



Comprendre l'influence des investissements dans le système d'information sanitaire sur les résultats de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire

Étude qualitative

septembre 2019



Comprendre l'influence des investissements dans le système d'information sanitaire sur les résultats de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire

Étude qualitative

septembre 2019

MEASURE Evaluation
University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516
Phone : +1-919-445-9359
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. TR-19-332 FR

ISBN: 978-1-64232-127-2



REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par Eva Silvestre, PhD, MEASURE Evaluation, Tulane University ; Heather Davis, MPH, MEASURE Evaluation, Université de Caroline du Nord (UNC) ; et Francine Wood, MPH, MEASURE Evaluation, Tulane University. Nous tenons à remercier Léontine Gnassou, MD, MPH ; Edwige Bosso, MD, MPH ; et Franck Olivier Ba-Gomis, MD (tous issus de MEASURE Evaluation, John Snow, Inc.) et Aka Kadio, MD, Spécialiste S&E, et Augustin N'Gbain Koffi, MD de la Direction de l'informatique et de l'information sanitaire du ministère ivoirien de la Santé et de l'Hygiène publique, pour toute l'aide apportée dans la coordination de l'étude au niveau du pays et pour leur participation à la collecte de données. Les auteurs sont également reconnaissants de l'assistance dispensée par Heidi Reynolds, PhD, MEASURE Evaluation, UNC, dans la préparation de cette étude et l'examen de la version préliminaire du rapport. Nous remercions également les docteurs Gnassou, Bosso et Ba-Gomis d'avoir relu ce rapport.

Nous remercions enfin l'équipe de gestion des connaissances de MEASURE Evaluation pour ses services de rédaction, de conception et de production.

Citation suggérée : Silvestre, E., Davis, H., & Wood, F. (2019). Comprendre l'influence des investissements dans le système d'information sanitaire sur les résultats de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire : Etude qualitative. Chapel Hill, NC, USA : MEASURE Evaluation, University of North Carolina.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	5
Abréviations.....	8
Introduction.....	9
Contexte	10
Méthodes.....	12
Réunions pour les visites de cadrage.....	12
Échantillonnage.....	12
Questions et instruments de recherche.....	12
Collecte des données.....	13
Analyse des données.....	13
Réunions informelles	14
Résultats.....	15
Améliorations apportées au SIS.....	15
<i>Améliorations de la qualité des données.....</i>	<i>16</i>
<i>Changements dans l'utilisation des données.....</i>	<i>18</i>
Défis continus rencontrés par le SIS.....	20
<i>Formulaires papier</i>	<i>20</i>
<i>Financement et infrastructure limités</i>	<i>21</i>
<i>Pérennité des interventions.....</i>	<i>22</i>
<i>Interaction avec les partenaires de mise œuvre.....</i>	<i>23</i>
<i>Obstacles à l'utilisation des données.....</i>	<i>24</i>
<i>Problèmes de qualité des données réels ou perçus.....</i>	<i>24</i>
<i>Culture de l'utilisation des données.....</i>	<i>24</i>
<i>Ressources humaines</i>	<i>25</i>
<i>Manque de supervision et de coordination.....</i>	<i>26</i>
Interventions axées sur le SIS et le système de santé	26
<i>Ressources humaines</i>	<i>26</i>
<i>Gouvernance et leadership.....</i>	<i>28</i>
<i>Disponibilité des médicaments et des vaccins</i>	<i>29</i>
<i>Financement de la santé.....</i>	<i>30</i>
<i>Prestation de services.....</i>	<i>31</i>
Facteurs contextuels.....	31
<i>Bailleurs de fonds et partenariats.....</i>	<i>31</i>

<i>Politiques et infrastructures gouvernementales</i>	32
<i>Climat politique</i>	33
Discussion	34
Recommandations	36
Conclusions.....	37
Références.....	38
Annexe A. Guide d'entretien	39
Annexe B. Organisations incluses dans les entretiens	42
Annexe C. Livre de codes.....	43

