----------|
| Professeur                         |     |     |     |    |     |     |     |           |
| Médecins Assistants                |     |     |     |    |     |     |     |           |
| Médecins CES                       |     |     |     |    |     |     |     |           |
| Médecins généralistes              |     |     |     |    |     |     |     |           |
| Pharmaciens biologistes            |     |     |     |    |     |     |     |           |
| SFDE                               |     |     |     |    |     |     |     |           |
| IDE                                |     |     |     |    |     |     |     |           |
| SFDES                              |     |     |     |    |     |     |     |           |
| IDES                               |     |     |     |    |     |     |     |           |
| TS de Santé                        |     |     |     |    |     |     |     |           |
| Ingénieurs des Techniques de Santé |     |     |     |    |     |     |     |           |
| Ingénieurs Biologistes             |     |     |     |    |     |     |     |           |
| Ingénieurs bio-techniciens         |     |     |     |    |     |     |     |           |

**QB-13** : Existe-t-il un mécanisme de contrôle des effectifs des ressources humaines de santé ?

(1 **OUI** 0 **NON**)

**QB-14** : A combien estimez-vous exactement l'effectif des Ressources Humaines de santé affectées et employées ?

(Notez dans la cellule correspondante « le nombre » ou inscrivez « non disponible »)

| Entités  | Nombre (précisez) |
|--|-------------------|
| Dans l'administration sanitaire                        |                   |
| Dans l'ensemble des établissements sanitaires de soins |                   |

**QB-15** : Comment faites-vous la programmation des ressources matérielles ou financières des structures du Ministère ? (DAF & DIEM)

-----

-----

-----

-----

-----

**QB-16** Existe-t-il un mécanisme de contrôle de la gestion des ressources financières, Humaines, matérielles de santé ? (1 **OUI** 0 **NON**)

|      | Dans les régions sanitaires | Dans les districts sanitaires | Dans les établissements sanitaires | Dans les programmes de santé | Dans les directions centrales de santé |
|------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--|
| DIEM |                             |                               |                                    |                              |  |
| DAF  |                             |                               |                                    |                              |  |
| DRH  |                             |                               |                                    |                              |  |

