

APPUI À ELABORATION DU PLAN NATIONAL DE RENFORCEMENT DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE 2017-2020 EN CÔTE D'IVOIRE

Agence
Européenne
Pour le Développement
Et la Santé

Rue Joseph II, 34
B-1000 Bruxelles

Téléphone : +32.2.219.03.06
Fax : +32.2.219.09.38
Email : aedes@aedes.be
www.aedes.be

RCB : 573 018
TVA BE : 450 913 705
Fortis : 210-0475090-36

Nov
2017

Plan de Renforcement du SIS de la Côte d'Ivoire – 2017-2020 (draft)

AEDES Scrl

Plan de Renforcement du SIS de la Côte d'Ivoire – 2017-2020

DRAFT 0



Table des matières

1.	Introduction	2
2.	Contexte	4
2.1.	Contexte sanitaire de la Côte d'Ivoire	5
1.	Organisation administrative du système	5
2.	Offre de soins en Côte d'Ivoire	5
2.2.	Historique et évolution du Système d'Information Sanitaire de Côte d'Ivoire	7
3.	Méthodologie et phase d'élaboration du Plan de Renforcement	9
3.1.	Démarche.....	9
3.2.	Dispositifs et méthodologie	9
3.3.	Revue du Plan de renforcement Triennal 2014-2016	10
3.4.	État des lieux du Système d'Information Sanitaire.....	11
4.	Stratégies de renforcement du SIS.....	29
4.1.	Vision	29
4.2.	Mission.....	29
4.3.	Objectif général.....	29
4.4.	Stratégies d'intervention.....	29
5.	Chaine des résultats.....	35
6.	Activités de la mise en œuvre	36
7.	Synthèse de la Budgétisation	41
8.	Cadre de Suivi & Evaluation	41
7.1.	Au niveau central	41
7.2.	Au niveau régional.....	43
7.3.	Au niveau district	43
7.4.	Appropriation et pérennisation du cadre de suivi évaluation.....	44
9.	Mise en œuvre du Plan de renforcement.....	45
8.1.	Calendrier de mise en œuvre	45
8.2.	Cadre de financement.....	45
8.3.	Mécanisme de Suivi & Evaluation	45
10.	CONCLUSION.....	48
	Annexes.....	48

1. Introduction

L'élaboration de politiques, de programmes et projets dans le domaine de la santé est fortement influencée par les données qui sont mises à dispositions par le Système d'Information Sanitaire (SIS).

En effet, le Système d'Information Sanitaire est un processus intégré comprenant la collecte de données (routinières ou non routinières), le traitement, l'analyse pour aboutir à la production de l'information sanitaire. Ces informations produites sont diffusées et destinées à la prise de décisions pour améliorer la santé des populations.

Devant les nombreux défis de santé de la population auxquels la Côte d'Ivoire doit faire face, il est impératif que le Ministère en charge de la Santé puisse disposer d'informations nécessaires fiables. Ceci permet de réaliser la Planification, la mise en œuvre, le suivi-évaluation des programmes et projets de santé et d'apporter des réponses adéquates aux nombreux besoins dans le domaine de la santé publique.

Depuis 1995, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un système d'information sanitaire appelé Système d'Information de Gestion (SIG). Ce système a pour but de guider la prise de décisions stratégiques, d'appuyer la planification et la gestion des programmes, de suivre la performance et les progrès réalisés par le système de santé.

Après l'éligibilité de la Côte d'Ivoire au fonds PEPFAR en 2003, une évaluation du système d'information sanitaire de routine faite par le Ministère en charge de la Santé avec l'appui technique du projet MEASURE et l'appui financier du PEPFAR a mis en évidence des faiblesses qui se résument à (i) l'absence d'harmonisation des indicateurs de programmes de santé y compris le VIH/Sida et (ii) la rupture fréquente des outils de gestion des données dans les structures sanitaires.

Suite à cette évaluation, un plan de renforcement du système d'information sanitaire a été mis en œuvre sur la période 2003-2008. Sa mise en œuvre a été partielle du fait de l'insuffisance de ressources.

En 2008, une autre évaluation conduite par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) en collaboration avec le projet MEASURE a montré l'existence d'outils nationaux de collecte de données VIH (PTME, CDV et PEC), l'intégration des données VIH dans les outils du SIG existant (rapport mensuel intégré), l'existence d'un logiciel de gestion intégré (SIGVISION) des données sanitaires et d'un système d'information de gestion mieux structuré qu'en 2003 au niveau central et district. Cependant, il n'y avait pas assez de ressources dédiées au renforcement du SIS. En effet, le déploiement effectif et coordonné des outils de gestion sur l'ensemble du territoire ivoirien, n'a pas pu être mis en œuvre. Ainsi, plusieurs recommandations faites en 2003 restaient d'actualité.

Par ailleurs, sur la même période d'autres partenaires ont apporté des appuis dans le cadre du Renforcement du Système de Santé. Il s'agit de :

GAVI Alliance, Unicef avec un financement de l'Union Européenne, UNFPA, PEPFAR et le Fonds Mondial (FM) dans le cadre du Round 2. Ces appuis ont porté sur des équipements pour le Niveau central, les Districts Sanitaires (DS) et Directions Régionales (DR) en Kits informatiques, moyens de communication, en matériels roulants, formation des ressources humaines, développement d'application pour la gestion des données, reproduction des outils de collecte et des appuis aux fonctionnements.

En 2012, une évaluation du système d'information sanitaire de routine réalisée avec l'outil PRISM par la DIPE avec l'appui de MEASURE Evaluation a des acquis notables avec une amélioration de la qualité globale des données, de l'utilisation des informations produites. Mais des faiblesses sont enregistrées concernant la promptitude des données dans le système (50%), la réalisation des supervisions et la retro information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Depuis plusieurs années, le Fonds Mondial finançait les trois composantes à travers des subventions dans le volet S&E. L'appui au Système d'Information Sanitaire n'était pas suffisamment coordonné surtout en matière de reproduction des outils de collecte de données, de disponibilité d'agents pour la gestion des données au niveau périphériques et en équipements informatiques et de communications.

Face à cette situation, lors de la mission de travail de l'équipe du FM en mars 2013 en accord avec les partenaires (OMS, PEPFAR) et le Ministère de la santé à travers la DIPE, il a été décidé d'élaborer un Plan Triennal Pour Le Renforcement du Système d'Information Sanitaire PTRSI (2014-2016) prenant en compte toutes les initiatives de renforcement du système de santé relatives à l'information sanitaire.

Ce plan triennal 2014-2016 arrive à sa dernière année de mise en œuvre. Il s'avère donc nécessaire de rédiger le prochain plan de renforcement du système d'information sanitaire prenant en compte les acquis du plan 2014-2016, les stratégies inachevées de ce même plan et les goulots d'étranglement actuels du SNIS.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS) en collaboration avec le PNLS, l'OMS et l'appui financier du Fonds Mondial, a décidé d'élaborer un Plan de Renforcement du Système National d'Information Sanitaire (PRSNIS) pour la période 2017-2020.

2. Contexte

La Côte d'Ivoire est un pays situé dans la région occidentale de l'Afrique subsaharienne entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, sur une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Le pays bénéficie d'un climat de type tropical humide, réparti en climat équatorial humide au sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

En mai 2014, le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de la Côte d'Ivoire indique que la population totale est estimée à 22.671.331 habitants avec une densité de 70,3 habitants/km². Elle est composée de 11.708.244 d'hommes soit 51,7% et de 10.963.087 de femmes soit 48,3%.

La population vivant en milieu urbain est de 11.370.347 soit 50,2% contre 11.300.984 en milieu rural soit 49,8%¹. La Côte d'Ivoire connaît un fort taux d'immigration, la population non nationale était estimée à 5 490 222 personnes soit 24,2% de la population totale.

La proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté reste élevée, passant de 32,3% en 1993 à 48,9% en 2008 (ENV 2008) puis à 46,3% en 2015 (ENV 2015)–La pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, en 2015, le taux de pauvreté en milieu urbain est de 35,9% contre 56,8% en milieu rural.

Cependant, les niveaux de pauvreté en milieux rural et urbain connaissent des évolutions contrastées par rapport à leur niveau de 2008. En effet, si le taux de pauvreté en milieu rural a baissé de 62,5% à 56,8% ; en milieu urbain il connaît une hausse, passant de 29,5% en 2008 à 35,9% en 2015.

L'espérance de vie à la naissance tenant compte de l'impact du VIH/sida sur la mortalité donnée par SPECTRUM pour la Côte d'Ivoire, est de 54,3 ans en 2015 avec respectivement 53,4 pour les hommes et 55,2 pour les femmes.

La situation historique de la Côte d'Ivoire fait d'elle un carrefour d'échanges culturels et économiques. Le taux d'immigration annuel moyen se situe à 1,2% (A vérifier avec l'INS).

La population est très jeune avec un nombre de dépendants élevé puisqu'un ivoirien sur deux a toujours moins de 20 ans et près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans (Graphique 1). Cette structure par âge correspond à 80 dépendants de moins de 15 ans et 65 ans et plus, pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, contre 40 à 50 dépendants (deux fois moins) dans les pays émergents. La diminution rapide des taux de dépendance suite à la maîtrise de leurs niveaux de fécondité, a permis aux pays émergents d'ouvrir une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain, ce qui leur a permis de bénéficier du dividende démographique (Encadré 1).

¹Résultats du 4ème Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2014, Institut national de la statistique (INS)

2.1. Contexte sanitaire de la Côte d'Ivoire

Depuis quelques années, la Côte d'Ivoire a entrepris de nouvelles réformes dans le secteur de la santé, portant sur (i) la réforme hospitalière; (ii) le financement basé sur la performance ; (iii) la décentralisation sanitaire ; (iv) l'organisation des interventions à base communautaire ; (v) l'organisation et la réorganisation des services des urgences dans les CHU et les CHR; (vi) la couverture sanitaire universelle (CSU).

Ces stratégies visent à améliorer l'accessibilité des populations grâce à une offre de services et de soins de qualité, particulièrement pour les populations vulnérables et cela dans le respect de la pyramide sanitaire. Dans cette optique, en plus de la mesure de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, un régime de couverture du risque maladie dénommé Couverture National Assurance Maladie Universelle (CNAM) a été adopté en 2014 par le Gouvernement en complément des régimes classiques de protection sociale.

Le système de santé ivoirien à l'instar des systèmes de santé des pays africain est de type pyramidal en essayant à chaque échelon de la pyramide de prendre en charge correctement les usagers qui s'y présentent. Le chapitre suivant décrira l'organisation actuelle du système de santé ivoirien.

1. Organisation administrative du système

Le système national de santé comprend trois (3) niveaux dans sa structuration administrative :

- **Le 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.
- **Le 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.
- **Le 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.

2. Offre de soins en Côte d'Ivoire

Le système de santé ivoirien est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

➤ Secteur public

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- **Le niveau primaire** représenté par 1910 Établissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), 1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire.

- **Le niveau secondaire** constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence composée de 68 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 2 Centres Hospitaliers Spécialisés.
- **Le niveau tertiaire** composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence avec 4 Centres Hospitaliers Universitaires, 5 Instituts Nationaux Spécialisés : Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). On note en outre 4 autres Établissements Publics Nationaux (EPN) d'appui : Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Il est à noter que d'autres ministères tels que ceux de la Défense, de l'Économie et des Finances, de la Fonction Publique et de la réforme administrative, de la solidarité, de la famille, de la femme et de l'enfant, de l'Éducation nationale et de l'Intérieur participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de silence sanitaire. Selon les données de la carte sanitaire, plus de 29% de la population vit à plus de 15 km d'un établissement de santé.

➤ Secteur privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie et infirmeries privées) s'insérant parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire

En 2014², **le secteur pharmaceutique privé** occupe une place très importante dans le système de santé et couvre entre 80 et 90% de l'offre en médicament. Ce secteur pharmaceutique privé comprend essentiellement :

- Quatre(4) grossistes-répartiteurs (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI et TEDIS PHARMA CI) qui importent plus de 90% de leur chiffre d'affaires
- Mille cent (1100) officines privées de pharmacie
- Huit (8) Unités de production de médicaments, dont 4 en activité. La production locale est évaluée à 6% du marché pharmaceutique national.