ABRÉVIATIONS

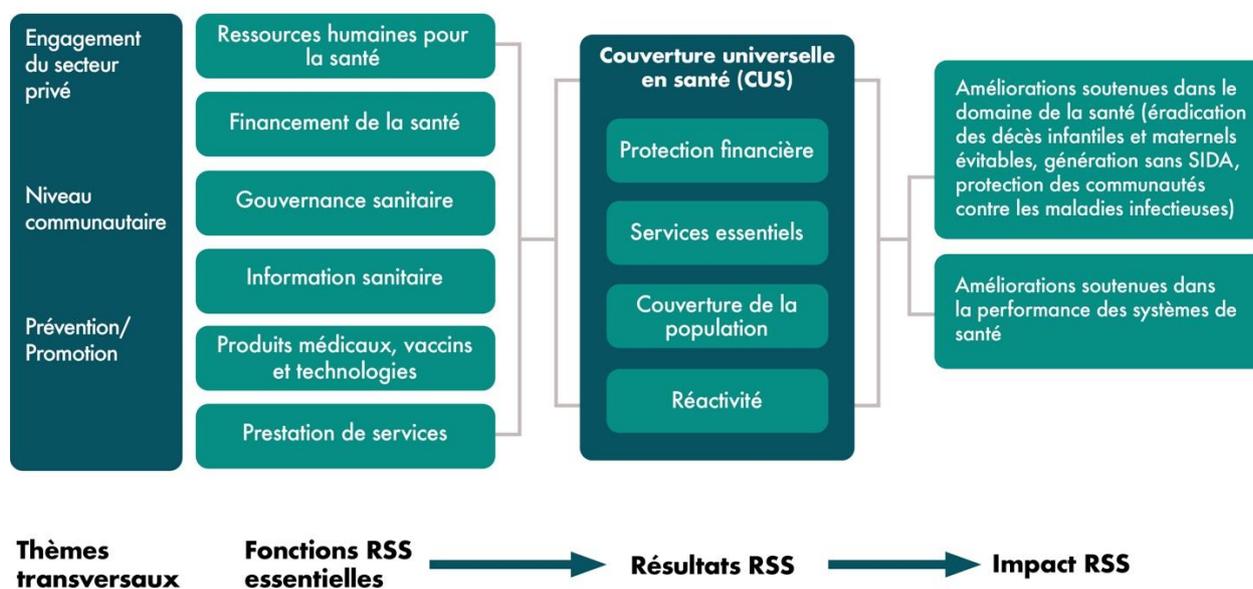
ARV	antirétroviraux
CDC	Centres américains de contrôle et de prévention des maladies
DIIS	Direction de l'informatique et de l'information sanitaire
EQD	évaluation de la qualité des données
EQDR	évaluation de la qualité des données de routine
FBP	financement basé sur la performance
GA	gouvernement américain
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEPFAR	Plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le SIDA
PMO	partenaire de mise en œuvre
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PRISM	Performance of Routine Information Systems Management (Gestion systématique des résultats des systèmes d'information)
PTME	prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
RSS	renforcement des systèmes de santé
S&E	suivi et évaluation
SIS	système d'information sanitaire
SISR	système d'information sanitaire de routine
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

INTRODUCTION

L'information sanitaire est une des six fonctions essentielles d'un système de santé avec la prestation de services, les ressources humaines pour la santé, les produits médicaux, vaccins et technologies, le financement, et le leadership et la gouvernance (Figure 1, source : Agence des États-Unis pour le développement international [USAID], 2015). Les investissements réalisés dans un de ces domaines exerceront un impact sur d'autres fonctions essentielles du système de santé et seront affectés par celles-ci. L'évaluation des effets à grande échelle des investissements dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) spécifiques au VIH sur l'amélioration globale du système de santé au sens large peut expliquer en quoi ces investissements peuvent aboutir à de meilleurs résultats en matière de lutte contre le VIH.

Des investissements importants ont été réalisés dans le SIS de la Côte d'Ivoire au cours des dix dernières années. En 2018, ces investissements ont été évalués pour mieux comprendre la manière dont ils affectaient le degré de performance du système, ses résultats et la santé publique. L'évaluation consistait en un examen documentaire aboutissant à un rapport de triangulation (MEASURE Evaluation, 2018) et une étude qualitative soutenue par les parties prenantes essentielles à l'échelle nationale et dont nous présentons les résultats ici.

Figure 1. Vision de l'USAID des fonctions essentielles du RSS



Source : USAID's Vision for Health Systems Strengthening 2015–2019, September 2015

CONTEXTE

La Côte d'Ivoire est un des pays d'Afrique de l'Ouest les plus lourdement touchés par le VIH. Sur une population de près de 23 millions d'habitants, on estime qu'entre 3,2 pour cent et 3,7 pour cent vivent avec le VIH (Institut National de la Statistique (INS)/Côte d'Ivoire & ICF International, 2012). En outre, des taux bien plus élevés sont relevés au sein des groupes de population clés, tels que les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Johns Hopkins University & Enda-Santé, 2014 ; UNC-LINKAGES & Enda-Santé, 2017). Le pays compte 20 régions sanitaires et 86 districts sanitaires. Le Plan du Président américain pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) procède actuellement à l'extension de programmes dans 79 districts, à savoir 39 districts à charge élevée sur lesquels 23 font l'objet « d'une mise à échelle agressive » et 16 d'une « mise à échelle jusqu'à saturation », plus 40 « districts soutenus », comme le soulignent les plans opérationnels nationaux du PEPFAR pour 2017 et 2018. La riposte contre le VIH dans les districts restants est gérée par le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) avec l'appui du Fonds mondial.

