

Renforcer le Système d'Information Sanitaire pour accélérer la Viabilisation du District de Santé

Policy brief

Juin 2010

Auteurs

Coordination et Rédaction

Dr Jean Serge Ndongo, MD, MPH

Chercheur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé

Hôpital Central - Yaoundé, Cameroun

Email: njserge@yahoo.fr

Dr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc

Chef, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé

Hôpital Central - Yaoundé, Cameroun

Email: pc.ongolo@gmail.com

Financement

Initiative de Recherche en Santé Mondiale – Centre de Recherches pour le Développement International - Ottawa, Canada

Alliance pour la Recherche sur les Politiques et les Systèmes de Santé – Genève, Suisse

Conflits d'intérêt : Aucun

Revue interne : Cette note a été revue par l'équipe de recherche du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé : Dr David Yondo, Dr François Colin Nkoa, Mme Cécile Renée Bonono-Momnougui

PREAMBULE

Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) est une unité de recherche créée en Juin 2008 au sein de l'Hôpital Central de Yaoundé pour promouvoir la prise de décision éclairée par les bases factuelles en santé grâce au soutien d'une bourse de leadership en santé mondiale de l'Initiative Canadienne pour la Recherche en Santé Mondiale gérée par le CRDI - Canada. Le CDBPS est un centre de facilitation de l'application et de l'échange des connaissances à travers la promotion de l'interaction entre chercheurs et décideurs dans les domaines de la santé. Cette initiative soutient les chercheurs en synthétisant les travaux de recherche sous une forme attractive et lisible pour les décideurs dans les domaines de la santé. Le CDBPS ambitionne également de servir les décideurs en leur offrant des opportunités de renforcement de leurs capacités, en leur fournissant des synthèses des bases factuelles et en identifiant les besoins et gaps en matière de prise de décision éclairée par les données probantes.

Cette note d'information stratégique pour améliorer le système d'information santé pour la viabilisation des districts de santé au Cameroun est la quatrième produite par le CDBPS dans son effort de synthèse et de dissémination des données probantes issues de la recherche afin d'informer les choix d'interventions par les décideurs et gestionnaires des services de santé. Les options stratégiques discutées dans cette note ne sont ni options exclusives ni des recommandations; toutes ou partie des interventions pourraient être adoptées de manière variable puisqu'il s'agit d'interventions complémentaires destinées à accélérer la viabilisation des districts de santé. Notre intention n'est pas d'établir de priorité entre les stratégies ou de recommander une stratégie plutôt qu'une autre mais nous avons tenté de rendre disponibles les bases factuelles disponibles pour éclairer les choix des acteurs. Les décideurs et gestionnaires demeurent responsables du choix à considérer l'une ou autre stratégie selon les mécanismes de prise de décision en vigueur.

Messages Clés

- L'évaluation à mi parcours de la stratégie sectorielle de santé (SSS) 2001-10 a conduit à son actualisation l'arrimant à l'atteinte des OMD en 2015 avec entre autres stratégies la viabilisation du district de santé (processus de renforcement du système de santé de district menant vers une autonomie institutionnelle, technique et économique). Le volet quantitatif de l'évaluation n'a été possible qu'à travers le recours aux études et enquêtes en raison de la faiblesse du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) de routine. Ce dernier est inopérant, fragmenté et non intégré ne renseignant pas la carte sanitaire sur les besoins et le niveau de satisfaction des usagers, l'utilisation des services, les difficultés de la chaîne d'approvisionnement en technologies sanitaires et la performance du système de santé. Chaque programme prioritaire dispose d'un système d'information propre dans lequel les capacités d'analyse des données et la création d'information sanitaire utile à la prise de décision sont inappropriées. Le nombre exact de districts de santé, des hôpitaux de district fonctionnels, des aires de santé, les taux de fréquentation des services et les dépenses annuelles de santé par habitant sont mal renseignés. Le recours au SNIS pour la planification est loin d'être la règle.
- Le Concours Qualité 2006-2007 a révélé qu'aucun des districts de santé n'a dépassé la phase de démarrage dans le processus qui mène vers l'autonomie. La composante « données générales » de ce Concours a été la moins bien renseignée par les équipes cadre des districts notamment le profil épidémiologique, les budgets, la cartographie des formations sanitaires, les infrastructures, les équipements ainsi que les ressources humaines. La SSS actualisée a retenu l'information sanitaire comme domaine d'intervention prioritaire dont le but est que 90% des formations sanitaires soient gérées sur des bases documentaires. Spécifiquement, il s'agit de (i) bien organiser la collecte de l'information, (ii) analyser les données et (iii) utiliser ces données pour l'amélioration continue de la qualité des services et des soins. S'il est prévu la création à moyen terme d'un système intégré d'informations budgétaires et sanitaires, les options pour sa mise en œuvre ne sont pas encore spécifiées d'où la requête du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en œuvre de la SSS au CDBPS de préparer cette note d'information stratégique.
- Le Réseau de Métrologie Sanitaire analysant le système camerounais fait apparaître les faiblesses suivantes selon leur gravité sur une échelle de 0 à 100%: gestion des données (28%), système d'état civil - déclaration des naissances et des décès- (18%), accès à l'information sur le recensement (38%), accès à l'information sur la carte sanitaire (39%) et accès à l'information sur les ressources humaines (59%). L'analyse des données du PEV révèle une récurrence de taux de couverture vaccinale supérieurs à 100% en raison de la versatilité des données démographiques de base.
- L'acteur de terrain ne trouve qu'un intérêt limité à la collecte des données puisque sont transformées en informations pour la planification intégrée. Bien souvent, l'information n'est pas considérée comme une ressource et l'affectation à un poste de collecte de données est ressentie comme une punition par le personnel. L'absence d'analyse et d'exploitation locales, la faible rétro information et le médiocre partage des données entre le public et le privé au sein de la pyramide sanitaire aggravent la perception d'inutilité des données collectées. Ces faiblesses compromettent le suivi - évaluation de l'utilisation des ressources, le monitoring du processus de viabilisation des districts de santé et la planification orientée vers l'équité.