² Etude pour le Développement des Industries pharmaceutiques locales en Côte d'Ivoire- ONUDI-PACIR- Projet EE/IVC/010/001- 2014

➤ Médecine traditionnelle

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), intégré la médecine traditionnelle au niveau de ses priorités comme une alternative aux besoins en santé de la population pour améliorer la couverture sanitaire et réduire les disparités et inégalités en matière d'accès des populations à des soins de qualité. L'exercice et l'organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont réglementés par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Éthique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. La médecine traditionnelle compte plus de 8500 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). Ce secteur a des particularités qui le distinguent de l'industrie pharmaceutique classique aussi bien sur le plan choix des produits que sur le plan marché ou encore en matière industrielle. En tout état de cause, la fabrication des produits de phytothérapie et ceux issus de la médecine traditionnelle doivent impérativement respecter les règles de bonnes pratiques de fabrication (BPF).

2.2. Historique et évolution du Système d'Information Sanitaire de Côte d'Ivoire

Le Système d'Information Sanitaire en Côte d'Ivoire a connu une évolution dans le temps marquée par six (6) périodes :

2.2.1. Période 1 : Époque coloniale (Avant 1960)

À l'époque coloniale, l'information sanitaire était gérée depuis la Capitale de l'AOF, Dakar.

Le système collectait des informations en rapport avec les maladies à potentiel épidémique (Variole, Rougeole, etc....) et les grandes endémies (Paludisme, ver de guinée, Lèpre, THA etc.).

2.2.2. Période 2 : De 1960 à 1983

À l'indépendance, l'information sanitaire a été dévolue au service chargé des statistiques et de la documentation. Ce service a été créé par décret *n°69-48 du 20 janvier 1969*.

En 1977, ce service va devenir la Direction de la Documentation et des Statistiques Sanitaires (DDSS) jusqu'en 1983. (Décret *n°77-94 du 20 février 1977*).

2.2.3. Période 3 : De 1983 à 1995

Jusqu'en 1995, le système national d'information sanitaire a été administré par l'Institut National de Santé Publique (INSP) et basé essentiellement sur les rapports de morbidité des établissements de premier niveau.

2.2.4. Période 4 : De 1995 à 1997

Le Ministère de la Santé Publique a entrepris une réforme ayant permis la mise en place d'un nouveau système, appelé Système d'Information et de Gestion (SIG) afin d'évaluer les résultats du système de santé. Le SIG collectait les informations de routine sur les activités de soins curatifs et préventifs, au niveau périphérique ; reportait les données mensuelles de

morbidité et de mortalité au niveau de la direction départementale, avant de synthétiser au niveau régional puis central. Le SIG était logé à la Direction de l'Information et de la Programmation Sanitaire (DIPS).

2.2.5. Période 5 : De 1997 à 2003

Les attributions du SIG ont évolué ; intégrant ainsi les données des CHR et HG, et celles du système sanitaire (finances, ressources humaines, médicaments, équipements et infrastructures). Ce faisant, un logiciel de base de données « SIGVISION » a été élaboré afin de faciliter la gestion des données jusqu'au niveau des districts.

C'est en 2000, que la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE).

2.2.6. Période 6 : De 2003 à 2013

Au cours de cette période, les interventions de la DIIS (Ex DIPE) se sont renforcées avec (i) l'intégration des indicateurs des programmes verticaux de santé dans le SIS avec une refonte des outils de gestion de l'information sanitaire ; et (ii) la nécessité de disposer d'information de qualité pour la production des rapports périodiques. Il y a eu également l'introduction de logiciel pour le suivi longitudinal des PVVIH.

2.2.7. Période 7 : De 2013 à maintenant

Cette période a caractérisé par un regain de tous les acteurs pour le SIS. Elle s'est traduite par l'élaborations de plans de renforcement avec la mise à disposition de financements importants. Il y a eu le changement du logiciel de gestion de données SIGVISION avec le passage à DHIS2 et l'implémentation d'autres logiciels (e-LIMS, etc...).

Mais elle se caractérise par une demande plus accrue et exigence de données par les partenaires avec un niveau de détail plus poussés.

3. Méthodologie et phase d'élaboration du Plan de Renforcement

3.1. Démarche

La démarche utilisée au cours de l'élaboration du Plan de Renforcement du SIS (PR SIS) a été participative, itérative, analytique et inclusive. En effet, le processus a étroitement associé l'ensemble des acteurs du secteur public, les acteurs des organisations communautaires et ceux du secteur confessionnel. Le PTRSIS est véritablement l'expression d'un consensus entre les acteurs impliqués dans le développement du SIS.

La participation effective des structures communautaires et confessionnel a été activement recherchée et encouragée et s'est concrétisée par leur présence aux groupes de travail et à l'atelier de validation par la prise en compte de leurs contributions, leurs perspectives et priorités dans le processus de revue, de planification et de formulation du PRSIS.

3.2. Dispositifs et méthodologie

Dans le cadre de l'élaboration du PRSIS 2017-2020, une organisation a été mise en place afin de préparer et de conduire le processus dans une approche participative décrite plus haut.

Il y a été mis en place 2 organes informels. Il s'agit d'un groupe de rédaction restreint et du Groupe Technique de Travail sur le SIS (GTT HMIS).

Les missions du groupe restreint de rédaction ont été :

- La préparation du processus en termes de communication, d'information et mobilisation des acteurs ;
- La définition de l'approche méthodologique de la revue et de la formulation du PRSIS ;
- La définition d'un plan de travail pour le processus ;
- La conduite de la revue et le pilotage de l'élaboration du PRSIS ;
- L'élaboration des différents drafts de la revue du PTRSIS 2014-2016 ;
- La conduite du diagnostic actuel du SIS ;
- L'élaboration du draft du nouveau Plan de Renforcement du SIS 2017-2020.

Le GTT HMIS avait pour rôle d'apporter des critiques, des commentaires, des recommandations et la validation des différents documents produits par le Groupe de Rédaction.

3.3. Revue du Plan de renforcement Triennal 2014-2016

Dans le processus d'élaboration du nouveau plan de renforcement du SIS (2017-2020), l'une des étapes essentielles est sans doute la revue du PTRSIS 2014-2016. Elle a permis entre autres de :

- Analyser le cadre de coordination de la mise en œuvre du plan de renforcement du système National d'Information 2014-2016
- Analyser le niveau de réalisation des activités du PTRSIS 2014-2016
- Analyser le financement du plan de renforcement du système National d'Information 2014-2016
- Identifier les goulots d'étranglement de la mise en œuvre du PTRSIS 2014-2016 à chaque niveau de la pyramide sanitaire;
- Formuler des recommandations pour la mise en œuvre du prochain PTRSIS 2017-2020

À l'issue de l'évaluation du Plan Triennal pour le Renforcement du SIS 2014-2016, nous avons les principaux goulots d'étranglements suivants ont été identifiés :

Insuffisance et/ou faiblesse de la coordination

Un cadre organisé avec des activités régulières de suivi, de supervision conjointe, des réunions périodiques avec les partenaires n'a pas été mis en place pour lever les différents obstacles pratiques ou stratégique de la mise en œuvre du plan. Il s'agit notamment de celles relatives à la promotion du plan auprès des bailleurs et à l'harmonisation des activités (plusieurs RDQA fait par différents bailleurs, les activités inscrites dans le financement de plusieurs partenaires, obstacles administratifs liés aux procédures du bailleur, primes des formateur, financement disponible non utilisé parce que activité pas pertinent).

De même, l'absence de rapport de suivi n'a pas permis l'engouement et aussi la promotion de ce plan auprès des bailleurs. Cette faiblesse de la coordination s'est manifestée également par l'absence de plan opérationnelle durant la période du plan : cela aurait suscité une appropriation générale des interventions, une mobilisation plus accrue des moyens, un suivi conjoint et une lisibilité plus claire des avancements et des défis pour les années à venir.

Insuffisance de ressources humaines qualifiées pour le SIS

- Comme il a été noté un important turn over au niveau central de la structure en charge de l'information sanitaire du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). Nous avons observé 5 changements à la direction de cette structure depuis l'élaboration du PTRSIS jusqu'à la période de fin de ce dernier. Par ailleurs, les principaux acteurs du niveau central ayant participé à son élaboration ne s'y trouvaient. Les raisons des changements sont de 2 ordres. Pour les responsables, il s'agit le plus souvent de changement politique décidé par le premier responsable du Ministère de la Santé. Pour les agents, il s'agit le plus souvent de départ volontaire. Ces derniers sont le plus souvent recrutés par les partenaires de mise en œuvre du MSHP.

En outre, Il y a aussi l'insuffisance qualitative en ressources humaines au niveau des acteurs en charge du SIS à tous les niveaux. En effet, , il n'y a pas au niveau central d'ingénieurs Statisticiens,

d'informaticiens, d'épidémiologistes ou de démographes. Ce problème existait et fait partie de ceux qui ont motivé la création d'un « Basket Fund » pour le Renforcement du SIS.. l'apport de ces techniciens clés sont nécessaires pour apporter les orientations nécessaires pour le développement et la pérennisation du SIS.

3.4. État des lieux du Système d'Information Sanitaire

Un Groupe de rédaction élargie à des acteurs clés (Équipe de rédaction élargie à des personnes ressources de la SDIS, MEASURE Evaluation, SRPF, et de la DR San-Pedro) a procédé à l'analyse des forces et faiblesses du Système d'Information Sanitaire de la Côte d'Ivoire (SWOT).

3.4.1. Analyse du Système d'Information sanitaire de Routine

Elle a été basée l'analyse des composantes du SISR selon le Cadre conceptuel du PRISM.

Elle a consisté à analyser les principaux déterminants (Organisationnels, Comportementaux et techniques) et analyses les éléments du processus de la production de l'information.

Cette analyse a été faite en prenant chaque niveau de la pyramide sanitaire (Établissement sanitaire, District sanitaire, Région Sanitaire) comme une entité. Ainsi, les déterminants et les éléments du processus de la production de l'information ont été analysés par niveau de la pyramide sanitaire.

A l'issue de cette analyse, les principaux résultats se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Force et faiblesse du Système d'information Sanitaire de routine

Niveau de la pyramide sanitaire	Déterminants Organisationnels	
	Forces	Faiblesses
Central	<p>- Gouvernance. Il existe un certain nombre de documents qui appuie la gouvernance du SIS. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant-Projet de Loi d'orientation en santé prenant en compte le SIS (début 2017) • décret d'organisation du Ministère de la Santé avec Création d'une Direction Centrale rattachée au Cabinet en charge du SIS • Ensemble des PNDS 2016-2020 prenant en compte le SIS • Ensemble des PSN de lutte contre le VIH et le PNSE prenant en compte le SIS et le S&E • Plan de suivi évaluation du plan d'action national budgétisé des activités de PF prenant en compte l'intégration des besoins en information dans le DHIS2 • Existence de Plan de renforcement du SIS 2014-2016 • Appui du Fonds Mondial pour la poursuite de la mise en œuvre des activités du Plan de 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'arrêté portant organisation et fonctionnement de la DIIS • Document de Politique du SIS n'a pas été actualisé depuis 2005. Insuffisance de ressources humaines (Ingénieur Statisticien, Démographe, Géographe, Ingénieur Informaticien, Spécialiste en SIS et Épidémiologiste) en qualité et en quantité pour animer le SIS • • La configuration actuelle du SIS fait plus du SISR une priorité au détriment des autres sous-systèmes (surveillance épidémiologique, données de l'état civil, Enquêtes et Études). • Le SISR ne prend pas encore en compte les données du secteur privé et du parapublic • La non spécification des rôles et responsabilité en matière de gestion de données dans Le PMA des hôpitaux et des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) . • Absence de bases de données des enquêtes et études conduites dans le domaine de la santé. • La grille de Supervision intégrée ne prend en compte que certains aspects. Elle n'intègre pas toutes les thématiques de l'information