Au cours des 14 dernières années, des investissements considérables en faveur des programmes de lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire, notamment au niveau du SIS, ont été réalisés par le gouvernement américain (GA) par le biais du PEPFAR, ainsi que d'autres bailleurs de fonds. Depuis le lancement du PEPFAR en Côte d'Ivoire, les besoins d'information au niveau du programme et à l'échelle nationale ont considérablement augmenté, amenant les partenaires de mise en œuvre, qui ont des exigences et des demandes en matière de rapports et de données en constante évolution, à mettre en avant la réussite des investissements programmatiques année par année, et maintenant trimestre par trimestre.

L'environnement dynamique et fluctuant régissant la rédaction et la soumission des rapports a débouché sur la création de systèmes de collecte de données parallèles, alors même que le GA appuie le développement et la mise en œuvre du SIS national. Au cours des cinq dernières années, l'utilisation des données dans le cadre de la prise de décision a augmenté de manière spectaculaire, signifiant ainsi que le SIS doit être en mesure de gérer des données sur le VIH et produire systématiquement des données fiables, opportunes et correctes visant à démontrer les résultats sanitaires obtenus pour les patients séropositifs.

MEASURE Evaluation est un projet œuvrant dans plusieurs pays, financé par l'USAID qui facilite l'organisation d'activités en Côte d'Ivoire depuis 2004. MEASURE Evaluation concentre ses efforts sur le renforcement du SIS et la formation des professionnels de santé et des agents gouvernementaux dans le suivi et l'évaluation (S&E) des programmes. De manière spécifique, à l'aide des fonds du PEPFAR, MEASURE Evaluation collabore avec le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) au renforcement du système d'information sanitaire de routine (SISR) au niveau national, en particulier dans le domaine de la lutte contre le VIH, parmi ses autres activités. MEASURE Evaluation participe à la direction des réunions du groupe de travail technique du SISR, aux ateliers de formation et à la supervision formative dans le cadre des activités techniques.

Après son lancement en 2004, MEASURE Evaluation, avec d'autres partenaires, a dispensé un soutien financier et technique au gouvernement ivoirien pour renforcer son système de gestion des informations sanitaires et ses systèmes S&E en matière de lutte contre le VIH. Ce soutien a débouché sur un élargissement de la palette de compétences du personnel de santé, notamment dans les domaines de la collecte de données, du contrôle qualité et de l'utilisation des informations à tous les niveaux du système de santé. MEASURE Evaluation, en collaborant étroitement avec le MSHP, a joué un rôle déterminant dans la planification stratégique et la gestion globale du SIS.

Ces efforts ont débouché sur la création d'outils de collecte de données permettant de recueillir les informations nécessaires pour suivre les progrès réalisés en vue d'atteindre les « Trois 90 », à savoir 90 pour cent de personnes dépistées pour le VIH, 90 pour cent de personnes vivant avec le VIH sous

traitement, et 90 pour cent de personnes sous traitement connaissant une suppression du virus (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA [ONUSIDA], 2014). Ces divers apports ont accru la capacité du gouvernement à mettre en œuvre la politique *Test and Start* qui a été adoptée en février 2017. Il s'agit d'une des stratégies centrales du PEPFAR pour intensifier les efforts visant à identifier les personnes vivant avec le VIH et à les relier à des services de soins et de traitement essentiels.

En dépit des approches participatives employées et du soutien des partenaires pour le développement des indicateurs, des outils et des systèmes électroniques, l'utilisation des systèmes de données appuyés par le gouvernement n'a pas été optimisée. Les partenaires mettant en œuvre les services de lutte contre le VIH conservent toujours leurs propres systèmes parallèles, cette situation aboutissant à la présence de données incomplètes dans le système du ministère qui recourt à la plateforme DHIS2. Dans la mesure où la saisie et l'analyse des données n'ont pas encore entièrement eu lieu, les données issues de ces systèmes nationaux n'ont, en outre, pas été utilisées efficacement. Le coordinateur mondial de la lutte contre le SIDA, l'Ambassadeur Birx, a ainsi appelé à l'évaluation continue de la performance du programme pour rectifier le tir, déterminer les processus efficaces et mieux atteindre les objectifs fixés. Tant que les systèmes de données nationaux ne seront pas suffisamment robustes, ces pertes de rendement perdureront et continueront d'ébranler les efforts du PEPFAR visant à appuyer l'autonomie de la Côte d'Ivoire dans la prestation de soins et de services contre le VIH.

MÉTHODES

Réunions pour les visites de cadrage

Une visite exploratoire initiale a été réalisée à Abidjan en septembre 2017 par deux membres de l'équipe de MEASURE Evaluation. Les organisations et les individus participant aux réunions en vue des visites de cadrage ont été sélectionnés sur la base de leurs interactions préalables avec ces parties prenantes et l'équipe de MEASURE Evaluation à l'intérieur du pays. Au total, 18 organisations ont été visitées dans le cadre de cette initiative.