Options stratégiques

- Mettre en place un cadre organique de coordination et de pilotage du SNIS
- Promouvoir la demande et l'utilisation de l'IS de qualité en renforçant les capacités des gestionnaires en matière de prise de décision éclairée par les bases factuelles pour la viabilisation des districts de santé.
- Valoriser la fonction « Information Sanitaire » par des incitations financières aux personnels et la modernisation de l'outil et des méthodes de travail en recourant aux TIC

Considérations de la mise en œuvre

- Une réforme administrative et fonctionnelle est nécessaire afin de donner davantage de visibilité à la fonction « information sanitaire » qui relève de la cellule de l'information sanitaire de la Division des études et projets sans emprise sur les collecteurs et les utilisateurs de l'information sanitaire. L'information, l'éducation et la mobilisation des ressources pour la prise de décision éclairée constitue un facilitateur de la demande en données et informations sanitaires de qualité.

**Renforcer le Système d'Information Sanitaire pour
Accélérer la Viabilisation du District de Santé**

***Rapport Scientifique
Juin 2010***

Contexte

A la suite de l'évaluation à mi parcours de la stratégie sectorielle de santé (SSS) 2001-10 [1], une actualisation a été décidée pour l'arrimer à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 avec entre autres stratégies la viabilisation du district de santé - processus de renforcement du système de santé de district menant à une autonomie institutionnelle, technique et économique [2]. Lors de cette évaluation, le suivi quantitatif de la mise en œuvre n'a été possible qu'à travers le recours aux études et enquêtes en raison de la faiblesse du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) de routine [1]. Comment renseigner d'une part le choix optimal des investissements et interventions et d'autre part les progrès de la mise en œuvre de cette SSS selon l'approche sectorielle (SWAp) ? un système de suivi évaluation efficace est impératif pour apprécier en temps opportun l'évolution des cinq objectifs quantifiables de la SSS actualisée 2001-15 - amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation ; amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours ; réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ; réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5ans ; et réduire de 2/5 la mortalité maternelle [2].

Quel est le problème ?

Le SNIS de routine est inopérant, fragmenté et non intégré ne permettant pas de renseigner en temps réel la carte sanitaire sur les besoins et le niveau de satisfaction des usagers du secteur de la santé, l'utilisation des services, les difficultés de la chaîne d'approvisionnement en technologies sanitaires (médicaments et autres intrants) et la performance des services de santé. Une hétérogénéité des outils de collecte et la faible traçabilité de la collecte des données de routine ont été constatées dans la majorité des formations sanitaires visitées lors de l'évaluation à mi-parcours de la SSS 2001-2010. Ainsi, l'inconstance des chiffres décrits dans les documents du MINSANTE sur les nombres des districts de santé, des hôpitaux de district fonctionnels, des aires de santé, les taux de fréquentation des services ou encore les dépenses annuelles de santé par habitant [1-3] alors qu'il existe une Cellule de l'Information Sanitaire au sein de la Division des Etudes et Projets [4]. Chaque programme prioritaire dispose jusqu'à présent d'un système d'information pour ses besoins propres. Les capacités d'analyse des données collectées et leur utilisation ne sont pas toujours conséquentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le recours aux données du SNIS pour la planification ou l'allocation des ressources est loin d'être la règle [1-3, 5]. Suivre et évaluer le processus de viabilisation du district de santé exige un système d'information à jour, opérationnel et réactif quant à l'utilisation des ressources et des mesures correctives pour améliorer la performance [6, 7]. Le cadre commun de suivi-évaluation adopté dans le cadre de la mise en œuvre du SWAp exige une réforme du système national d'information sanitaire [2].