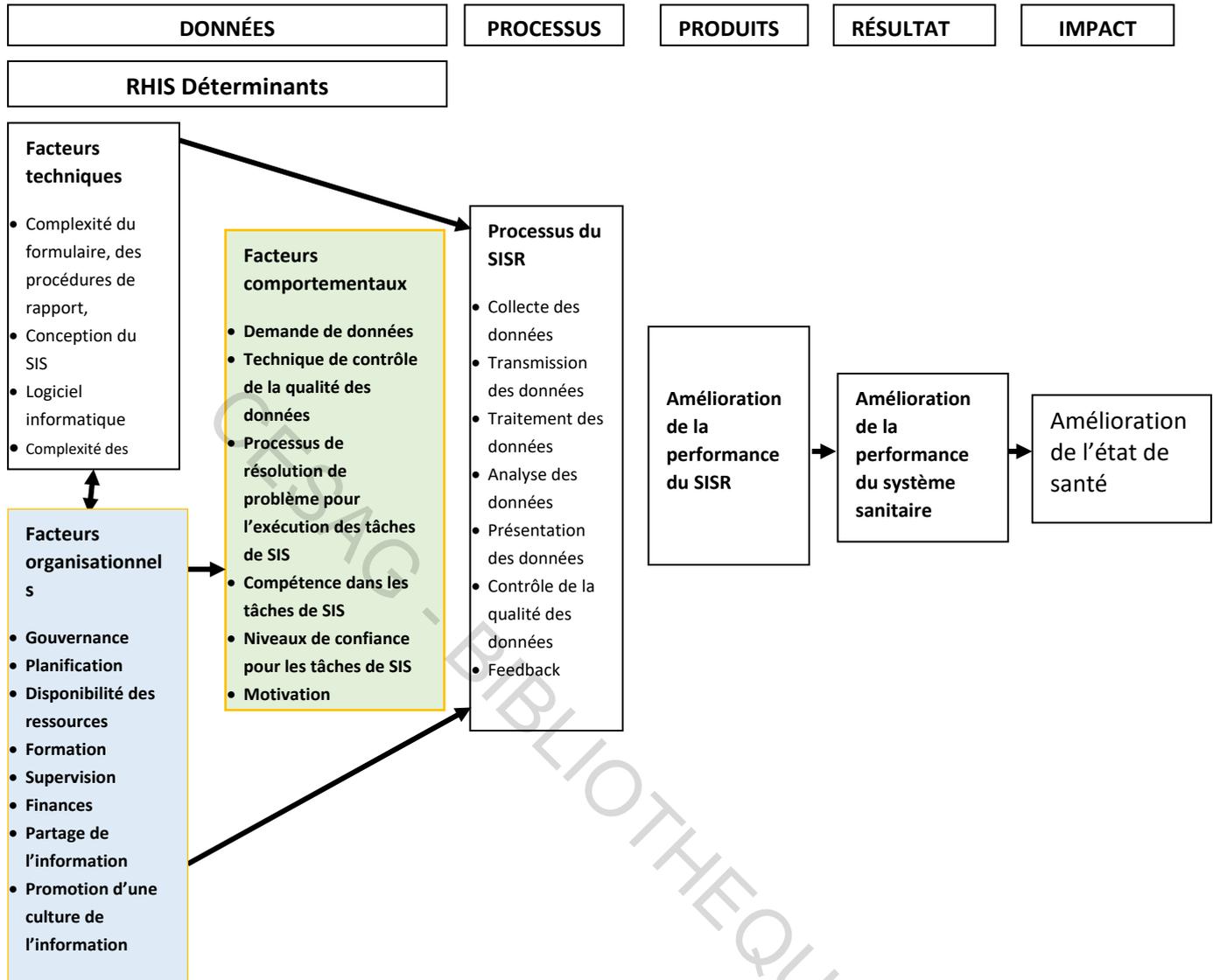
**QB-17 a** : Est-ce que vous assurez régulièrement la supervision des structures ou services sous tutelle ?  
(1 **OUI** 0 **NON**)

**QB-17 b** : Si oui à QB-17 a, dites à quelle fréquence ?

| Structure | Mensuel | Trimestriel | Semestriel | Annuel |
|-----------|---------|-------------|------------|--------|
| DIEM      |         |             |            |        |
| DAF       |         |             |            |        |
| DRH       |         |             |            |        |

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE II : Détails du cadre conceptuel du PRISM



Source : Measure Evaluation

Figure 30 : Cadre conceptuel du PRISM

ANNEXE III : Courriers officiels de mise en stage et d'autorisation d'enquête



MINISTRE DE LA SANTE ET  
DE L'HYGIENE PUBLIQUE

LE CABINET

N° 0284 2016/MSHP/DPPEIS/km

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union – Discipline – Travail

Abidjan le, 24 Mars 2016

**NOTE A L'ATTENTION DE :**

**Mesdames et Messieurs les Directeurs :**

- Centraux
- Régionaux
- Coordonnateurs des Programmes de Santé
- Départementaux

**Objet : Collecte de données**

Je viens par la présente porter à votre connaissance que Monsieur **KOFFI Kra Marcel**, Mle **232 682 W**, Infirmier Spécialiste en Santé Publique, fonctionnaire à la DPPEIS a suivi une formation en **MBA Gestion des Programmes de Santé** à Dakar, au Sénégal.

Dans le processus de rédaction de son mémoire de fin d'étude, il est à la phase de collecte des données sur le thème : « **L'Utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision** ».

Dans cette perspective, il est prévu un passage d'une équipe d'enquêteurs dans vos structures respectives pour cette collecte des données.

A cet effet, je vous prie de bien vouloir faciliter la tâche des enquêteurs pour cette activité.