Échantillonnage

Un mode d'échantillonnage délibéré a été utilisé pour sélectionner l'ensemble des 22 entités en vue d'entretiens semi-structurés, auxquels 43 personnes ont participé. Les participants représentaient les entités suivantes :

- Des partenaires de mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH (récipiendaires directs et leurs partenaires locaux) et des prestataires privés de soins contre le VIH
- Des agences du gouvernement américain (notamment l'USAID, le Centre américain de contrôle et de prévention des maladies [CDC])
- Des agences multilatérales (ONUSIDA, Fond Mondial)
- Le MSHP
- Des groupes de défense des personnes vivant avec le VIH
- Des médecins chefs de régions et de districts

Les participants potentiels ont été contactés par courriel et par téléphone pour programmer un entretien individuel durant une période souple de deux semaines, selon les disponibilités de chaque participant. Les participants potentiels n'ayant pas répondu ou étant confrontés à des conflits d'horaires durant la période de deux semaines envisagées ont été recontactés pour des entretiens par un agent du personnel de MEASURE Evaluation sur le terrain à une date ultérieure.

Parmi les participants figuraient des agents du gouvernement et des employés non-gouvernementaux issus de différents niveaux du système de santé en Côte d'Ivoire. Ils comprenaient 11 participants ou groupes du gouvernement ivoirien et neuf groupes non-gouvernementaux, dont six partenaires de mise en œuvre. Douze participants/groupes représentaient des organisations au niveau national, contre quatre au niveau régional et six à l'échelle des districts.

Questions et instruments de recherche

Le guide d'entretien semi-structuré (Annexe A) a été conçu pour susciter des réponses aux principales questions de recherche :

- Quelles ont été les principales interventions en matière de renforcement du SIS axées sur la lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire au cours des 10 dernières années ?
- Comment les principales interventions en matière de renforcement du SIS au cours des 10 dernières années sont-elles associées à la performance de ce système, qui est définie comme l'utilisation et la qualité des données ?
- Comment les facteurs contextuels et les dynamiques propres au système de santé ont-ils affecté la mise en œuvre et les résultats des interventions portant sur le SIS ?
- Quels résultats du système de santé ont été associés aux interventions ciblant le SIS, en particulier s'agissant des actions correctrices visant les programmes VIH qui ont contribué au contrôle de l'épidémie (en atteignant les objectifs 90-90-90) ?

- Quels obstacles, mesures incitatives et facteurs ont été impliqués dans l'utilisation de données sur le VIH dans les systèmes de données appuyés par le gouvernement dans ce domaine pour améliorer la qualité des données, leur analyse et leur synthèse, ainsi que les programmes de santé et les résultats observés ?

Outre les principales questions de l'entretien, des pistes de réflexions et des questions de suivi ont également été incluses dans le guide.

Collecte des données

Les entretiens individuels ont été réalisés du 16 au 27 juillet et du 17 au 21 septembre 2018, dans un bureau ou une salle de réunion sur le lieu de travail de chacun des participants étant séparé du reste du personnel. Ils ont été réalisés en français par une équipe composée du personnel de MEASURE Evaluation (basée aux États-Unis et sur le terrain) et d'un représentant de la DIIS du MSHP. Un agent du personnel de MEASURE Evaluation a pris des notes durant la plupart des entretiens et posé des questions de clarification, le cas échéant. Deux dictaphones ont été utilisés pour enregistrer les entretiens. Un entretien réalisé par téléphone n'a pu être enregistré. De même, les entretiens avec les agents du gouvernement américain n'ont pu être enregistrés dans la mesure où les dictaphones n'étaient pas autorisés dans l'enceinte. Des notes ont également été prises à la main et sur ordinateur.

MEASURE Evaluation a soumis une candidature dans le cadre de cette étude au Comité de protection des personnes de l'Université de Caroline du Nord et au Comité Ivoirien d'éthique en matière de recherche, notamment un protocole, un formulaire de consentement et un guide d'entretien. Le premier a déterminé que l'étude n'impliquait pas de recherches auprès de sujets humains et qu'elle était par conséquent exonérée d'un examen éthique complet. Le second comité a validé l'étude après examen. Tous les entretiens débutaient par une introduction durant laquelle étaient obtenus le consentement écrit des participants et l'autorisation d'enregistrer, hormis les cas où il n'était pas possible d'enregistrer les échanges. L'entretien se déroulait ensuite en suivant un guide mais le processus demeurait suffisamment souple pour intégrer d'autres questions le cas échéant.

Dans certains cas, les participants n'avaient pas tous le même degré de familiarité avec les sujets abordés dans l'entretien (notamment les détails concernant le développement des outils ou du logiciel du SIS, l'utilisation réelle de la plateforme DHIS2 ou le système d'information de gestion du dossier électronique du patient [SIGDEP]). Dès lors, davantage de temps était passé sur les sujets qu'ils connaissaient mieux.

À la suite de la collecte de données, les fichiers audios et les notes écrites ont été retranscrites et traduites en anglais, avant que les enquêteurs ne veillent à leur exactitude préalablement à leur analyse. Les fichiers audios et les retranscriptions ont été conservés au format numérique sur un serveur de MEASURE Evaluation protégé par un mot de passe. Toutes les retranscriptions et les notes ont été importées dans NVivo 10.0 afin d'analyser les données.