Comment est-il venu au devant de la scène ?

Les préparatifs du passage au SWAP ont mis au grand jour la défaillance du SNIS de routine. L'évaluation quantitative à mi-parcours de la SSS 2001-10 n'a été possible qu'en recourant aux données d'enquêtes. Une consultation a été requise pour élaborer un plan de suivi-évaluation intégré (PISE) reconnu comme un pré requis pour le passage au SWAp en accord avec les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide Publique au Développement [2]. L'analyse des résultats du Concours Qualité organisé en 2006-2007 a révélé qu'aucun des districts de santé n'a dépassé la phase de démarrage dans le processus qui mène vers l'autonomie. La composante « données générales » de ce Concours Qualité a été la moins bien renseignée par les équipes cadre des Districts notamment le profil épidémiologique, les budgets des districts, la cartographie des formations sanitaires, les infrastructures, les équipements ainsi que les ressources humaines [8]. De même, l'approche participative recommandée pour la planification du développement sanitaire des districts a exacerbé les besoins d'une information sanitaire à jour et utilisable par les parties prenantes dans la préparation des plans d'action et la mise en œuvre de l'approche sectorielle [9].

La SSS actualisée 2001-15 [2] a retenu comme domaine d'intervention prioritaire l'information sanitaire dont l'objectif général est de faire en sorte que 90% des structures de santé soient gérées sur des bases documentaires. Les objectifs spécifiques sont entre autres de (i) bien organiser la collecte de l'information, (ii) analyser les données et (iii) utiliser ces données dans un esprit d'amélioration continue de la qualité des services et des soins. Si le document retient la création à moyen terme d'un système intégré d'informations

budgétaires et sanitaires, les options pour sa mise en œuvre dans les districts de santé ne sont pas encore spécifiées.

Quelle est l'ampleur du problème ?

Le Réseau de Métrologie Sanitaire analysant le système camerounais à la lumière des cinq dimensions ressources, indicateurs, management des données, production des données, dissémination et utilisation des données – fait apparaître les faiblesses suivantes selon leur gravité sur une échelle de 0 à 100%: management des données (28%), enregistrement civil (déclaration des naissances et des décès) (18%), accès à l'information sur le recensement (38%), accès à l'information sur la carte sanitaire (39%) et accès à l'information sur les ressources humaines (59%). Le système de l'Etat Civil existant présente quelques faiblesses notamment l'enregistrement des naissances et des décès. Les résultats du recensement général de la population de 2005 n'ont été rendus officiels qu'en 2010. L'échange des données entre les secteurs public et privé n'est pas la règle. De même, il est un constat dans cette étude que l'allocation des ressources n'est pas fondée sur l'exploitation des données relatives aux besoins des formations sanitaires et services de santé [5].

Les systèmes d'information sanitaire périodique dans les régions sont principalement axés sur les maladies infectieuses et les services de santé. Si l'approche syndromique altère la validité de certains diagnostics cliniques dans les centres de santé, les professionnels de santé chargés de la collecte se déclarent découragés par le grand nombre des formulaires à remplir liés à la multiplicité de programmes verticaux dont chacun avec sa méthode de collecte, d'analyse et sa base de calcul des indicateurs d'impact. Souvent, ces formulaires ne sont accompagnés d'aucune fiche explicative [1, 5]. Il existe deux systèmes de surveillance épidémiologique, celui du Programme Elargi de Vaccination et celui de la Direction de la Lutte contre la Maladie [4].

L'acteur de terrain ne disposant pas d'outil d'analyse des données collectées n'y trouve qu'un intérêt limité puisque les données collectées ne sont pas transformées en informations pour la planification intégrée. De plus, le circuit des données ne laisse que peu de place à l'analyse et l'exploitation locale. La rétro information est rare au sein de la pyramide sanitaire aggravant la perception d'inutilité des données collectées parmi les acteurs de terrain. Les professionnels de la santé sont nombreux à se demander si les rapports et les données qu'ils envoient au niveau central sont exploités et, s'ils le sont, à quoi servent-ils ? Bien souvent, l'information n'est pas considérée comme une ressource et l'affectation à un poste de collecte de données est ressentie comme une punition par le personnel [1-3,5].