	<p>renforcement du SIS 2014-2016 jusqu'au 31 décembre 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de Manuel de procédures de gestion des données (2016) • Existence de Document de Politique du SIS (2005) • Dictionnaire des indicateurs (édition 2010 et édition 2015) • Existence de Décret portant utilisation de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) (préciser le numéro du décret) • Existence de manuel de formation sur les Outils de collecte de données <p>- Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une grille de supervision prenant en compte le SIS <p>- Existence de Groupe Technique de Travail sur le SIS</p>	<p>sanitaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données de certains programmes ne sont pas rapportées dans le Rapport Mensuel des Établissements Sanitaires (THA, Lèpre, Ulcère de Buruli). • Existence et persistance de circuit parallèle de certains programmes nationaux et partenaires. • Absence de Manuel de gestion du SIS (rôle et responsabilité et de procédure de chaque acteur ; coordination) • Absence de manuel ou de directive pour l'archivage des différents supports de données (papiers et électroniques) • Insuffisance de la planification des besoins en ressources humaines dédiées à la gestion des données. • Non formalisation du Groupe technique de Travail sur le SIS • La conduite des réunions irrégulières du groupe technique. • Insuffisance de leadership de la Direction en charge de l'Information Sanitaire (DIIS) • Insuffisance de leadership du ministère de la santé au regard du secteur privé lucratif et non lucratif • Absence de locaux dédiés au service en charge de l'information sanitaire (DIIS) • Absence de ligne supervision dans le budget • Absence de Guide national de Planification en Santé et d'élaboration de Plans prenant en compte le SIS • Absence de manuel de procédures de quantification, de reproduction des outils et de gestion des outils de données (Quantification, Reproduction, Déploiement, Stock)
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Régional/ District</p>	<p>- Gouvernance. On note à ce niveau de la pyramide sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un service de S&E • Projet d'élaboration de Guide national de Planification Santé et d'élaboration de Plans prenant en compte le SIS • Existence de Manuel de procédures de gestion des données (2016) • Existence de Plan d'action annuelle prenant en compte les aspects de l'Information Sanitaire dans les Directions Régionales (DR) • Conduite de supervision par les DR et DD • 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de ressources humaines (Ingénieur Statisticien, Démographe, Géographe, Ingénieur Informaticien, Spécialiste en SIS et Épidémiologiste) en qualité et en quantité pour animer l'équipe de la région en matière d'IS • • Absence de fiche de description de poste • Faiblesse dans la coordination des activités des Partenaires de Mise en Œuvre (PMO) dans l'aire sanitaire de la région. • Développement d'un système parallèle (Outils, Ressources humaines et circuits parallèles) fragilisant le SIS national. • Absence de service en charge de l'Information Sanitaire dans les Hôpitaux de Référence (CHR/HG) • Insuffisance de leadership des Directeurs régionaux en matière d'information Sanitaire et de S&E • Absence de Guide national de Planification en Santé et d'élaboration de Plans prenant en compte le SIS •
<p>Établissements sanitaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du Manuel de procédures de gestion des données • Existence d'une personne en charge de la gestion des données au niveau des établissements sanitaires • 	<ul style="list-style-type: none"> • La non spécification des rôles et responsabilité en matière de gestion de données dans Le PMA des hôpitaux et des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) • Développement et mise en place de système parallèle par les PMO du Ministère de la Santé •

Niveau de la pyramide sanitaire	Déterminants Techniques (les ressources humaines, matériels)	
	Forces	Faiblesses
Central	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un serveur de grande capacité. • Existence d'une base de données centrale • Existence d'outils SIG standardisés • Existence d'un parc informatique • Existence d'une connexion internet • Existence d'une flotte de communication entre tous les acteurs du SIS • Disponibilité de plusieurs applications électroniques <ul style="list-style-type: none"> ○ dhis2 ○ SIGDEP2 ○ Open ELIS ○ e-SIGL (e-LIMS) • Existence d'un pool national de formateurs sur les Outils de collecte de données et en S&E • Réalisation de missions de RDQA • Appui de MEASURE Evaluation avec la mise à la disposition d'experts : <ul style="list-style-type: none"> - Expert pour la conception des outils - Expert en programmation pour l'amélioration et le maintien des applications <p>Existence de personnes ressources pour appuyer le SIS (Médecins de Santé Publique, Pharmacien et Infirmiers, Ingénieurs informaticiens)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de locaux dédiés au service en charge de l'information sanitaire (DIIS) • Absence de développeurs • . • Difficulté administrative pour l'installation des équipements acquis (Serveur, Pilonne pour la Connexion internet et Intranet) • Tendance des partenaires à développer des applications maisons et ne pas utiliser les applications validées au niveau nationales • Absence d'un plan de suivi et renouvellement des équipements informatiques pour le SIS • Vétusté des équipements informatiques au niveau de la DIIS
Régional/ District	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité aux Bases de données de la Région pour le suivi en continue des saisies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan de suivi et renouvellement des équipements informatiques pour le SIS

	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'au moins un Kit informatique (PC, Onduleur, Imprimante) • Existence d'outils standardisés • Existence connexion internet • Existence d'une flotte de communication • Connexion des hôpitaux de référence (CHR/HG) au serveur national 	<ul style="list-style-type: none"> • Connexion internet assurée par les PMO • Absence de maintenance du matériel informatique
Établissements sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données des hôpitaux de références relié au serveur national • Disponibilité d'au moins un Kit informatique (PC, Onduleur, Imprimante) • dans les hôpitaux de référence • Existence d'outils standardisés 	<p>Ruptures récurrentes des outils de collecte de données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans le déploiement des outils (surtout des nouveaux) • Rapport mensuels volumineux <p>Multitude de supports de collecte de données</p> <p>.</p>

Niveau de la pyramide sanitaire	Déterminants Comportementaux	
	Forces	Faiblesses
Central	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des acteurs • Elaboration régulière des documents stratégiques • Existence de processus inclusif entre les différentes structures centrales et déconcentrées • Existence de spécialistes en santé publique • 	<ul style="list-style-type: none"> • • Insuffisance de promotion de culture de l'information • Insuffisance de compétence dans les tâches du SIS • Insuffisance de retro information à l'endroit des acteurs du niveau déconcentré •

Régional/District	<p>Les acteurs du SIS au niveau régional ont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une bonne connaissance des différents supports de collecte de données • Acquis des compétences sur les différentes tâches du SIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible implication dans la quantification, la reproduction et le déploiement des outils de collecte <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la saisie des rapports mensuels d'activités des établissements sanitaires • Insuffisance de promotion de culture de l'information • Faible réalisation du contrôle de la qualité des données • Faible suivi des plans de résolution de problème • Insuffisance de compétence dans les tâches du SIS • Le CPEV n'est pas impliqué dans la gestion des autres données du DS. •
Établissements sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Bon réflexe des prestataires dans le renseignement systématique des informations sur support papier et électronique • Utilisation systématique des outils standardisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau des établissements sanitaires, les acteurs ont une faible capacité en matière de vérification de la qualité des données. • Insuffisance de remplissage des RMA • Absence d'entité en charge de la gestion des données (Gestion des données se résume à une seule personne) • Faible connaissance de la raison d'être du SIS • Faible connaissance du contrôle de la qualité des données • Faible connaissance du processus de résolution de problème • Refus de renseignement des outils de collecte de données par certains prestataires • Retard dans la transmission des RMA par les établissements sanitaires • Insuffisance de compétence dans les tâches du SIS

Niveau de la pyramide sanitaire	Processus SIS	
	Forces	Faiblesses
Central	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre régulière du Groupe Technique de Travail sur le SIS avec des Ressources Humaines qualifiées (Épidémiologiste, Démographe, Statisticien, Géographe, Cartographie, Informaticien) • Production régulière des Rapports annuels (RASS, VIH) • Maquette de retro-information élaboré • Utilisation des données pour l'élaboration de divers documents stratégiques (PNDS, Plans stratégiques des Programmes nationaux, Rapport Banque Mondial sur la Santé, RASS) • dictionnaire des indicateurs élaboré 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de base de données centralisée sur les enquêtes et études • Irrégularité dans la réalisation des enquêtes et études • Désorganisation de l'équipe d'assistance technique des applications. • Faiblesse de la qualité des données <ul style="list-style-type: none"> ○ Faiblesse de la promptitude (45%) ○ Complétude inférieure à 80% ○ Exactitude de 76% dans les DR (Rapport Florine) • Absence d'élaboration continue des bulletins de retro-information • Multitude d'indicateurs et assez fragmentés. Majorité des données figurants dans le rapport mensuel ne sont pas utilisés, malgré la collecte.
Régional/District	<ul style="list-style-type: none"> • Production régulière de Rapports bilans annuels • Amélioration de la complétude des rapports (95%) • maquette de retro-information élaborée 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'implication de la DR dans la conduite des enquêtes et études dans son aire sanitaire • Insuffisance d dans l'analyse et l'interprétation des données • Faiblesse au niveau de la qualité des données <ul style="list-style-type: none"> ○ Faiblesse de la promptitude (45%) ○ Faiblesse de l'exactitude des données (DR: 76%, rapport Florine) • Insuffisance de l'utilisation des données produites pour la prise de décision (50%) • Absence d'élaboration continue des bulletins de retro-information • Insuffisance dans l'archivage des rapports (supports papiers et électroniques)

	•	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de base de données sur les enquêtes et études du DS • Insuffisance dans l'analyse et interprétation des données • Insuffisance de la qualité des données produites <ul style="list-style-type: none"> ○ Faiblesse de la promptitude (45%) ○ Faiblesse de l'exactitude • Absence d'élaboration continue des bulletins de retro-information • Insuffisance de l'utilisation des données produites pour la prise de décision (70%) • Insuffisance dans l'archivage des différents supports de données (Papiers et électroniques)
Établissements sanitaires	<p>Production régulière de Rapports mensuels</p> <p>Bonne connaissance des différents supports de collecte de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de la qualité des données <ul style="list-style-type: none"> ○ Faiblesse de l'exactitude des données (60%) ○ Retard dans la transmission des rapports • Insuffisance de remplissage des RMA • Faiblesse de l'utilisation des fiches (feuilles) de comptage journalier ou hebdomadaire • Absence d'analyse de données liée à une insuffisance de connaissance dans les procédures de traitement, analyse et présentation des données • Absence d'utilisation des données au niveau local • Multitude d'indicateurs rendant difficiles • Insuffisance (ou Absence) de l'utilisation des informations produites pour la prise de décision (38%) au niveau local • Insuffisance dans l'archivage des rapports (supports papiers)

3.4.2. Constats des autres composantes du SIS

1. Surveillance épidémiologique

La surveillance fonctionne au niveau central, il apparait comme une institution à double tête (DISS et INHP). Nous estimons qu'un audit organisationnel devrait permettre une réorganisation pour plus d'efficacité en précisant les institutions et leur rôle exactes dans la surveillance épidémiologique pour plus d'efficacité.

Les moyens de transmission et communication ont évolué avec l'avènement des TIC. Par ailleurs, la liste des maladies sous-surveillance devra être revue. Car il y a des maladies émergentes (Ebola) et des maladies qui font l'objet de campagne d'élimination par l'OMS (Pian) qui ne figure pas dans la liste des maladies sous surveillance.

Le document de politique de la surveillance actuel a été élaboré en 2006. Il serait pertinent de le réviser pour prendre en compte les évolutions.

2. Système d'Information Hospitalier (SIH)

En CI, la mise en œuvre du SIH n'est pas encore effective. Certains établissements du privé lucratif en disposent.

Pour le secteur public, une phase pilote, avec E@VOIRE, a eu lieu dans 2 établissements sanitaires (Hôpital Général & CHU Cocody). Elle a été coordonnée par le CNDTIC-Santé. Elle a été faite sans la participation de la DIIS. Actuellement, un financement de la Banque Mondiale est disponible en vue de reprendre tous le processus. Différentes étapes ont été franchies. Il s'agit de :

- Validation des composantes du DPI
- Validation du cahier de charge
- Lancement de l'appel d'offre d'un cabinet

En réalité, il s'agit d'un processus qui se focalise sur le patient. Il ne prend pas en compte l'hôpital dans sa gestion complète.

3. Système d'Information Communautaire

Les outils communautaires ont été élaborés. Il y a 2 volets :

- **Agents de santé communautaires.**

Les données des activités promotionnelle et préventive ne sont pas suffisamment captées par le SIS. Ni celles issues des agents de santé communautaire ni des Organisations à Base Communautaire (OBC) ne figure dans la base de données nationale ; à l'exception du VIH. Les outils de collecte ont été élaborés.

Le paramétrage dans DHIS2 a été fait avec le financement de l'Unicef. Mais la phase pilote n'a pas eu lieu pour indisponibilité de ressources financières.

Cependant, il ressort des échanges que les outils sont utilisés par les ASC sur le terrain. Dans de telles conditions, il serait opportun d'organiser une évaluation de la mise en œuvre de ce volet.

- **Organisations Non gouvernementales**

Les ONG qui interviennent ont chacune leurs propres outils. Actuellement chaque ONG collecte ses données selon les populations cibles (MSM, CSW) surtout dans le VIH. Les outils ne sont pas standardisés à leur niveau.