Analyse des données

Nous nous sommes penchés sur les données à l'aide d'un cadre d'analyse. La première des cinq étapes du processus consistait à se familiariser avec les retranscriptions en les lisant et en prenant des notes. La deuxième étape consistait à développer un dispositif de codage pour systématiquement coder les données (Annexe B). Des axes analytiques ont été définis selon leurs codes respectifs, qui, par la suite, étaient regroupés en concepts clés. Certains codes étaient de nature empirique ou théorique selon ce que nous nous attendions à trouver, tandis que d'autres codes ont été développés spécifiquement sur la base des questions de recherche. Enfin, d'autres ont émergés à travers les réponses données par les participants eux-mêmes. La troisième étape consistait à indexer, c.-à-d. à appliquer systématiquement les codes aux retranscriptions des entretiens à l'aide de NVivo 10.0. La quatrième étape consistait à porter les données

sur des graphiques, ce qui impliquait d'examiner le texte codé par thème, code et type de participant. La dernière étape consistait à modéliser et à interpréter les données. La première version préliminaire du rapport a été diffusée auprès des parties prenantes en Côte d'Ivoire pour qu'elles fassent part de leurs commentaires avant finalisation.

Réunions informelles

Outre les entretiens semi-structurés, des réunions informelles ont eu lieu entre le personnel de MEASURE Evaluation et la DIIS. Ces réunions ont permis d'échanger d'importantes informations contextuelles et donné la possibilité de clarifier les réponses aux questions soulevées lors des entretiens formels.

RÉSULTATS

Les participants affichaient des degrés de connaissance divers concernant les interventions clés, dans la mesure où certains avaient été impliqués dans la planification et la mise en œuvre des interventions, tandis que d'autres ne connaissaient de manière approfondie qu'une seule intervention. Toutefois, dans l'ensemble, les personnes interrogées constituaient un véritable puits de connaissances, s'agissant du développement du SIS en Côte d'Ivoire durant la période de l'étude. Les entretiens indiquaient que des changements significatifs avaient eu lieu dans le SIS spécifique à la lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire au cours des 10 dernières années, notamment la standardisation des indicateurs et des outils liés au VIH et l'introduction d'outils électroniques pour la collecte et la gestion des données. Cependant, de nombreux défis subsistent et le SIS connaît toujours bon nombre des mêmes problèmes auxquels il était confronté avant que les interventions ne soient mises en œuvre.

Améliorations apportées au SIS

Le processus d'évaluation a débuté avec une étude documentaire intitulée « Renforcement du système d'information sanitaire en Côte d'Ivoire : Validation des données sur l'efficacité des interventions » (MEASURE Evaluation, 2018), qui a permis d'identifier plusieurs interventions clés relatives au SIS ayant été par ailleurs soulevées par les participants aux entretiens. Parmi celles-ci figuraient :

- Les évaluations portant sur la Gestion systématique des résultats des systèmes d'information (PRISM)
- Le développement et la mise en œuvre de l'outil d'évaluation de la qualité des données (EQD) et d'évaluation de la qualité des données de routine (EQDR)
- La standardisation des indicateurs et des outils
- La mise en œuvre de systèmes électroniques comme DHIS2 (utilisés pour les données VIH agrégées sur les patients et les établissements) et le système d'information de gestion du dossier électronique du patient, connu sous l'appellation SIGDEP, versions 1 et 2).¹

Bon nombre de participants ont décrit un contexte pré-intervention rendant difficiles la collecte et l'utilisation des données permettant de suivre les avancées programmatiques. Un participant non-issu du gouvernement a souligné le fait qu'avant 2004, les indicateurs nationaux manquaient pour mesurer les avancées des programmes de lutte contre le VIH. De même, l'utilisation des outils électroniques du SIS était très limitée, tout comme le nombre de personnes formées en S&E. Par conséquent, les indicateurs VIH n'ont pas été standardisés et recueillis de la même manière sur l'ensemble du pays.

Alors que le pays avait utilisé d'autres systèmes électroniques tels que SIG-VISION pour l'agrégation et le rapport des données de routine depuis 1995, l'introduction de DHIS2 et de SIGDEP 2 a permis d'améliorer les programmes de lutte contre le VIH. SIG-VISION était un fichier Access sous Microsoft sous la forme d'un mécanisme autonome qui était difficile à mettre à jour et devenait très lent au fur et à mesure que le volume de données augmentait. Ces données provenaient de rapports émis par les établissements sanitaires saisis dans SIG-VISION à l'échelle des districts, qui étaient ensuite envoyées au niveau régional sur CD, clé USB ou Internet. Les données étaient transmises de la même manière par les régions vers le niveau national. « Avec cet outil, on rencontrait d'énormes difficultés dans la saisie et dans la transmission des données au niveau central », indique un agent du gouvernement. Bon nombre des