Ces faiblesses ont pour conséquences au niveau national la difficulté de suivre et d'évaluer l'utilisation des ressources, une planification pas toujours orientée vers l'équité et l'impossible monitoring du processus de viabilisation des districts de santé. Une analyse des données du PEV a révélé un phénomène récurrent de taux de couverture vaccinale supérieurs à 100% en raison de la versatilité des données démographiques de base [1,2].

Cadre conceptuel de l'information sanitaire [6, 10-12]

L'information sanitaire constitue un pilier fondateur du système de santé en tant qu'intrant critique de planification, d'allocation des ressources ; outil de plaidoyer et de suivi-évaluation d'amélioration de la qualité et de la performance des services et soins de santé [6]. Le SNIS est un ensemble de ressources, règles et processus de recueil des données relatives à la santé des populations et à l'action du système de santé et des services de soins, leur stockage et traitement aboutissant à la production d'informations susceptibles d'utilisation et de transmission vers des organismes habilités à la prise des décisions [10].

La transparence, l'allocation des ressources, l'amélioration de la gestion des programmes et de la qualité des décisions managériales dépendent de la qualité de l'information sanitaire. Les SIS se fondent sur des données recueillies auprès de la population (recensements, enquêtes auprès des ménages, registres de l'état civil) et dans les formations sanitaires (surveillance épidémiologique, charge morbide, systèmes d'information pour la gestion sanitaire - ressources humaines, financières, infrastructurelles et matérielles etc.). Les données essentielles à collecter selon le niveau dans la pyramide sanitaire doivent être recueillies de manière standardisée puis analysées pour devenir des informations diffusables permettant des comparaisons spatio temporelles entre les populations.

Les fonctions du SNIS sont entre autres le recueil des données utiles pour l'analyse de situation sanitaire du pays, l'amélioration de la qualité des données collectées par la standardisation de la définition de chaque indicateur et de chaque maladie ou symptôme, l'analyse des données à chaque niveau du système de santé pour la prise des décisions adaptées, la garantie de la rétro-information à tous les niveaux, l'assurance de l'accès à la banque des données aux différentes parties prenantes et l'assurance de la surveillance épidémiologique et l'alerte en cas d'épidémie. De manière essentielle, tout SIS doit garantir que production et utilisation des données sont reliées et en adéquation. La mise en place des mécanismes institutionnels et des mesures d'incitation visant à instaurer un processus de prise de décisions fondé sur des bases factuelles est une nécessité. L'information sanitaire est utilisée pour le plaidoyer, la planification et la définition des priorités, l'allocation des ressources, la mise en œuvre et le suivi de l'action sanitaire.

Selon le Réseau de Métrologie Sanitaire abrité par l'Organisation Mondiale de la Santé, les six composantes essentielles d'un SNIS sont **les ressources** notamment le cadre politique et institutionnel, infrastructures, ressources humaines matérielles et financières - le cadre politique identifie les principaux acteurs et les mécanismes de coordination et garantit les interactions nécessaires au suivi ; la planification de l'information sanitaire est impérative pour en garantir la disponibilité, l'échange, la qualité et le partage opportuns- ; **les indicateurs** relatifs aux déterminants de la santé, au système sanitaire et à l'état de santé de la population ; **les sources de données** constituées par les structures sanitaires, les services de l'état civil, les services de statistiques, les bureaux de recensements et enquêtes populationnelles ; **la gestion des données** à l'aide de procédures écrites et outils assurant la qualité des données lors de la collecte, du stockage, de la transmission, de l'analyse, de la publication et de la dissémination ; **les produits d'information** issus de la compilation et manipulation systématique des données de sources distinctes - agrégation, calcul, nettoyage, normalisation, fusion des tableaux, combinaison et transposition des valeurs et codes, etc. - les données deviennent information, base factuelle utile à la prise de décision ; **la diffusion et l'utilisation** de l'information aux différents niveaux de la pyramide sanitaire est une partie intégrante de la planification et du fonctionnement du SIS. **Les critères d'efficacité d'un SIS** sont sa pertinence - répond-il à des objectifs de santé publique clairement définis et quantifiés ?-, sa performance - fonctionne-t-il avec des méthodes, des outils efficaces et des professionnels compétents ?-, son utilité - est-il utilisé par les acteurs cibles constitués par les décideurs, professionnels de santé et usagers ?, sa cohérence - les divers intervenants et sources d'information sont-ils bien coordonnés ?