4. Enquêtes et Études

L'information de routine comporte beaucoup de limites. À la vue des difficultés que rencontre le SISR, il est indispensable de mener des enquêtes périodiques pour mieux évaluer l'effet et l'impact des interventions et jauger la qualité du SISR. La planification des enquêtes n'est pas systématique. Elles sont irrégulières et non réglementées. Les plus connues sont l'EDS 1998, l'EIS 2005, MICS 2006.

En CI, la stratégie de surveillance épidémiologique cible 40 maladies. La notification prend en compte à la fois les cas de maladies et de décès dus à l'une des maladies.

Les données sont collectées au niveau des établissements, transmises aux districts puis à la région et analysées par le niveau central (DIPE et INHP).

Il existe 3 types de notification :

La notification immédiate concerne les maladies à éradiquer.

La notification hebdomadaire pour les maladies à potentiel épidémique.

La notification mensuelle pour les autres maladies sous surveillance.

La surveillance du VIH/sida et des IST se fait selon les stratégies suivantes :

- Notification mensuelle à travers les rapports d'activités des sites.
- Surveillance sentinelle du VIH et la syphilis chez les femmes enceintes
- Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV

5. État civil

En Côte d'Ivoire, un état des lieux Relatif à l'enregistrement des naissances, décès et causes de décès a été fait en 2014. Un projet pilote a été introduit dans différentes localités afin de d'améliorer le niveau et la qualité de l'enregistrement des naissances et des décès à l'état-civil.

Il ressort de l'analyse du rapport que nous avons reçu que le travail a été focalisé sur la déclaration des naissances.

Une application mobile a même été développée afin de collecter les informations sur les faits d'état civil.

Actuellement, dans le cadre de la notification des décès maternels, une application a été fait et permet de collecte les données via le mobile et enregistré directement dans DHIS2.

A travers ce rapport, le constat qui se dégage est qu'il y a une volonté d'améliorer les faits d'états civils, mais les initiatives sont parcellaires.

Il n'y a pas de lisibilité sur l'évolution globale actuellement.

Recommandations

Au terme de cette première partie de l'évaluation du PTRSIS, il ressort des insuffisances majeures qui ont été synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Ces observations devront être prise en compte dans l'élaboration du prochain Plan de renforcement du SIS.

3.4.3. Opportunités (les éléments de l'environnement externe au SIS qui peuvent influencer positivement la performance du SIS)

- Intérêt de nombreux partenaires pour le renforcement du SIS

En CI, il y a plusieurs acteurs qui actuellement sont impliqués et intéressés par le développement du SIS. Il s'agit du FM qui a financé le précédent plan. Pour le prochain plan, il a prévu un financement conséquent de plus de 5 millions d'euros pour sa mise en œuvre.

Il y a également le USAID/PEPFAR qui apporte un soutien conséquent au SIS tant technique (MEASURE Evaluation) et financier. Il y a des ressources financières disponibles dans le plan annuel du PEPFAR(COP) du MSHP et celui des partenaires de mise en œuvre.

Il y a également GAVI RSS qui a travers les financements de la 1^{ère} phase a contribué au financement du SIS.

A ces partenaires suscités, il y a d'autres partenaires comme l'OMS qui a contribué à la mise à disposition d'assistance technique pour l'élaboration du précédent, l'UNFPA par l'appui des entités décentralisées (DRS et DDS) de ses zones d'intervention) et l'Unicef par la contribution dans la mise à disposition de supports de collecte de données et de ressources financières pour la conduite des études nationales (EDS, MICS).

A ces partenaires actuels, il y a aussi des partenaires historiques comme l'Agence Française de Développement (AFD). L'AFD a été le partenaire clé à l'origine la mise en place du SIS. Il est toujours présent à travers les fonds de l'UE à travers le C2D. Leurs implications sont des opportunités de financements et de renforcements.

- Développement des TIC

Les nouvelles applications peuvent améliorer la performance du SIS. Actuellement, il y a pour le SIS plusieurs applications électroniques (dhis2, SIGDEP2, OpenELIS, e-SIGL (e-LIMS)).

D'autres technologies informatiques sont disponibles et devraient permettre d'améliorer la qualité des données et la dématérialisation des outils papiers (CERHIS).

- Environnement national favorables au renforcement du SIS

Création des unités de suivi évaluation dans l'Arrêté de réorganisation des Direction régionale et départementale.

Création du poste d'ingénieurs sanitaires option économie de la santé qui auront entre autres rôle d'animer ces unités au niveau régional et départementale.

Création du poste de Gestionnaire de Données Sanitaires comme nouvelle Ressource Humaine pour la Santé.

- Environnement international favorable à la création de nouveaux emplois dans le secteur de la santé d'ici 2030.

Le Secrétaire général des Nations Unies a créé la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance Économique. Cette commission avait pour mission de formuler des recommandations pour stimuler et guider la création d'au moins 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur sanitaire et social, et réduire la pénurie annoncée de 18 millions de professionnels

de santé, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, d'ici à 2030

3.4.4. Menaces. (Les éléments de l'environnement externe au SIS qui peuvent influencer négativement la performance du SIS)

- Les crises politiques menacent les investissements (les acquisitions)
- Les ruptures brutales des financements sans plan de dévolution
- **La persistance de système parallèle.**

Il y a la réticence de certains programmes clés comme le PEV qui font des difficultés à intégrer le SIS. Bien qu'il apparaisse que les données du PEV soient intégrées dans le SIS, au niveau du DS, il apparaît l'absence d'intégration. Le Chargé du PEV ne s'occupe que des données du PEV. Il est difficile de l'associer aux autres activités du SIS.

- **La multitude des indicateurs pour le SIS de routine**

La dernière révision des indicateurs devrait permettre de réduire les indicateurs de routine et de réduire le volume du rapport mensuel d'activité. Mais les exigences des utilisateurs d'information, notamment les bailleurs a été tel qu'il n'a pas été possible de réduire. Or la quantité de données à rapporter est tellement importante que cela induit une faiblesse de la qualité des données. Toutes les informations ne sont pas toujours utiles pour le SNIS de routine. Le pays devra faire un arbitrage entre données à collecter pour le SNIS et les indicateurs contractuelles avec les partenaires.

Par ailleurs, certains partenaires clés du Ministère de la santé demandent des niveaux de désagrégation des données et un rythme de modification des indicateurs tel qu'il est difficile au système de s'adapter dans des délais raisonnables.

- **La multitude d'outils électroniques parallèles**

Il apparaît de plus en plus la volonté de tous les acteurs de vouloir utiliser des outils électroniques. Il est à craindre que cela ne se fasse pas dans un cadre formel et stratégique de développement du SIS pour la prise de décision.

- **L'insuffisance dans l'arrêté d'organisation et de fonctionnement des Services de S&E au niveau déconcentré**

Actuellement, ce service important est dirigé par 2 personnes catégories de professionnels (Médecin et Gestionnaires de données). Cet effectif n'est suffisant pour conduire les activités du SIS. S'il n'y a pas une réorganisation et une définition précise des ressources humaines pour ce service, il serait difficile d'avoir des résultats efficaces pour le SIS.

Tableau 2 : Synthèses des insuffisances et des recommandations

Insuffisances identifiées	Recommandations
<p>Insuffisance d'appropriation du PTRSIS 2014-2016</p> <p>Lors de la revue, nous nous sommes rendu compte que la Direction en charge de l'IS ne s'était pas approprié complètement le Plan de Renforcement. Cela s'est traduit par les difficultés à avoir la bonne version du document, un faible niveau de mise en œuvre effective des activités du Plan (17%), un double financement des activités.</p> <p>La direction évoquait les lourdeurs des procédures pour justifier les retards dans la mise en œuvre. Mais l'absence de réunions de coordination n'a pas permis d'avoir une lisibilité sur le plan et de faire le suivi adéquat</p>	<p>Pour le prochain PRSIS, la Direction en Charge devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'impliquer dans tous le processus d'élaboration - Veiller à la participation de tous les acteurs du SIS - Prendre en compte les préoccupations de ces derniers <p>Pour la validation du PRSIS, la direction en charge de l'IS devra veiller à ce qu'il soit présidé par une personnalité de haut niveau du Cabinet du MSHP.</p>
<p>Insuffisance d'implication de tous les partenaires</p> <p>. Tous les acteurs du SIS n'était pas informé de l'existence du SIS. Or ces derniers disposaient de ressources pour contribuer à son financement.</p>	<p>Après l'élaboration du nouveau Plan, la Direction en charge de l'IS du MSHP devra organiser un atelier de mobilisation des ressources financières du plan avec les partenaires avec des engagements de chaque partie.</p>
<p>Insuffisance dans la mise en œuvre</p> <p>Absence de réunion de coordination et de suivi des indicateurs prévus dans le plan</p>	<p>Dans la mise en œuvre du prochain PRSIS, la Direction en Charge de l'IS du MSHP devra veiller à ce que les réunions de coordination se réaliser de façon régulière.</p> <p>Le MSHP devra nommer par arrêté ou décision les membres de l'équipe de coordination de la mise en œuvre et préciser clairement les périodes (dates) de réunions</p>
<p>Insuffisance dans la gouvernance du SIS</p> <p>Lors de l'analyse des forces et faiblesses du SIS, il est apparu :</p>	<p>Lors de l'élaboration du nouveau PRSIS, l'équipe de rédaction devra faire un point exhaustif de tous les documents de politiques</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de leadership à l'origine de la faiblesse du SIS surtout au niveau décentralisé par l'action directe des partenaires de mise en œuvre. - Insuffisance de document de gouvernance du SIS (Grille de supervision, Manuel de gestion du SIS, Manuel de reproduction du SIS) . - Absence d'arrêté portant organisation et fonctionnement de la DIIS - Le PMA des hôpitaux et des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) n'aborder pas les aspects en matière d'Information Sanitaire. Ainsi, il ne précise pas les actions attendues des prestataires, leur rôle et leur responsabilité. - Insuffisance dans l'arrêté d'organisation et de fonctionnement des Services de S&E des DR et DS. La qualité et la quantité des personnes pour animer ses services ne sont précisées - Absence de fiche de description de poste 	<p>et de gouvernance à élaborer/réviser et les prendre en compte</p>
<p>Difficultés à assurer une disponibilité continue des supports de collecte dans les établissements de santé</p> <p>La problématique de la disponibilité des outils de collecte de données persiste au fil des ans.</p> <p>Mais on note qu'il y a des insuffisances dans la quantification exacte des outils de collecte. Il est difficile d'avoir une idée précise des moyens disponibles pour la reproduction des outils.</p>	<p>Le Prochain PRSIS devra prévoir l'élaboration</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un manuel de procédures de quantification et de reproduction des outils • d'un plan de gestion des outils de données (Quantification, Reproduction, Déploiement, Stock). Ce dernier devra préciser les ressources disponibles.