¹ Les participants ont mentionné d'autres outils, comme ceux utilisés pour la gestion logistique et le financement basé sur la performance (FBP). Néanmoins, cet examen se focalisait sur l'utilisation des outils en matière de dépistage et de soins du VIH. Le FBP était perçu comme un élément contribuant à l'amélioration des résultats chez les patients mais les agents chargés de le mettre en œuvre ont développé leur propre système pour en assurer le suivi, ce qui tranche avec les idéaux exprimés et la volonté de s'appuyer sur un système unifié.

personnes interrogées qui utilisaient ce système abondaient dans ce sens. Un autre agent du gouvernement a mentionné que « certains directeurs départementaux et directeurs d'hôpitaux n'avaient pas été formés sur l'ancien système. Même pour ceux qui étaient formés, ils avaient du mal à pouvoir utiliser la base Access pour pouvoir faire des exportations et faire facilement des graphiques et des figures pour pouvoir les utiliser ». Par ailleurs, un nombre limité d'individus étaient en mesure d'analyser les données, et l'introduction de DHIS2 a été discutée comme un grand facteur d'égalisation en termes d'augmentation du nombre de parties prenantes au sein du gouvernement pouvant accéder aux données et les analyser. Un participant issu du gouvernement nous a confié que sous SIG-VISION, cette tâche d'extraction des données, de présentation des données était seulement faite par le gestionnaire de données. C'est lui qui communiquait les informations aux directeurs départementaux ». Ce constat a été confirmé par un de ses homologues qui a déclaré que « les médecins chefs de district n'étaient pas formés à l'utilisation de cet outil, c'étaient plutôt des gestionnaires de données ».

Un autre changement marquant a été le développement et l'utilisation d'outils standardisés dans la lutte contre le VIH, l'urgence se faisant sentir avec le déploiement de la plateforme DHIS2. Avant cela, les personnes interrogées ont décrit d'énormes variations entre les établissements à travers le pays en termes de données recueillies et du moment de la collecte. Une personne interrogée non-issu du gouvernement qui faisait partie d'une équipe ayant visité les sites VIH a déclaré qu'ils avaient vu certains sites dans lesquels « c'étaient une feuille blanche sur laquelle l'on notifiât, alors chacun notifiât selon ce qu'il voulait voir (...) Ainsi, chacun avait ses outils par conséquent l'information n'était pas standardisée ». Plusieurs participants ont été impliqués dans la standardisation des indicateurs en prenant part à des groupes de travail durant le processus de sélection de ces indices. Ils convenaient du fait qu'il s'agissait d'un travail compliqué et de longue haleine mais que les efforts déployés en valaient la peine.

Améliorations de la qualité des données

Les améliorations citées plus haut concernant le SIS spécifique au VIH ont débouché sur des améliorations en termes de qualité des données. Les participants avaient conscience du besoin de données de grande qualité et ont fait part de leur appréciation concernant les divers outils ayant été mis en place pour améliorer la qualité des données. Comme l'a souligné un participant n'étant pas issu du gouvernement :

Je pense qu'il est impératif pour nous de fournir des données de qualité parce que les décisions sont prises en fonction des rapports que nous faisons. Il va sans dire donc que notre responsabilité est grande à ce niveau. Or pour venir à la qualité, c'est tout un processus assez rigoureux. Ce qui me motive personnellement à opter pour Le RDQA.

Ce participant a ensuite clarifié ses propos en indiquant que le recours aux RDQA, qui mettent en avant les différentes lacunes, peut servir à « [faire] recommandations, un plan d'amélioration de la qualité des données et cela améliore la collecte des données en termes de qualité ».

DHIS2 a également joué un rôle important dans l'amélioration de la qualité des données par le biais de la validation interne et en rendant les données disponibles plus rapidement. Par exemple, un agent du gouvernement a abordé la manière dont la plateforme DHIS2 rendait les données immédiatement disponibles et signifiait que le personnel n'avait plus besoin de se déplacer pour aller recueillir les données au sein des établissements :

Avec SIG VISION, il faut venir à la base, revenir d'hôpital général de [___] qui est à 85 km pour effectuer les saisies. Or avec DHIS2 on a les données sans se déplacer. Et quand nous on saisit les données chez nous ici à [___], déjà le directeur régional peut déjà accéder à nos données ce qui n'était pas le cas avec SIG.

Encadré 1. Menaces planant sur la qualité des données

Bien que bon nombre de personnes interrogées aient mis en avant des manières dont la qualité des données a augmenté au fil du temps, des menaces planant sur la qualité des données ont été identifiées :

- Erreurs dans la saisie des données au niveau des principaux points de collecte
- Soumission irrégulière des rapports à travers le territoire
- Données incomplètes à certains niveaux

Des informateurs à l'échelle des districts ont réaffirmé à quel point ils dépendaient des établissements sanitaires pour saisir et enregistrer correctement les données, de manière intégrale et dans les délais impartis, dans la mesure où DHIS2 n'est pas disponible dans l'ensemble des établissements.