Le concept de district de santé naîtra à la suite d'un constat d'échec de viabilité de la mise en œuvre des activités de soins de santé primaires conçus comme des soins élémentaires au niveau communautaire et des soins de première référence. La nécessité d'une structure d'organisation pouvant planifier et coordonner les services à ces deux niveaux aboutira au développement d'un modèle général du système de santé autour du district de santé – unité opérationnelle dotée de « un niveau primaire d'équipement et des travailleurs de santé communautaire délivrant des services intégrés curatifs et préventifs à une population définie avec une participation active de la communauté et sous la supervision à la fois de l'hôpital de district et l'équipe cadre du district de santé ». L'hôpital de district, élément nouveau, est chargé de la prise en charge des soins du premier niveau de référence à savoir les urgences obstétricales et chirurgicales et devrait également accroître les ressources disponibles pour un soutien plus effectif aux soins communautaires [6].

La viabilisation du district de santé est un processus conduisant chaque district de santé vers une autonomie technique, économique et institutionnelle. **L'autonomie technique** consiste en la capacité du système de santé de District à délivrer des services et soins de qualité au regard des préoccupations et des attentes des populations et du personnel. **L'autonomie économique** est la capacité du système de santé de district à couvrir tous ses coûts de production, individuellement et collectivement, grâce aux recettes propres et aux autres sources de financement. **L'autonomie institutionnelle** est la capacité des parties prenantes à gérer le district de santé chacun en fonction de son rôle. Le processus de viabilisation comporte trois phases - démarrage, consolidation et autonomisation – non étanches ; un district peut être en phase de consolidation alors que certaines activités sont en phase de démarrage. La viabilisation du district de santé impose une optimisation de la mobilisation des intrants, la maîtrise des processus pour renforcer et améliorer l'offre des

soins, le partenariat, les mécanismes de financement, le système d'approvisionnement en médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux [13].

Quelles sont les causes du problème ?

Les causes systémiques tiennent à la pauvreté et aux conséquences des politiques d'ajustement structurel des années 1980-1990 ayant conduit à un abandon des plans quinquennaux de développement pour céder la place à l'approche projets, affaiblissant ainsi les services de statistiques autrefois performants pour la planification du développement. Les baisses des revenus des professionnels de la santé, la dévaluation du franc CFA, l'embargo sur les recrutements à la Fonction Publique et l'abaissement de l'âge de départ à la retraite ont détérioré la motivation de la ressource humaine. L'expertise en planification, suivi – évaluation, supervision a été perdue. Les efforts entrepris de redynamiser le SNIS au début des années 1990 n'ont pas été conduits à leur terme avec une réforme des outils qui n'a pas touché les niveaux intermédiaires et centraux. L'approche de planification participative recommandée dans le cadre des soins de santé primaire a été abandonnée au profit d'une répartition des ressources existantes de manière égalitaire entre les districts de santé à partir du niveau central sans grille d'allocation appropriée aux besoins réels. La réforme amorcée au début des années 2000 avec l'adoption d'une SSS comportant 32 programmes à mettre en œuvre dont certains programmes verticaux destinés à relancer le système de santé n'a pas été suivie d'une intégration progressive une fois l'urgence passée [1-3, 14, 15].

Les causes organisationnelles : la Cellule de l'Information Sanitaire (CIS) logée à la Division des Etudes et Projets est en charge de la gestion de l'information sanitaire ; force est cependant de constater l'absence d'un cadre organique définissant les mécanismes d'interactions administratives entre les programmes prioritaires, les formations sanitaires, les services de surveillance épidémiologiques et la CIS. Ainsi rien n'oblige les responsables des services de suivi-évaluation des programmes prioritaires et des délégations régionales de la santé à transmettre les données collectées à la CIS. De même l'infrastructure de collecte et les ressources humains et matérielles pour la collecte, l'analyse et la dissémination sont inappropriées. La multitude des programmes verticaux avec leur diversité de systèmes de collecte et d'analyse des données entraînent une fragmentation de l'information générée [2]. Localement, il n'existe pas de système d'exploitation des données collectées. L'accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les districts demeure faible et la plupart des districts souffrent encore de la faible informatisation des services. Les capacités d'analyse et d'intégration aux niveaux régional et national sont sous optimales notamment en raison du non recours à ces informations dans l'allocation des ressources [1-3, 5, 6].

Les causes liées aux individus : il s'agit entre autres du manque de compétences des personnels affectés aux tâches de collecte des données ainsi que dans l'analyse et la génération des informations pertinentes pour la prise de décision ; de la démotivation du personnel - l'affectation dans un bureau des statistiques est le plus souvent perçue comme une sanction, face à la charge de travail, il n'y a pas de quoteparts ou de gratifications puisqu'il n'y a pas de recouvrement des coûts. De plus, les personnels de santé ont l'impression que les rapports transmis à la hiérarchie ne sont ni vérifiés ni exploités, situation qui entraîne une qualité médiocre de la collecte des données. Le niveau central se contente de transmettre les formulaires et de les recevoir remplies souvent sans procéder à la moindre vérification de validité, de cohérence ou de plausibilité [14, 15].