<p>Insuffisance en ressources humaines</p> <p>Lors de la revue, il est apparu une insuffisance en ressources humaines pour animer le SIS. Au niveau central il n'existe pas de ressources humaines qualifiées (Épidémiologiste, Ingénieur Statisticien, Ingénieur Informaticien, Géomaticien, Géographe etc.). Au niveau déconcentré, il y a une insuffisance de ressources humaines (qualité et quantité) pour animer l'équipe de la région en matière d'IS. L'organisation de la Direction régionale et du District crée des services en charge de l'IS, mais ne précise pas le nombre de personnes et leur rôle et responsabilité.</p> <p>Il n'existe pas de description de poste des acteurs en charge de la gestion du SIS. Dans le PTRSIS 2014-2016, des pools de formateurs au niveau régional devraient être disponibles. Cette action devrait permettre d'assurer la formation des acteurs au niveau des établissements sanitaires. La formation des pools de formateurs est non exhaustive à ce jour.</p> <p>Il ressort des différents entretiens et interviews que la quasi-totalité des acteurs présents au moment de l'élaboration du PTRSIS 2014-2016 était partie. Ils ont acquis des compétences et sont allés vers des entités plus rémunératrices. Ceci crée une instabilité et une perte de mémoire institutionnelle.</p>	<p>Dans la mise en œuvre du Plan, la Direction en Charge de l'IS devra faire le plaidoyer avec la DRH de la Santé pour le recrutement des RH qualifiées.</p> <p>Pour des ressources humaines de haut niveau du niveau central, il serait important de prévoir dans le plan des candidats pour des postes clés par appel à candidature qui seraient payés par des partenaires.</p> <p>Le Nouveau PRSIS devra poursuivre la mise en place des pools de formateurs</p> <p>Lors de l'élaboration du nouveau PRSIS, le Groupe de rédaction et le GTT devraient y réfléchir et proposer des pistes de solutions afin d'éviter la perte de la mémoire institutionnelle.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Faiblesse des sous-systèmes du SIS</p> <p>Une analyse des autres sous-systèmes révèle qu'en dehors de la Surveillance épidémiologique qui est structurée, les autres sous-systèmes sont soit au stade de projet, en début d'initiation ou à un stade d'initiative personnel.</p> <p>Avec l'avènement de la CMU, le SIH devra nécessairement prendre de l'essor (au moins dans les hôpitaux de référence).</p>	<p>Dans le prochain PRSIS, il faudra inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réviser du document de politique de la surveillance épidémiologique - réaliser un audit organisationnel de la surveillance épidémiologique pour plus d'efficacité <p>Dans le cadre de la CMU, du renforcement ultérieur du SIH et de l'introduction du Dossier Médical Informatisé, le nouveau PRSIS devra prendre en compte l'élaboration d'un avant-projet de loi sur les données médicales à caractère personnel</p> <p>Pour l'État civil, il faudra prévoir l'évaluation des projets en cours.</p>
<p>Enquêtes et Études</p> <p>Indisponibilité des bases de données des enquêtes et études. Après une enquête MICS ou EDS, le MSHP ne dispose pas de la base de données pouvant servir à des analyses secondaires ou des analyses spécifiques</p>	<p>Inclure dans les protocoles d'enquêtes en santé, que « copie la base de données finale sera remise transmise à le DIIS »</p> <p>Disposer d'une cellule/service Recherche au sein de la DIIS</p>

4. Stratégies de renforcement du SIS

4.1. Vision

La vision stratégique du développement sanitaire selon le PNDS 2016-2020 est « ***Un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020.*** »

Pour permettre aux acteurs du système sanitaire d'agir efficacement et de mesurer la performance de leurs interventions, il est indispensable de créer un cadre propice pour mettre à la disposition des décideurs et autres acteurs des informations sanitaires actualisées et de qualité. C'est ainsi que le Plan de Renforcement du Système d'Information Sanitaire s'inscrit dans une vision libellée en ces termes : « ***De meilleures données pour de meilleures décisions qui permettront d'améliorer la performance du système de santé et la santé de la population à l'échelle nationale : des Ivoiriens en meilleure santé à l'horizon 2020*** ».

4.2. Mission

La mission du SIS est de contribuer à la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale.

4.3. Objectif général

Renforcer la disponibilité de données et d'informations sanitaires de qualité et à temps à chaque niveau de la pyramide sanitaire et accessible à tous.

4.4. Stratégies d'intervention

À l'issue de l'évaluation du PTRSIS 2014-2016 et de l'analyse de l'état des lieux du SIS, pour le renforcement du SIS dans les 4 prochaines années, nous préconisons le renforcement des priorités identifiées à travers les **4 stratégies d'intervention suivantes** :

Stratégie 1 : Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire et de gouvernance du SNIS d'ici 2020

Pour cette stratégie d'intervention, il s'agit de la mise en œuvre d'une série d'activités qui devront aboutir en 2020 à un cadre institutionnel et réglementaire renforcé. Tout ceci permettant d'avoir un bon leadership en matière de SIS.

La stratégie consistera à élaborer, réviser, diffuser des textes législatifs et réglementaires sur le SNIS et de veiller au contrôle de leur application effective.

Par ailleurs pour une meilleure gestion du SNIS, une série d'activités permettra le renforcement du mécanisme de coordination (ou de suivi). Ceci devra permettre de faire le suivi régulier de la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS 2017-2020 et apporter des mesures correctrices pour l'atteinte des résultats.

La cartographie sanitaire étant un outil de gouvernance du SIS, cette stratégie comportera également des activités afin d'assurer le développement de la cartographie sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Principales activités

- Elaborer les textes réglementaires pour l'accès et le partage des données du SNIS Vérifier si de tels textes n'existent pas pour les statistiques au niveau national
- Modifier le décret N° 96-876 du 25 octobre 1996 portant classification des établissements sanitaires publics pour l'intégration d'un service de gestion de l'information sanitaire (SGIS) dans les hôpitaux publics (CHR et HG)
- Réviser le document de politique du SNIS
- Elaborer le Manuel de normes et directives en matière de gestion du SIS (procédure de reproduction des outils de collecte de données)
- Elaborer le manuel de bonnes pratiques de gestion des services informatiques (méthodologie ITIL)
- Reproduire et diffuser les textes réglementaires pour l'archivage des données du SNIS (papier, électronique) Vérifier si de tels textes n'existent pas pour les statistiques au niveau national
- Elaborer et diffuser les fiches de description de poste des acteurs du SIS
- Modifier le décret N° 96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés pour le rapportage des données sanitaires dans le SNIS
- **Organiser des missions de contrôle de l'application des textes réglementaires en rapport avec l'information sanitaire**
- Réviser le manuel de procédures de gestion des données du SNIS
- Organiser une rencontre semestrielle de coordination du SNIS au niveau central, régional et district
- Elaborer le schéma d'urbanisation du système d'information du MSHP
- Reproduire et diffuser le plan de renforcement du SNIS 2017-2020
- Réviser et diffuser le dictionnaire national des indicateurs de Santé
- Evaluer la mise en œuvre du PRSNIS 2017-2020 (mi-parcours et finale)
- Evaluer la performance du SNIS
- Elaborer et valider un plan stratégique budgétisé du SNIS 2021-2025
- Elaborer le répertoire des intervenants du SNIS (Etablissements de santé, ONG, OBC, ...)
- Réviser le manuel de procédures de codification des établissements de santé

- Mettre en place un mécanisme de production de la carte sanitaire impliquant les entités déconcentrées (DRSHP, DDSHP, Collectivités, Société civile)

Stratégie 2 : Disponibilité des ressources nécessaires à la production, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Dans le précédent plan, un focus a été fait sur le niveau central. Pour ce nouveau PRSIS, l'accent sera mis sur les ressources (Matériels, Humaines et financières) nécessaires au renforcement effectif du SIS prioritairement au niveau déconcentré.

Dans la stratégie d'intervention, il s'agira de développer une série d'activités en rapport avec les ressources humaines qualifiées pour assurer la gestion du SIS (au niveau décentralisé). Elle prendra en compte l'organisation des ressources humaines pour assurer un renforcement continu des capacités des acteurs en cas d'adaptation et de mise en place d'équipe support pour soutenir les différentes applications pour la gestion du SIS. Il s'agira de recruter/affecter des ressources humaines de qualité et en quantité suffisante, de former/recycler les ressources humaines, mettre en place les pools de formateurs et des pools d'experts pour la gestion des applications utilisées dans le SIS.

Pour les ressources matérielles, il s'agira d'élaborer un plan d'équipement et de maintenance des équipements de supports du SIS. Après la révision des indicateurs, il s'en suivra une révision des outils (papiers et électroniques). De nouveaux outils devront être intégrés pour prendre en compte l'évolution du SIS et l'adapter aux nouvelles exigences de besoin d'information, comme la CMU (SIH, DMI). Les activités permettront également d'assurer l'exhaustivité du SIS par l'intégration de tous les secteurs.

Une des grosses difficultés du SIS est la disponibilité continue des supports de collecte. Il faudrait mettre en place des mécanismes de quantification et assurer leur reproduction et leur disponibilité de façon continue.

Toutes ses actions nécessiteront la mobilisation de ressources financières pour supporter le SIS.

Principales activités :

- Recruter et affecter des compétences pour couvrir tous les besoins en matière de production de l'information sanitaire.
- Renforcer les compétences des personnels en S&E au niveau opérationnel
- Renforcer les capacités des pools de formateurs régionaux
- Développer un mécanisme de motivation du personnel impliqué dans le SNIS à tous les niveaux
- Doter en matériels roulant pour la gestion du SNIS
- Doter des services du SNIS en infrastructures et en équipements informatiques
- Reproduire et doter en outils de collecte de données les structures de soins pour la collecte des données

- Assurer la maintenance des équipements du SIS dans tous les services de santé appropriés
- Mettre en place des mécanismes afin de mobiliser des ressources financières pour le SNIS

Stratégie 3 : Disponibilité des données sanitaires de qualité dans tous les établissements sanitaires publics et privés

Dans la 3^{ème} stratégie, il s'agira de mettre en œuvre les activités avec les différents outils et les méthodes pour améliorer la qualité des données de façon continue et permanente.

Dans le précédent plan, l'accent a été mis sur les missions de RDQA effectués depuis le niveau central. Elle permet d'avoir une idée globale de la qualité des données au niveau national.

Pour le présent plan, l'accent est mis sur l'implication des acteurs au niveau déconcentré. Les équipes de S&E du niveau Régional joueront un rôle essentiel. Ils bénéficieront de formation en contrôle qualité des données (CQD). Ils assureront à leur tour la formation des acteurs des districts sanitaires (DS) et des établissements sanitaires (ES) en CQD.

Au cours de ces formations, divers outils de CQD seront utilisés. Il s'agit du RDQA, du PRISM Fellow, de supervision, voir des outils spécifiques qui seraient développés par le niveau central.

Après l'étape de la formation, ils conduiront les missions de contrôle qualité périodiques au niveau des DS et des ES.

Cette stratégie Elle comprend également les activités à mettre en œuvre pour assurer la disponibilité et l'accessibilité des données. Avec l'adoption et l'implémentation de DHIS2 dans tous les DS et certains ES, il s'agit de développer des applications et de fournir des équipements informations devant permettre l'accessibilité des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaires.

Principales activités :

- Assurer la formation des acteurs du niveau déconcentré (DR, DS, ES) en contrôle qualité des données
- Conduire des missions de supervision des acteurs des DR, DS et ES pour apprécier la qualité des données
- Réaliser des missions d'évaluation de la qualité des données de routines avec l'outil RDQA
- Réaliser des évaluations du SISR avec le PRISM
- Réalisation des évaluations de la qualité des données au niveau national avec l'outil DQR

- Fournir tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des partenaires en en équipement informatique
- Assurer l'accessibilité continue de tous les acteurs aux données à travers un réseau internet et intranet

Stratégie 4: Production, diffusion et utilisation de l'information sanitaire

Dans la 4^{ième} et dernière stratégie d'intervention, il s'agira de mettre en œuvre les activités dont la finalité est la production d'information sanitaire pertinente et leur utilisation pour la prise de décision.

Elle abordera les questions en rapport avec la production de différents rapports pour apprécier l'évolution des programmes et du Système de santé y compris la retro-information par la production de bulletin épidémiologique ou thématiques.

Un cadre organisationnel permettra à la DR d'organiser des réunions d'échanges et de partage de données et d'informations. L'équipe de S&E de la région produira l'Annuaire des Statistiques Sanitaires ou le Rapport sur la Situation Sanitaire de sa région. Elle appuiera également les équipes de DS dans l'élaboration de leurs documents de planification à partir des données produites.

Cette stratégie devra aboutir également à la production de rapports nationaux à partir des données de routine. Elle précisera également la participation et l'implication du Ministère de la santé dans les enquêtes de ménages.

Principales activités :

- Produire des rapports à partir des informations de routine (RASS National et Régionaux)
- Réaliser des Enquêtes de services (SARA, HFA, etc..)
- Conduire des Enquêtes de ménages (EDS, MISC, ect)
- Mettre en place un mécanisme pour assurer l'alimentation de la base de données des enquêtes et études

5. Chaîne des résultats

A l'orée 2020, les résultats suivants sont attendus.