Un autre point soulevé par plusieurs participants était que la date de soumission des données changeait dans DHIS2 chaque fois que des corrections étaient faites, cela aboutissant à l'apparition des données corrigées comme ayant été soumises en retard. Il s'agit d'un véritable problème dans la mesure où le respect des échéances est un aspect de la qualité des données servant à évaluer le niveau de performance des districts. Cette bizarrerie peut avoir comme conséquence involontaire de décourager le personnel de corriger les données lorsque des erreurs sont relevées.

La nécessité de garantir l'interopérabilité de SIGDEP 2 et DHIS2 constitue une autre étape importante pour veiller à la qualité des données. L'interopérabilité entre ces deux systèmes permettrait une réduction du besoin actuel de double saisie des données. Un défi associé à cette démarche peut être le besoin de recourir à un processus d'harmonisation des indicateurs pour relier les deux systèmes.

Les exercices de validation des données à l'échelle nationale ont également été cités comme une menace éventuelle planant sur la qualité des données dans le système DHIS2 national. Comme l'a indiqué un agent du gouvernement, « le programme de lutte contre le VIH a conçu une matrice sous Excel, parallèlement à notre plateforme DHIS2 (...) qu'il leur [districts] envoie pour être renseigné et venir à la [réunion de] validation avec cette matrice. Du coup, ce sont les mêmes indicateurs qui sont dans le DHIS, mais qu'il demande de renseigner dans une autre matrice ».

Cette matrice est celle utilisée durant les réunions de validation et actualisée avec certaines corrections. Il est difficile de déterminer avec certitude si les données dans DHIS2 sont ensuite mises à jour à la suite des réunions de validation. Une autre raison susceptible d'expliquer pourquoi cet aspect laisse peser une menace sur les données dans DHIS2 est que les gestionnaires de données peuvent prioriser la saisie des renseignements dans le fichier Excel à celle dans la plateforme DHIS2.

Bon nombre de personnes interrogées ont fait part de leurs commentaires quant aux faits que l'utilisation de DHIS2 avait permis aux données d'être disponibles en temps réel et que cela avait accru l'accessibilité des données à tous les niveaux du système de santé pour les parties prenantes en mesure d'accéder à cette plateforme. Les partenaires de mise œuvre ne bénéficiaient pas du même accès aux données, malgré leurs contributions à la réalisation des objectifs des programmes de lutte contre le VIH. De plus, l'accès accru aux parties prenantes en dehors du système de santé du gouvernement avait fait l'objet de plusieurs discussions. À l'heure actuelle, elles doivent passer par les canaux officiels pour accéder aux données. Et un participant issu du gouvernement de décrire la procédure : « Le partenaire ayant besoin des informations contacte directement la DIIS pour obtenir ces renseignements ». L'inquiétude du gouvernement réside dans le fait que ces informations seront utilisées sans le consentement de la DIIS et que ses agents ne contrôleront pas la manière dont ces renseignements seront utilisés. Quoi qu'il en soit,

cet accès accru aux données est tributaire d'un accès fiable à l'Internet et à un approvisionnement sûr en électricité, soit une inquiétude exprimée par plusieurs participants que nous aborderons ci-après.

SIGDEP 2 a également été crédité pour sa capacité à accroître l'accès aux données. Un participant non-issu du gouvernement a ainsi déclaré : « Cela nous a beaucoup aidé dans les structures à avoir ces données-là plus rapidement, concernant la collecte, la compilation des données VIH, en termes de traitement, en termes de soins et soutien, puisque c'est un système informatisé de gestion des données ».

La capacité du programme DHIS2, grâce aux paramètres de validation des données, a également contribué à améliorer la qualité des données. Un agent du gouvernement a notamment déclaré : « Le paramétrage avec le système de règles de validation interne du DHIS2 permet d'éviter de rentrer des chiffres aberrants lors de la saisie. L'outil vous signale l'erreur et vous corrigez cela ». Toutefois, certaines inquiétudes subsistaient à l'échelle des districts concernant la qualité réelle des données provenant des établissements n'ayant pas d'accès direct à DHIS2 et qui soumettent leurs données au district pour en assurer la saisie et l'examen. « Les données qui viennent des centres sont des données plus ou moins incohérentes », a déclaré un agent du gouvernement au sein d'un district.

Quand elles nous parviennent, nous sommes obligés de faire un travail supplémentaire ici, les appeler à chaque fois pour demander. Or, s'ils avaient le logiciel à leur niveau, depuis la base, ils auraient pu voir ces incohérences et faire le nécessaire [pour les corriger].