En résumé, par rapport aux cadres conceptuels [10-13], le SNIS au Cameroun est fragmenté et peu performant en raison de l'absence d'un cadre organique de coordination et de gestion de l'information sanitaire, de l'absence de mécanismes qui valorisent le recours à l'information sanitaire dans la prise de décision, du caractère archaïque de l'infrastructure de collecte et de traitement des données ainsi que de l'absence de normes et standards relatifs à l'utilisation de l'information sanitaire.

Options stratégiques

I. Mettre en place un cadre organique de coordination et de pilotage du SNIS [12].

La multiplicité des programmes prioritaires de santé avec des procédures de gestion et des conditionnalités contraignantes a conduit à l'éclatement du SNIS de routine. La mise en œuvre d'un cadre organique de coordination et de pilotage autour de la CIS devrait permettre la clarification des rôles et responsabilités, des mécanismes d'interactions administratives entre les différents acteurs du Minsanté, les normes et standards en

matière de collecte, transmission, validation et analyse des données, d'interprétation, échange partage et dissémination des données notamment les procédures d'utilisation de la ressource informationnelle dans la planification, l'allocation des ressources, la rétro information ainsi que les modalités d'accès aux informations par les parties prenantes. La CIS pourrait ainsi interagir avec les autres sources de données et d'informations telles que l'INS, le BUCREP, les centres de recherche ne relevant pas du Minsanté.

2. Promouvoir la demande et l'utilisation de l'IS de qualité en renforçant les capacités des gestionnaires en matière de prise de décision éclairée par les bases factuelles pour la viabilisation des districts de santé [16, 17].

En l'absence de capacités et de règles exigeant l'utilisation de la ressource informationnelle comme base de travail, de planification, d'allocation de ressources et sans obligation de rendre compte avec des données probantes, il sera difficile de transformer le SNIS. En soutenant la demande d'informations sanitaires de qualité, les acteurs en charge de la collecte des données et de la production de l'information se sentiront socialement utiles. Le renforcement des capacités managériales des équipes cadres de district constitue un levier efficace pour le renforcement du système de santé.

3. Valoriser la fonction Information Sanitaire par des incitations financières pour les personnels et la modernisation de l'outil et des méthodes de travail en recourant aux TIC [18, 19, 22].

En raison des baisses de salaires des fonctionnaires de la santé, ceux qui travaillent dans les districts et les hôpitaux perçoivent des quoteparts et des bonus proportionnels à leur activité curative. L'absence de ces bonus pour les personnels en marge des soins curatifs altèrent la qualité des données collectées de même que la multiplicité des formulaires papiers à remplir accroît la charge de travail. La motivation des acteurs à travers la formation aux TIC, le développement du parc informatique des formations sanitaires et de la connectivité Internet sont capables de motiver les acteurs de terrain ainsi que ceux en charge de la consolidation aux niveaux régional et national.

Considérations de mise en œuvre

Le démarrage de la mise en œuvre du SWAp et de la mise en œuvre de la SSS 2001-15 avec des plans de développement sanitaire des districts constitue une opportunité pour les réformes suggérées.

Il sera nécessaire d'allouer des ressources pour la rédaction du cadre organique dans une démarche collaborative afin de prendre en compte les besoins et attentes des différents acteurs. L'information et l'éducation des professionnels de santé ainsi que des acteurs communautaires sont des stratégies éprouvées efficaces pour la mise en œuvre de ce type de réforme [20-22]

Il a également été établi que la modernisation de l'outil de travail accompagnée d'une formation appropriée constitue des facteurs incitatifs pour les personnels de santé au même titre que les mesures financières [19].

Étude de cas : le Projet d'Interventions Essentielles de Santé en Tanzanie (PIEST) [16]

Il s'agissait d'une recherche collaborative entre le Ministère de la Santé de Tanzanie et le Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI) du Canada dont les objectifs étaient de vérifier une assertion de la Banque Mondiale (Rapport sur le Développement dans le Monde, 1993) selon laquelle, « il est possible d'améliorer considérablement les indicateurs de santé dans les pays à ressources limitées, si les budgets sont alloués en tenant compte de la charge morbide locale et donc en utilisant mieux l'information sanitaire ».