Impact : D'ici 2020, les décisions de la gouvernance du Système de Santé sont influencées par les données du SIS

Effets :

- **Effet 1 : Le cadre institutionnel et réglementaire s données produites par le SIS est amélioré.**
 - Produit 1 : Les textes législatifs, réglementaires et normatifs du SIS sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
 - Produit 2 : Le cadre de coordination du SIS est renforcé.
- **Effet 2 : Les données produites par le SIS sont de meilleure qualité.**
 - Produit 1 : Les acteurs du SIS ont les compétences requises pour produire les données de qualité
 - Produit 2 : Les structures du SIS disposent des ressources matérielles et financières pour produire des données de qualité
 - Produit 3 : Les structures de chaque niveau de la pyramide sanitaire sont organisées pour favoriser la production de données de qualité
- **Effet 3 : Tous les niveaux de la pyramide sanitaire assure la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision.**
 - Produit 1 : Les acteurs du SIS ont les compétences requises pour la dissémination des données
 - Produit 2 : Les structures du SNIS disposent des ressources matérielles et financières pour la dissémination des données
 - Produit 3 : Les structures de chaque niveau de la pyramide sanitaire sont organisées pour favoriser la dissémination des données du SNIS
 - Produit 4 : La carte sanitaire est régulièrement produite à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

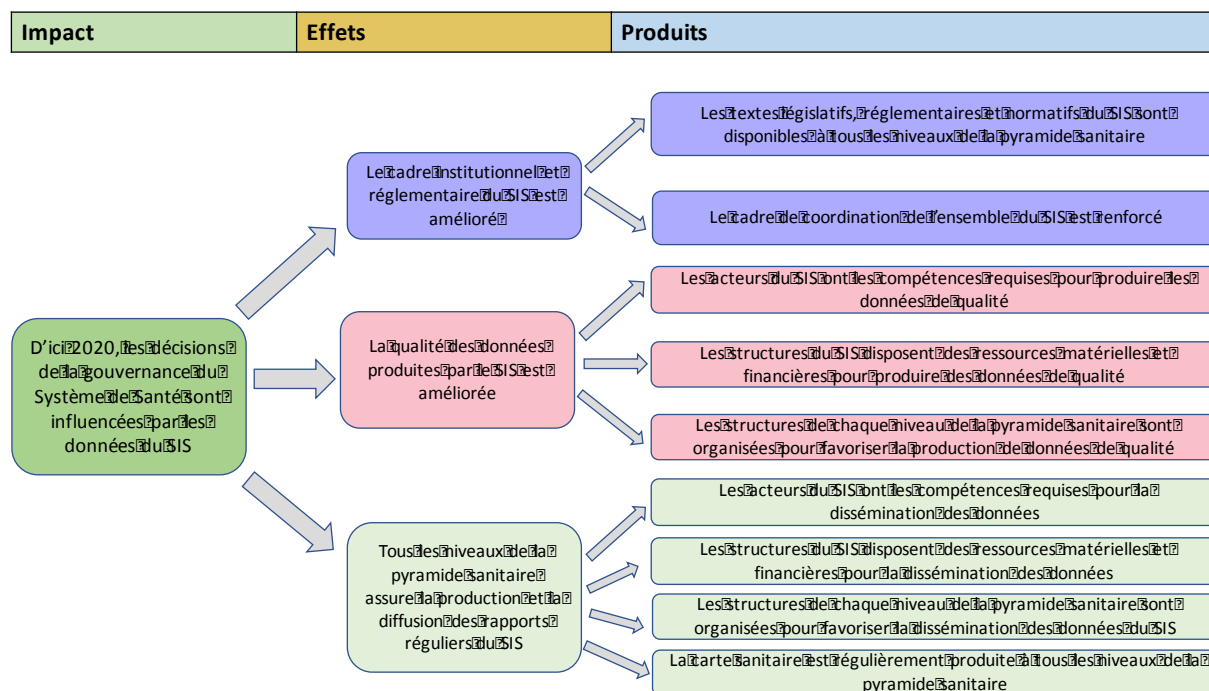


Figure 1: Chaines des résultats

6. Activités de la mise en œuvre

A l'issue des échanges et des discussions les principales activités sont regroupés dans le tableaux ci-dessous.

Tableau 3: Activités du Plan de Renforcement du SIS 2017-2020

Identifiant	Activités
Effet 1: Le cadre institutionnel et réglementaire du SNIS est amélioré	
<i>Extrant 1.1: Les textes législatifs, règlementaires et normatifs du SIS sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</i>	
E1.1-A1	Faire signer l'arrêté portant organisation et fonctionnement de la DIIS
E1.1-A2	Elaborer les textes règlementaires pour l'accès et le partage des données du SNIS
E1.1-A3	Elaborer et diffuser les textes portant composition et attribution requise des services de Suivi & Evaluation au niveau des directions centrales, des programmes de santé, des régions et des districts sanitaires
E1.1-A4	Faire signer un arrêté portant l'intégration d'un service de gestion de l'information sanitaire (SGIS) dans les hôpitaux publics (CHR et HG)
E1.1-A5	Elaborer un document de plaidoyer pour la création d'un corps de métier de Gestionnaire de données
E1.1-A6	Réviser les curricula de formation des spécialistes de santé publique de l'INFAS en intégrant des modules complémentaires sur la gestion de données sanitaires à l'INFAS
E1.1-A7	Création de l'observatoire des ressources humaines pour la santé
E1.1-A8	Réviser le document de politique, de normes et directives en matière de gestion du SNIS
E1.1-A9	Réviser et diffuser le manuel de procédure de gestion des données
E1.1-A10	Elaborer et diffuser le manuel de procédures de codification des établissements de santé
E1.1-A11	Réviser et diffuser le dictionnaire national des indicateurs de Santé
E1.1-A12	Elaborer le manuel de bonnes pratiques de gestion des services informatiques
E1.1-A13	Instituer la notification des maladies et causes de décès selon l'approche CIM 10
E1.1-A14	Elaborer le manuel de procédure d'assurance qualité des données
E1.1-A15	Mettre en œuvre la démarche ITIL V3 à tous les niveaux
<i>Extrant 1.2: Le cadre de coordination du SIS est renforcé</i>	
E1.2-A1	Instituer une rencontre trimestrielle de coordination et de suivi des activités du SNIS au niveau régional avec l'implication des autorités préfectorales
E1.2-A2	Instituer une rencontre semestrielle de coordination et de suivi des activités du SNIS au niveau central
E1.2-A3	Recruter un cabinet ou une équipe d'Expert en SIS pour appuyer la DIIS dans la mise en œuvre du Plan
E1.2-A4	Assurer la reproduction et la diffusion du plan de renforcement du SNIS 2017-2020
E1.2-A5	Assurer le suivi et l'évaluation du PRSNIS 2017-2020
E1.2-A6	Elaborer un plan de formation pour le renforcement du SNIS prenant en compte les différents niveaux et les utilisateurs de l'information Sanitaire
E1.2-A7	Elaborer et diffuser un plan stratégique budgétisé du SNIS 2021-2025
E1.2-A8	Organiser chaque trimestre des réunions de coordination HMIS pour assurer le suivi de la mise en œuvre du Plan au niveau central avec tous les acteurs

E1.2-A9	Organiser une rencontre trimestrielle de consolidation des données sanitaires 1ere année
E1.2-A10	Faire les réunions semestrielles de coordination avec les pharmaciens de région pour le suivi des activités de la chaîne d'approvisionnement, la gestion des médicaments et intrants
E1.2-A11	Organiser des ateliers bilans régionaux de la santé communautaire avec les PMO, les ASC et les collectivités par les DR
E1.2-A12	Organiser des réunions trimestrielles des activités de pharmacovigilance
Effet 2: La qualité des données produites par le SIS est améliorée	
<i>Extrant 2.1: Les acteurs du SNIS ont les compétences requises pour produire les données de qualité</i>	
E2.1-A1	Elaborer le plan de formation des agents intervenant dans le SNIS
E2.1-A2	Former 50 personnes au cours SISR
E2.1-A3	Former 368 acteurs opérationnels sur les modules liés à la gestion des données du SISR
E2.1-A4	Former 05 personnes ressources au processus d'élaboration des comptes nationaux de santé et sur le logiciel HAPT
E2.1-A5	Former le niveau déconcentré sur les techniques d'estimation décentralisées sur le VIH avec l'outil Spectrum (ONUSIDA)
E2.1-A6	Former 80 personnes des ERS et 332 personnes ECD (sur l'outil RDQA
E2.1-A7	Former 500 personnes (ERS, ECD et les agents de l'Etat civil) à la déclaration des faits d'état civil
E2.1-A8	Former 412 personnes des équipes en charge de la gestion du SNIS aux techniques d'assurance qualité des données
E2.1-A9	Organiser une académie DHIS 2 de niveau 1 et 2
E2.1-A10	Former 10 personnes du niveau central en logiciels statistiques (R, SPSS, ODK)
E2.1-A11	Former XX prestataires de soins, Gestionnaires de données cliniques, Gestionnaire de pharmacie au remplissage et à l'utilisation correcte des outils du SNIS
E2.1-A12	Organiser 20 sessions de formation des agents en charge de la gestion des données au contrôle continu de la qualité, et de l'analyse des données du SNIS
E2.1-A13	Organiser 3 ateliers de formations en ligne des décideurs sur DHIS2 par l'équipe Nationale de S&E
E2.1-A14	Organiser 3 sessions de formation en ligne/mise à niveau des 83 GD de districts et 20 GD des régions sanitaires sur DHIS2
E2.1-A15	Organiser une formation des responsables de S&E des programmes de santé sur DHIS2
E2.1-A16	Organiser la formation des 12 gestionnaires de données districts sanitaires d'Abidjan et des 101 SUS des HG et CHR sur les nouveaux outils de collecte de données.
E2.1-A17	Organiser une mission annuelle d'audit de la qualité des données nationale (DQA)
E2.1-A18	Organiser une mission semestrielle de supervision intégrée du SISR du niveau central vers les régions
E2.1-A19	Organiser une mission semestrielle de contrôle qualité du SISR par le niveau central
E2.1-A20	Organiser des missions de supervisions formatives intégrées des Prestataires et des Gestionnaires de données sur la gestion des données à tous les niveaux
E2.1-A21	Organiser des missions de contrôle qualité des données par les ERS/ECD
E2.1-A22	Former le personnel à l'élaboration des comptes nationaux des personnels de santé
<i>Extrant 2.2: Les structures du SNIS disposent des ressources (Humaine, matérielles et financières) pour produire des données de qualité</i>	

E2.2-A1	Doter la DIIS de 5 véhicules pour les missions de terrains
E2.2-A2	Doter les unités de gestion de l'information sanitaire des 20 régions et 83 districts en véhicules de type 4x4 pour les missions de terrain (103)
E2.2-A3	Doter les unités de gestion de l'information sanitaire des régions et districts de 186 moto pour la collecte des données des missions de mise à jour de la carte sanitaire
E2.2-A4	Mettre à la disposition des structures sanitaires les outils de collecte des données de santé en quantité suffisante
E2.2-A5	Renforcer les besoins des services du SNIS en personnel qualifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
E2.2-A6	Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières sur le budget de l'état afin d'accroître ou allouer des fonds aux activités du SNIS
E2.2-A7	Etablir un partenariat public-privé pour la mobilisation des ressources financières au niveau déconcentré
E2.2-A8	Etablir un partenariat public-public (collectivités, autres ministères) pour le renforcement des capacités des services du SNIS au niveau déconcentré
E2.2-A9	Renouveler/doter les structures du Ministère de la santé en équipements informatiques pour la gestion des données en fonction des besoins
E2.2-A10	Doter les structures du Ministère de la santé en outils et utilitaires de maintenance du parc informatique pour la gestion des données en fonction des besoins
E2.2-A11	Renouveler/doter les structures du Ministère en kits téléphoniques de communication en réseau (flottes) pour la gestion des données selon le niveau en fonction des besoins
E2.2-A12	Renouveler/doter les structures du Ministère en matériels de collecte des données géo référencées (GPS) pour la gestion des données selon le niveau en fonction des besoins
E2.2-A13	Exécuter le plan de maintenance des infrastructures, équipements et applications informatiques dédié au SNIS au niveau central et régional
E2.2-A14	Mettre en place un système de cartographie dynamique des équipements, des infrastructures et applications informatiques dédiés au SIS et du MSHP
E2.2-A15	Réaliser la codification des postes de travail sur l'ensemble du territoire
E2.2-A16	Renforcer les besoins en personnels informaticiens de la DIIS et des directions regionales au service du SNIS
E2.2-A17	Réaliser des missions semestrielles de d'évaluation de la disponibilité des infrastructures, des équipements et les applications informatiques dédiés au SIS et du MSHP
E2.2-A18	Organiser des sessions de formation des gestionnaires des ressources humaines pour la santé
E2.2-A19	Assurer la participation de 03 personnes du niveau central à des formations continues en SIS au niveau international
E2.2-A20	Assurer la participation de 3 acteurs aux académie DHIS 2 chaque année
E2.2-A21	Assurer la participation de 3 personnes à des formations continues en suivi et évaluation appliquée au district au niveau international
E2.2-A22	Assurer les frais d'assurance et de maintenance des 02 véhicules de la DIIS
E2.2-A23	Doter la DIIS en carburant pour le fonctionnement du véhicule
E2.2-A24	Appuyer la DIIS en fournitures de bureau pour le fonctionnement
E2.2-A25	Achever l'interconnexion entre la SNDI et la DIIS
E2.2-A26	Renouveler les kits informatiques de la DIIS
E2.2-A27	Recruter 20 GD pour appuyer la gestion des données au niveau sites éligible