Ils auront à s'entretenir avec les membres du staff managérial de votre structure, et les procès-verbaux des réunions de l'année 2015 seront consultés pour complément d'information lors des entretiens.

Pour la Ministre et par délégation,  
Le Directeur de Cabinet Adjoint

**Dr NIANGUE Joseph**





CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

AK/md/cesag-sante

Dakar, le

03 JUIN 2015

*Le Chef du Département du CESAG-Santé*

**Objet : Lettre de demande de stage.**

**Monsieur le Directeur,**

Le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion est une institution de formation en gestion et en économie. La formation est assurée par six écoles spécialisées dont le Département de CESAG-Santé qui dispense deux programmes : l'Economie de la Santé et la Gestion des Services de Santé, tous deux d'une durée de 12 mois et sanctionnés par un Master en Business Administration (MBA). L'accès aux programmes se fait sur concours et concerne les cadres supérieurs titulaires d'au moins une maîtrise en gestion ou sciences sociales ou d'un Doctorat d'Etat en médecine. A la fin de leur formation, les stagiaires doivent préparer et présenter un mémoire de fin d'études à l'issue d'un stage qui démontre leur capacité à transposer, sur le plan pratique, les connaissances théoriques acquises pendant la formation.

C'est dans ce cadre que nous vous adressons le présent courrier pour demander un stage en faveur de **M. KOFFI KRA Marcel**, stagiaire de la 25<sup>e</sup> promotion de Gestion des Services de Santé qui a émis le souhait d'effectuer son stage dans votre structure.

Les étudiants inscrits à ce programme présentent un mémoire de **résolution de problèmes**. Pour ce faire, ils identifient, en accord avec les responsables de la structure de stage, un problème prioritaire de gestion et proposent des solutions appropriées. Nous voudrions vous assurer qu'une fois que vous aurez choisi ensemble le thème, les informations que le stagiaire collectera seront tenues confidentielles.

La durée du stage est en général de 3 mois. Cependant, selon la complexité du thème de mémoire choisi, cette durée peut être prorogée. Le stagiaire prendra contact avec vous dans le courant du mois de juillet, pour fixer, d'un commun accord, la date de démarrage de son activité.

Nous vous remercions des instructions que vous voudrez bien donner à vos collaborateurs pour faciliter son intégration au sein de votre structure, et lui permettre de mener à bien la collecte de données dont il aura besoin.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération distinguée.

**Monsieur le Directeur de la Planification,  
de la Prospective, de l'Information  
et de l'Evaluation Sanitaire  
BP. 341 Abidjan 04  
RCI //**

  
**Dr Amani KOFFI**  


Boulevard du Général De Gaulle  
B.P.: 3802, Dakar (Sénégal) - Tél.: (221) 33 839 73 60 - Fax : (221) 33 821 32 15  
Email : courrier@cesag.sn - Site : www.cesag.sn



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET  
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

CABINET

DIRECTION DE LA PROSPECTIVE,  
DE LA PLANIFICATION, DE L'ÉVALUATION  
ET DE L'INFORMATION SANITAIRE



LE DIRECTEUR

Réf N° **615** /2015/MSLS/CAB/DPPEIS

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union- Discipline- Travail

Abidjan, le **21 SEPT 2015**

/-)  
Monsieur le Chef du Département  
du CESAG-Santé

**SENEGAL**

**Objet:** Demande de stage

**Réf :** V/L AKmd/cesag-santé en date 03 juin 2015

**Monsieur chef du Département,**

Nous accusons réception de votre lettre citée en référence par laquelle vous sollicitez un stage en faveur de l'étudiant : **Monsieur KOFFI Kra Marcel** en gestion des services de santé.

En retour, nous avons l'honneur de vous informer que nous vous marquons notre accord de principe pour le déroulement du stage sur une période de **(03) trois mois de septembre-octobre.**

Tout en vous remerciant, pour la confiance placée en notre Direction, nous vous prions **d'agréer, Monsieur le chef du Département,** l'expression de ma considération distinguée.



**Professeur Mamadou SAMBA**