En se fondant sur l'utilisation de l'information sanitaire pour la planification, la définition des priorités et l'allocation des ressources, le PIEST a démontré qu'à partir des données démographiques et populationnelles locales, il était possible d'obtenir des retombées tangibles sur l'état de santé des populations notamment par l'amélioration du choix des interventions et de l'efficacité même des interventions. Le projet mis en place dans les districts de Morogoro et de Rufiji en Tanzanie, considérée parmi les plus pauvres avec de mauvais indicateurs de santé, s'est construit autour de la mise en place d'équipes de gestion de districts et le développement d'outils spécifiques de collecte et d'analyse des données populationnelles telles que le profil de

charge morbide du district, l'outil de planification du budget de santé du district, de recueil des besoins et attentes des communautés, les coûts et la rentabilité des interventions.

Durant la mise en œuvre du projet, une diminution des taux de mortalité et de la charge de morbidité de l'ordre de 40% dans les deux districts a confirmé la plausibilité de l'hypothèse initiale du PIEST. Cette expérience démontre la pertinence des interventions de renforcement du système de santé fondées sur la réforme des principes généraux de gestion, l'intégration de la participation communautaire, l'amélioration du système d'information sanitaire, l'infrastructure et la gouvernance. Ces cinq éléments contribuent non seulement à améliorer la qualité des services et soins mais participent également à davantage d'équité du fait d'une meilleure efficacité (Don de Savigny, 2004). L'information sanitaire valide et fiable a permis d'optimiser l'allocation et utilisation des ressources financières qui privilégient les priorités identifiées à partir des données locales plutôt que des desseins des bailleurs de fonds et des programmes « verticaux ». Ainsi avant le PIEST, les maladies infantiles qui représentaient 37% de la charge de morbidité recevaient seulement 17% du budget cependant que 50% des ressources financières étaient consacrées aux maladies non transmissibles dont la charge morbide cumulée était inférieure à 15%. De plus, l'information sanitaire a permis d'améliorer la capacité d'absorption des financements supplémentaires grâce aux nouvelles capacités de gestion et d'administration et la justification de l'introduction de nouveaux postes de dépenses. Les chercheurs du PIEST recommandent la mise en place, dans les pays ne disposant pas encore d'une information démographique rigoureuse, d'une alternative faite de deux systèmes sentinelles rural et urbain ou d'une surveillance démographique qui seraient des observatoires de la population, de la santé et de la pauvreté. Les systèmes de surveillance démographique contribueraient à l'utilisation intégrée des diverses sources d'information relative à l'état de santé, aux indicateurs de pauvreté et d'équité ; ces systèmes fourniraient l'information locale utile aux planificateurs locaux. En conclusion, le PIEST a battu en brèche l'idée que seul l'accroissement des financements peut améliorer les indicateurs de santé et conforté la thèse de l'utilisation appropriée de l'information notamment démographique comme catalyseur de l'amélioration de la qualité de la planification et de l'efficacité.

Bibliographie

1. Ministère de la Santé Publique (2006). Evaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé 2001-2010 : Rapport principal de l'étude. Institut National de la Statistique, GTZ, Décembre 2006.
2. Ministère de la Santé publique (2009). Stratégie Sectorielle de santé actualisée 2001-2015.
3. World Bank (2008). Project Appraisal Document on a proposed credit to the government of Cameroon for a Health sector support investment project.
4. Ministère de la Santé Publique (2002). Décret 2002/209 du 22 août 2002 portant organigramme.
5. Ministère de la Santé Publique (2008). Rapport d'évaluation du système national d'information sanitaire par l'outil du Réseau de Métrologie Sanitaire - OMS.
6. WHO (2000). Health Systems: Improving Performance. The World Health Report. WHO, Geneva.
7. WHO (2004). Changing History. The World Health Report. WHO, Geneva.
8. Ministère de la Santé Publique (2008). Rapport final du Concours Qualité 2007-2008.
9. Ministère de la Santé Publique (2007). Guide d'Elaboration du Plan de Développement Sanitaire d'un District de Santé 2009-2012.
10. WHO Expert committee (1994). Information support for new public health action at district level. WHO Technical report series 845. WHO, Geneva.
11. WHO (2004). Developing Health Management Information Systems: a practical guide for developing countries. WHO, Geneva.
12. PAHO/WHO Office in Chile, Santiago (2009). Improving the Structure and Performance of National Health Information Systems, Operational Approach and Strategic Recommendations. Technical Series on Information for Decision-Making - PWR CHI/09/HA/03.
13. Ministère de la Santé Publique (2005). Cadre conceptuel d'un district de santé viable.
14. Ambegaokar M, Ongolo-Zogo P, Aly T et al. (2004). Team Work and Incentives in the Cameroon Health Sector. Research Report. Ministry of Public Health.
15. Balique H. (2003). Situational Analysis for Hospital Reform in Cameroon. Consultation Report. Ministry of Public Health.
16. de Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G (2004). La réforme du système de santé : le cas PIEST. Centre de Recherches pour le Développement International, Ottawa.
17. Gilson L (2007). What sort of stewardship and health system management is needed to tackle health inequity and how can it be developed and sustained? Centre of Health Policy, University of Witwatersand, South Africa.
18. Chaix Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P (2000). Effects of financial incentives on medical practices: results from a systematic review of literature and methodological issues. International Journal for Quality in Health Care Apr 2000; 12: 133.
19. B. Chaudhry et al, Systematic review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of medical care, Ann Intern Med. 2006; 144:742-752.
20. Ovretveit J, Siadat B, Peters DH, Thota A, El-Saharty S (2009). Review of strategies to strengthen health services in Improving health service delivery in developing countries: from evidence to action. pp 35-68. Edited by David H. Peters ... [et al.]. DOI: 10.1596/978-0-8213-7888-5. World Bank
21. Edward A, Peters DH, Daniels A, Rang Y, Matsubayashi T (2009). Review of strategies to strengthen the performance of health organizations in Improving health service delivery in developing countries: from evidence to action. pp 70-99. Edited by David H. Peters ... [et al.]. DOI: 10.1596/978-0-8213-7888-5. World Bank
22. Rowe AK, Rowe SY, Vujicic M, Ross-Degnan D, Chalker J, Holloway KA, Peters DH (2009). Review of strategies to improve health care provider performance in Improving health service delivery in developing