E2.2-A28	Assurer le déploiement du logiciel de gestion quotidienne des stocks des intrants dans 21 des DS et 05 DRS et des établissements de soins pour le renforcement du SIGL
E2.2-A29	Former 2 personnes (pharmaciens de la DPML) aux cours internationaux en pharmacovigilance par an
E2.2-A30	Assurer le coaching semestriel des points focaux de pharmacovigilance par la DPML
E2.2-A31	Mettre en place un logiciel de gestion des stocks et des intrants dans les districts et régions
E2.2-A32	Recruter 20 Statisticiens pour appuyer la gestion des données au niveau des DR
E2.2-A33	Recruter 20 informations pour appuyer la gestion des données au niveau des DR
Extrant 2.3: Les structures de chaque niveau de la pyramide sanitaire sont organisées pour favoriser la production des données de qualité	
E2.3-A1	Intégrer les données sanitaires des EPN, INS, centres de santé des secteurs parapublic, secteur privé lucratif, communautaires, Médecine traditionnelle
E2.3-A2	Déployer le logiciel iRHIS pour la gestion des ressources humaines pour la santé
E2.3-A3	Intégrer le logiciel iRHIS au DHIS2
E2.3-A4	Intégrer des modules Suivi des patients TB avec l'option de rappel des RDV par SMS
E2.3-A5	Intégrer des modules PEV/PTME dans DHIS 2 avec l'option de rappel des RDV par SMS
E2.3-A6	Finaliser l'interopérabilité entre les DHIS-2 et le SIGDEP-2
E2.3-A7	Conduire une phase pilote du Logiciel CERHIS dans 4 CSU et 2 HG
E2.3-A8	Mettre en place un système d'information sanitaire de Laboratoire performant
E2.3-A9	Mettre en place une base de données sur déclaration des naissances et décès
E2.3-A10	Mettre en place un mécanisme de notification des maladies et causes de décès selon l'approche CIM 10
E2.3-A11	Mettre en place un mécanisme d'assurance qualité des données aux niveaux Région et Districts
E2.3-A12	Rendre disponible les informations sur le secteur de la Médecine traditionnelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les régions et Districts
E2.3-A13	Organiser des réunions mensuelles de validation des données
E2.3-A14	Assurer les Supervisions trimestrielles des gestionnaires de médicaments et intrants des districts par les pharmaciens de régions
E2.3-A15	Assurer une mission annuelle de contrôle de la gestion des produits de santé
E2.3-A16	Assurer le coaching semestriel des gestionnaires en médicaments (district, hôpitaux) à l'utilisation de l'application e-SIGL
Effet 3: Tous les niveaux de la pyramide sanitaire assure la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision	
Extrant 3.1: Les acteurs du SNIS ont les compétences requises pour la dissémination des données	
E3.1-A1	Assurer la formation du personnel informaticien dans les domaines de l'administration des serveurs, des bases de données du développement de l'application Web, et de l'administration système et réseau
E3.1-A2	Organiser des sessions de formation des gestionnaires des ressources humaines au calcul de la charge de travail des personnels de santé
E3.1-A3	Former 206 personnes (02 personnes par District et 02 par région) à l'utilisation du logiciel et portail de représentation Cartographique
E3.1-A4	Former 206 personnes à des cours sur la gestion axée sur les résultats (GAR)

E3.1-A5	Former les agents du niveau déconcentré (DR DD) à l'utilisation des données pour la prise de décision
E3.1-A6	Assurer la pérennisation du E-learning sur DHIS-2
Extrant 3.2: Les structures du SNIS disposent des ressources matérielles et financières pour la dissémination des données	
E3.2-A1	Doter la DIIS de locaux
E3.2-A2	Mettre en place un réseau intranet pour la communication et le partage des données du SNIS a tous les niveaux de la pyramide sanitaire en se basant sur le schéma directeur du MSHP
E3.2-A3	Elaborer un schéma d'urbanisation du système d'information du MSHP
E3.2-A4	Réaliser un réseau informatique local sécurisé avec un accès Internet haut débit à la DIIS
E3.2-A5	Mettre en place d'un Datacenter local (prive) au sein de la DIIS afin de faire abriter les différents serveurs dédiés à la gestion du SIS du MSHP
E3.2-A6	Créer une plateforme d'accès aux différentes sources de données
E3.2-A7	Mettre en place un portail de visualisation de données sanitaires à tous les acteurs (BI)
E3.2-A8	Créer un portail informatique public de données sanitaires (Open data pour la sante)
E3.2-A9	Créer une base de données centralisée des études et enquêtes
Extrant 3.3: Les structures de chaque niveau de la pyramide sanitaire sont organisées pour favoriser la dissémination des données du SNIS	
E3.3-A1	Organiser des journées de l'information sanitaire avec des prix d'excellence pour les structures/ agents les plus performants
E3.3-A2	Organiser une journée pour la publication des résultats des études et enquête dans le domaine de la santé
E3.3-A3	Utiliser les données de base des enquêtes et des études (EDS, MICS, ENV...)
E3.3-A4	Produire un bulletin trimestriel électronique de retro information au niveau régional
E3.3-A5	Organiser une réunion bilan annuelle des activités de santé au niveau central (programmes, directions centrales, directions régionales)
E3.3-A6	Produire et diffuser les résultats de recherches opérationnelles sur le SNIS
E3.3-A7	Produire le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) National
E3.3-A8	Produire les rapports sectoriels annuels du MSHP (VIH, Paludisme, TB, PNSME, Maladies métaboliques, Vaccination, Nutrition, Cancers)
E3.3-A9	Assurer la qualité des informations sur les médicaments traditionnels en Côte d'ivoire
E3.3-A10	Reproduire et diffuser le bulletin de retro information
E3.3-A11	Etude comparée des indicateurs de morbidité et de mortalité de 02 Districts l'un appuyer par les Partenaires et l'autre non appuyé
E3.3-A12	Elaborer et reproduire un rapport trimestriel de notification des effets indésirables
E3.3-A13	Etude comparée des indicateurs de morbidité et de mortalité de 02 Districts l'un appuyer par les Partenaires et l'autre non appuyé
E3.3-A14	Faire le Bilan annuel de suivi des médicaments et intrants (FM: palu, Vih, Tb)
Extrant 3.4: La carte sanitaire est régulièrement produite à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	
E3.4-A1	Elaborer le répertoire des structures et organisation intervenant dans le système de santé
E3.4-A2	Produire la carte sanitaire impliquant les entités déconcentrées

E3.4-A3	Elaborer et reproduire la carte sanitaire exhaustive et dynamique
E3.4-A4	Elaborer et reproduire la carte sanitaire thématique

7. Synthèse de la Budgétisation

(Il faudrait le faire par effet)

8. Cadre de Suivi & Evaluation

Le cadre de coordination de l'Information sanitaire est basé sur le Plan National de Développement Sanitaire et s'inscrit donc dans les quatre principes directeurs énumérés plus haut. Le cadre national de S&E va mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation du PTRSIS 2014-2016 et de l'analyse du SIS. L'objectif est de construire un système national d'information sanitaire qui utilise les données pour la prise de décisions stratégiques.

Les mécanismes indispensables pour une mise en œuvre efficace prévoient un cadre institutionnel et des dispositifs opérationnels évolutifs et adaptés au contexte national :

7.1. Au niveau central

Le niveau central est constitué par la direction en charge de l'information Sanitaire du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, assurant la gestion du Système National de l'Information Sanitaire (ou de Suivi & Évaluation). Il constitue le troisième niveau où sont traitées et diffusées aux partenaires toutes les informations programmatiques et financières sur toutes les maladies y compris les 3 maladies prioritaires du Fonds Mondial (Malaria, TB, VIH). C'est à ce niveau, que seront coordonnées toutes les enquêtes et études ainsi que les appuis techniques.

Cette direction s'appuiera sur l'expertise d'un groupe de travail de l'information stratégique, dénommé « Groupe Technique National de l'Information Stratégique » (GTNIS).

Ce groupe technique est composé d'experts en suivi-évaluation, en surveillance épidémiologique et en informatique provenant du Ministère en charge de la Santé, des agences bilatérales et multilatérales, du système des nations unies, des institutions de recherches et de la société civile. Il comprend trois (3) sous-groupes techniques de travail :

- ✓ le sous-groupe de la Surveillance Épidémiologique ;
- ✓ le sous-groupe du Suivi-évaluation ;
- ✓ le sous-groupe des systèmes informatiques de gestion des données.

Le Groupe Technique National de l'Information Stratégique aura pour mission de :

- ✓ Coordonner la complémentarité de toutes les actions en matière de surveillance épidémiologique, de suivi et de l'évaluation des programmes de santé;

- ✓ Coordonner l'élaboration, la validation technique et la diffusion des politiques, normes, directives, procédures et outils de gestion ;
- ✓ Contribuer à la mise en œuvre de système informatisé de gestion des données ;
- ✓ Assurer le suivi de la mise en œuvre des stratégies nationales ;
- ✓ Valider les termes de référence des enquêtes, des activités de recherches et d'évaluation au niveau national ;
- ✓ Valider les rapports nationaux ;
- ✓ Identifier les besoins nationaux en matière d'expertises spécifiques ;
- ✓ Faciliter les échanges d'information et assurer la diffusion des rapports nationaux entre acteurs.

Mécanisme de Coordination Nationale du Système d'Information Sanitaire

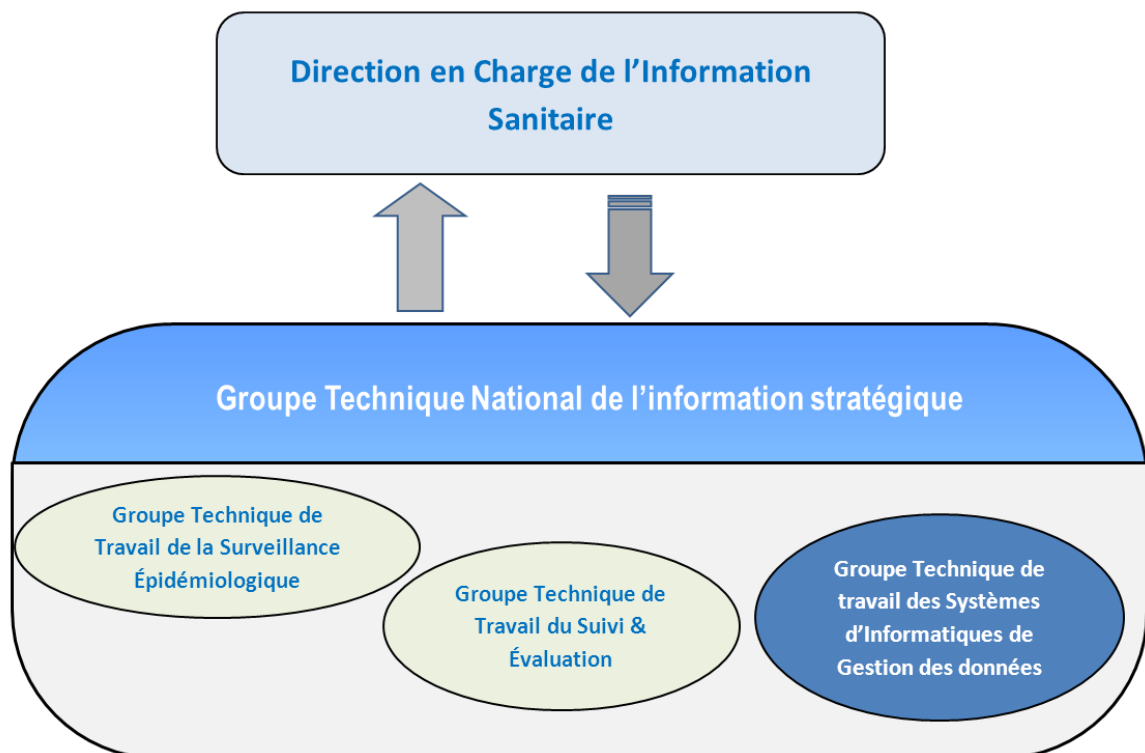


Figure 2: Mécanisme de Coordination de l'Information Stratégique au niveau central

7.2. Au niveau régional

Le service de suivi-évaluation de la direction régionale de la santé et de lutte contre le sida est chargé du suivi et de l'évaluation des activités sur le VIH/Sida. Les principales tâches de ce service consisteront à :

- ✓ Préparer le plan opérationnel annuel régional ;
- ✓ Coordonner les appuis techniques et financiers pour le suivi-évaluation ;
- ✓ Organiser trimestriellement la validation des données des districts de la région ;
- ✓ Conduire des missions de supervision ;
- ✓ Conduire des missions de contrôle de la qualité des données de routines des districts ;
- ✓ Produire les rapports trimestriels et le rapport annuel des activités de la région;
- ✓ Diffuser les informations sur la santé au niveau régional (en collaboration avec le Conseil régional).

Au niveau de la région, la coordination des activités de suivi et évaluations sera faite par un groupe comprenant le service de suivi-évaluation de la direction régionale de la santé, les points focaux suivi-évaluation des partenaires techniques et financiers, ceux du secteur privé et la société civile.

7.3. Au niveau district

C'est le niveau opérationnel de la mise en œuvre du cadre de coordination de l'information sanitaire et du suivi-évaluation. Le district se chargera de la collecte mensuelle des données auprès des structures sanitaires et communautaires. Dans le cadre du suivi-évaluation des activités, le district aura pour rôle de :

- ✓ Élaborer le plan d'action annuel du district ;
- ✓ Collecter et compiler les rapports de son aire sanitaire ;
- ✓ Valider les données avec l'équipe cadre de district (ECD) ;
- ✓ analyser les données collectées ;
- ✓ transmettre mensuellement les données à la direction régionale ;
- ✓ valider les données trimestriellement avec la direction régionale ;
- ✓ transmettre trimestriellement les données validées au niveau central et régional ;
- ✓ conduire des missions de supervision ;
- ✓ conduire des missions de contrôle de la qualité des données de routines ;

- ✓ coordonner les formations ;
- ✓ coordonner les appuis techniques et financiers pour le suivi-évaluation ;
- ✓ produire les rapports trimestriels et le rapport annuel des activités du district;
- ✓ diffuser les informations au niveau départemental.

Au niveau départemental, la coordination des activités de suivi et évaluations sera faite à travers l'équipe cadre de district (ECD).

7.4. Appropriation et pérennisation du cadre de suivi évaluation

Il est essentiel d'assurer l'appropriation et la pérennisation du système national de l'information sanitaire par tous les acteurs du système de santé. En effet, sans l'appropriation par la majorité des parties prenantes (partenaires et bénéficiaires des interventions) et l'intégration du processus de pérennisation, les performances attendues du SIS resteront faibles. Pour ce faire, il est important de s'assurer de la participation active de tous les acteurs des différents niveaux aux cadres de coordination et de mise en œuvre des activités à tous les niveaux.

Aussi, un accent sera mis sur la stabilité du personnel en charge de conduire le SIS par divers mécanismes motivation. En effet, la stabilité de ce personnel reste un préalable pour capitaliser tous les investissements en termes de renforcement des capacités humaines et de ressources financières. Compte tenu de la forte mobilité du personnel de suivi évaluation, il urge de prendre des mesures conséquentes pour les maintenir sur un laps de temps raisonnable pendant lequel ils pourront former une relève. Les mécanismes de motivation sont nombreux et peuvent se traduire, entre autres, par des formations, des échanges d'expériences, des primes aux agents méritants, la décoration dans les ordres, les voyages d'étude etc. Ces formes de motivations ont l'avantage de renforcer les capacités des agents et de les maintenir à leur poste.

Par ailleurs, des appuis constants doivent être apportés aux différents acteurs à travers des séries de réunions et d'ateliers pour déterminer les activités-clés et élaborer les procédures de mise en œuvre, notamment la sélection des indicateurs-clés, l'élaboration des outils et du plan de collecte des données.

Enfin, sans un leadership fort et une bonne gouvernance des responsables nationaux, le Système National d'Information Sanitaire resterait fragile, voire faible. Il serait difficile d'atteindre les objectifs fixés. Car les besoins d'informations sont toujours pressants chez les partenaires et le risque d'avoir une multitude d'outils de collecte dans les structures et la création de circuit parallèle d'information reste grand. Ce leadership devra se matérialiser également à tous les niveaux de décision du Ministère en charge de la santé (Directeurs Régionaux, Directeurs Départementaux, Responsables des établissements sanitaires et prestataires).

La production d'information sanitaire devra être une priorité pour le premier responsable en charge de santé en Côte d'Ivoire. Une participation plus accrue du budget de la santé au SIS devra marquer cette volonté politique pour un leadership fort des acteurs sus cités. Autrement, le SIS sera tributaire des partenaires techniques.

9. Mise en œuvre du Plan de renforcement

8.1. Calendrier de mise en œuvre

Le présent Plan de Renforcement du SNIS couvre la période 2016-2020 du PNDS. Il sera mis en œuvre à travers l'élaboration et l'exécution des plans d'action annuels.

8.2. Cadre de financement

Les sources de financement du plan proviennent de l'État mais essentiellement des partenaires financiers. Les modalités de financement seront celles en vigueur au niveau du pays. Ainsi, des plaidoyers seront faits auprès de ces différentes sources pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique. Les détails du budget estimé se trouvent en annexe.

8.3. Mécanisme de Suivi & Evaluation

8.3.1. Activités de Suivi du Plan de renforcement

Il s'agit de l'examen quotidien des activités en cours d'exécution. Le suivi portera sur l'utilisation des ressources humaines et financières, la conduite des activités et les résultats obtenus.

La mise en œuvre est de la responsabilité du Ministère en Charge de la Santé (en particulier de la Direction en Charge de l'Information Sanitaire). De ce fait, l'appréciation de l'état d'avancement des activités et du niveau de performance des interventions se fera à l'aide des outils de suivi développés au niveau national (tableaux de bord ou de logiciels de gestion des activités dans les structures d'exécution).

8.3.2. Activités d'évaluation du Plan de renforcement de l'Information Sanitaire

Les activités d'évaluation ont pour objectif d'apprécier périodiquement le degré d'atteinte des objectifs et de l'impact des programmes sur les bénéficiaires. L'évaluation se fera grâce à une revue annuelle et à une évaluation finale au dernier trimestre 2020. Des évaluations externes pourraient également être menées.

8.3.3. Revue annuelle

Chaque année une revue annuelle se fera au dernier trimestre. Il s'agira d'une évaluation qui visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des résultats du plan que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des activités. Cette évaluation sera réalisée à l'initiative de la Direction en Charge de l'Information Sanitaire. Les conclusions et recommandations de cette revue permettront de donner de nouvelles orientations et des recommandations pertinentes pour l'atteinte des résultats.

8.3.4. Évaluation finale

L'évaluation finale consistera à faire :

- ✓ le bilan de la mise en œuvre du plan triennal en dégagant les facteurs de succès et d'échecs, les leçons apprises, les gaps programmatiques et financiers;
- ✓ des recommandations pertinentes pour l'élaboration du prochain Plan Stratégique de l'Information Sanitaire ;

Le groupe Technique de travail de l'information stratégique interviendra à toutes les étapes de la revue en apportant l'appui technique nécessaire.

Cette évaluation finale sera conduite par un cabinet ou des experts indépendants dans le dernier trimestre de l'année 2020.

Tableau 4: Récapitulatif des activités d'évaluation du Plan Triennal 2017-2020

Types d'activités	Période	Responsables
Revue annuelle	3 ^{ème} semaine du mois d'octobre de l'année en cours	GTT information Stratégique
Évaluation finale	Septembre- Décembre 2020	GTT information Stratégique GTT forum des partenaires
Publication des rapports des revues conjointes, évaluations et études	Aussitôt que le document est validé	GTT forum des partenaires

Tableau 5 : Les indicateurs de suivi du Plan de Renforcement du SIS.

Indicateurs	Niveau de base	Cible	Source de vérification
Impact : D'ici 2020, les décisions de la gouvernance du système de santé sont influencées par les données du SIS			
Niveau d'utilisation des données pour la planification, la fixation des priorités, l'allocation des financements et la prise de décision.	ND	80%	PV de réunion de cabinet, Documents de planification du niveau central et des RS
Niveau de la performance du SISR		80%	Rapport PRISM
Effet 1: Le cadre institutionnel et réglementaire du SNIS est amélioré			
Nombre de texte réglementaire adopté			
Nombre de DR et DS disposant d'une équipe complète selon les textes en vigueur	0	1	
Nombre de réunions de coordination organisées par le niveau centrale (Activité du SIS et de suivi du Plan)		8	Rapport de réunion
Nombre de réunions de coordination organisées par la région sur les activités du SIS		160	Rapport de réunion
Effet 2: La qualité des données produites par le SIS est améliorée			
Le niveau de la qualité des données à chaque niveau de la pyramide sanitaire		90%	Rapport d'évaluation du SIS (PRISM)
Taux d'exactitude des données au niveau des établissements de santé		90%	Rapport d'évaluation du SIS et Rapport RDQA
Taux de complétude des rapports		95%	Données de routines
Taux de promptitude des rapports		80%	Données de routine
Nombre de personnes formées au cours SISR		50	Rapport de formation
Nombre de personne formées sur les modules liés à la gestion des données du SISR		368	Rapport de formation
Effet 3: Tous les niveaux de la pyramide sanitaire assure la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision			
Disponibilité de la base de données des enquêtes et études	0	1	Rapport de livraison
Le niveau d'utilisation des données au niveau des DR	0	80%	Rapport PRISM
Nombre de rapport d'enquêtes et études			Rapport des analyses secondaires et de triangulation des données
Délais de parution de l'annuaire statistique ou du RASS (Jours)		90	RASS
Nombre de bulletin de retro-information produit par les DR	0	160	Bulletins trimestriels

10. CONCLUSION

La mise œuvre effective de ce Plan de renforcement devrait permettre d'atteindre la vision fixée de celui-ci : La vision stratégique du développement sanitaire selon le PNDS 2016-2020 est « **Un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020.** »

La mise en œuvre devrait permettre au SIS de la Côte d'Ivoire de se hisser un haut niveau de production de l'information sanitaire de qualité.

Cependant, elle exige une excellente coordination des activités de ce plan. L'insuffisance de coordination a été une des grandes faiblesses du plan précédent. Aussi, l'atteinte des résultats ce plan pourrait être lié à toute la coordination qui sera mise en place et à son implémentation.

Pour ce faire un engagement ferme des parties prenantes est attendu afin d'atteindre les objectifs du Plan et de rendre disponible l'information stratégique par le suivi évaluation du PNDS. Un appui tout particulier est attendu du Gouvernement par la mise à disposition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de ressources humaines compétentes et disponible pour appuyer les actions de renforcement du système.

Annexes

Comité de rédaction

Noms et Prénoms	Structure	Contact et mail
Dr. Malé Mominé Félix	DIIS	07 65 95 81 momyneh@yahoo.fr
Dr. Konan Diby Jean-Paul	AEDES	07 250 561 dibykonanjp@msn.com
Dr. Ahoty Franck-Alex	DIIS	46 00 75 42 afadseba@yahoo.fr
Beibro Rostand	DPPS	57 30 26 15 behibro@yahoo.fr

Listes des participants à l'atelier d'identification des activités

Noms et Prénoms	Structure	Contact et mail
Dr. Malé Mominé Félix	DIIS	07 65 95 81 momyneh@yahoo.fr
Dr. Konan Diby Jean-Paul	AEDES	07 250 561 dibykonanjp@msn.com
Beibro Rostand	DPPS	57 30 26 15 behibro@yahoo.fr

Listes des participants à l'atelier de validation

Noms et Prénoms	Structure	Contact et mail
Dr. Malé Mominé Félix	DIIS	07 65 95 81 momyneh@yahoo.fr
Dr. Konan Diby Jean-Paul	AEDES	07 250 561 dibykonanjp@msn.com
Beibro Rostand	DPPS	57 30 26 15 beibro@yahoo.fr