countries: from evidence to action. pp 100-126. Edited by David H. Peters ... [et al.]. DOI: 10.1596/978-0-8213-7888-5. World Bank

Tableau récapitulatif des options stratégiques

Options stratégiques	1. Mettre en place un cadre organique de coordination et de pilotage du SNIS	2. Promouvoir la demande et l'utilisation de l'IS en renforçant les capacités en matière de prise de décision éclairée	3. Valoriser l'Information Sanitaire par des incitations financières aux personnels et la modernisation des outils et méthodes de travail (TIC)
Bénéfices ou Avantages	Clarification administrative et réglementaire des rôles et responsabilités pour chaque intervenant dans le SNIS. Définition de normes et standards dans le processus de production de l'information sanitaire.	Amélioration de l'équité, la satisfaction des besoins réels de la population, la prise de décision, des indicateurs de santé et de la performance du système de santé. Meilleure allocation des ressources, plus grande efficacité et équité dans le système.	Amélioration de la rapidité et réactivité du système relativement au monitoring et évaluation. Rapidité de la collecte et l'analyse des données. Amélioration de la complétude et la promptitude des données.
Inconvénients/risques	Coûts de fonctionnement et défis de la coordination.		Tricherie et falsification des données. Corruption.
Acceptabilité	Les bailleurs et gestionnaires en quête de visibilité pourraient être réticents quant à la standardisation des outils et intégration du SIS dans le district		
Applicabilité		La formation améliore les compétences mais les méthodes les plus efficaces ne sont pas toujours connues.	L'incitation financière « seule » ne peut constituer un outil efficace pour le changement des pratiques. Elle doit être ajustée sur la qualité et la productivité du système. L'incitation doit être simple, transparente et directe et avoir une relation binaire avec le résultat attendu.
Barrières à la mise en œuvre	Contraintes financières et budgétaires Lenteurs administratives et bureaucratie	Absence d'une culture et une politique qui promeut l'utilisation de l'IS dans les institutions. Résistance au changement	Temps de mise en œuvre et finances Incapacité et insuffisance des compétences informatiques Refus de la modernité et « peur » de la transparence. Conflits d'intérêts
Stratégies de mise en œuvre	<p><i>Développement et renforcement des capacités des parties concernées</i> : les producteurs de l'information, les équipes cadres des districts de santé, les décideurs en santé, les utilisateurs de l'IS quelque soit le niveau.</p> <p><i>Incitation à l'utilisation des données et de l'information produite dans tout processus de prise de décision dans la pyramide sanitaire</i> : mettre l'information sanitaire à disposition des décideurs, montrer l'importance d'utiliser l'information produite au niveau locale comme base de toute prise de décision.</p> <p><i>Incitation à la production d'une information sanitaire de bonne qualité</i></p>		
	Introduire un mécanisme de planification basé sur l'IS et développer des outils de gestion garantissant la bonne qualité de l'information sanitaire	Mobilisation des ressources pour la capacitation des gestionnaires et utilisateurs de l'information sanitaire.	Mobilisation des ressources financières, technologiques et infrastructurelles pour améliorer la qualité de travail, la complétude et la promptitude des données collectées.