Changements dans l'utilisation des données

L'utilisation des données a été décrite comme un continuum : évaluer la qualité des données, générer des statistiques sanitaires, développer des produits d'information, prendre des décisions sur la base des données, et mettre en œuvre des mesures à partir de ces décisions (MEASURE Evaluation, 2017 ; Nutley & Li, 2018). Les participants ont discuté de la manière dont l'utilisation des données en rapport avec ce continuum avait progressé depuis l'introduction des diverses interventions relatives au SIS. Par exemple, les personnes interrogées ont mentionné un autre avantage de DHIS2, à savoir que dans la mesure où les données sont disponibles en temps réel et accessibles à l'ensemble du personnel à tous les niveaux du système de santé, il est plus facile de les examiner et d'offrir une rétroaction de manière à procéder à des corrections. Ce mécanisme est décrit dans l'exemple suivant donné par un participant issu du gouvernement :

On avait une structure qui avait partagé son tableau de bord sur les accouchements à domicile et les accouchements à l'hôpital. Automatiquement, tous les acteurs se sont rendus compte que le chiffre d'accouchement à domicile était très élevé contrairement aux accouchements dans les établissements. Certains acteurs ont commencé à poser la question dans la plateforme « est-ce que vous êtes sûr que c'est le nombre d'accouchement à domicile ? N'y a-t-il pas une erreur de saisie ? ». Par la suite, la structure en question s'est effectivement ressaisie pour dire qu'effectivement il y a une erreur. Elle avait inversé les chiffres. C'était plutôt les accouchements à l'hôpital qui étaient plus élevés que les accouchements à domicile.

Avec les systèmes de collecte de données de routine antérieurs, une erreur de ce type aurait pu passer inaperçue indéfiniment. Plus le temps passe après qu'une erreur a été commise, plus il est difficile de la corriger, dans la mesure où elle ne sera peut-être pas identifiée avant d'être agrégée avec les données des autres établissements et districts. Dans ce cas, la plateforme DHIS2 a permis au personnel du système de santé à des niveaux supérieurs de constater l'erreur éventuelle et de rapidement déterminer l'établissement sanitaire l'ayant rapportée. Cela démontre également que le personnel dans les sphères supérieures examinait les données et connaissait suffisamment bien l'indicateur pour comprendre que le résultat n'avait aucun sens. Cet aspect a permis de mieux sensibiliser les divers intervenants à la qualité des données. L'utilisation des données figurait également parmi les changements positifs mentionnés par plusieurs participants, celle-ci étant attribuée aux efforts déployés à l'échelle nationale pour former des

agents à tous les niveaux du système de santé aux principes du S&E. Comme l'a déclaré un agent issu du gouvernement ayant participé aux formations en S&E :

Après la formation, on a vu ce qu'est l'importance de fournir des données de qualité, ce qui favoriserait la prise de bonnes décisions. En d'autres termes, c'est la prise de conscience collective du personnel formé sur l'importance de fourniture des données de qualité qui a valu à cette activité une pleine réussite.

S'agissant de l'amélioration de l'analyse et de la dissémination des informations, l'utilisation d'outils électroniques et d'indicateurs standardisés a facilité l'analyse des données, la visualisation des principaux résultats et la compilation des rapports. L'analyse des données préalable à la mise en œuvre de DHIS2 et SIGDEP 2 dépendait fortement des compétences individuelles d'une faible quantité d'agents. Quelques personnes étaient capables d'analyser les données en utilisant d'autres programmes, tels qu'Excel, mais si cet individu quittait le district ou l'établissement, ces compétences partaient avec lui. Toutefois, en particulier avec DHIS2, l'analyse des indicateurs et le développement des rapports sont désormais plus faciles dans la mesure où il existe de nombreux outils intégrés pouvant aider l'utilisateur à accomplir ces objectifs. Comme nous l'a confié un participant issu du gouvernement :

Avec SIGVISION je n'arrivais pas à réaliser les tableaux TCD (Tableaux Croisés Dynamiques). Peut-être que je n'étais pas suffisamment outillée. Mais avec le DHIS2, on dispose d'un onglet spécifique TCD qui permet d'élaborer le tableau sans difficulté, en sélectionnant simplement les indicateurs.

Un autre avantage discuté était qu'il était désormais plus facile d'accéder aux données afin de rédiger des rapports. Cela a été illustré dans les deux citations suivantes respectivement attribuées à un agent issu du gouvernement et à un autre ni étant pas affilié :

Si je veux les données de 2013, 2014 par exemple, alors qu'avant c'était difficile, il fallait aller fouiller dehors dans les documents et essayer de faire les tableaux. C'était compliqué et ce n'était pas sûr de pouvoir retrouver ces données plus tard. Alors qu'avec DHIS2 à tout moment et dans le temps j'aurais toujours accès aux données donc c'est très bon logiciel.

Je pense que l'un des exemples pour moi qui est édifiant c'est le rapport national VIH que le Ministère de la Santé à travers la DIIS et le PNLIS élabore. Ces informations dans un passé je dirais un peu lointain, n'était pas chose facile à avoir. Aujourd'hui avec les outils de collectes des données qui sont standardisés, un dictionnaire des indicateurs clairs qui permettent de savoir ce dont on a besoin avec le SIGDEP, le DHIS2, les informations sont disponibles depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central. Ce qui permet de faire la compilation des données et d'élaborer un rapport annuel désagrégé par région, par district sans grande difficulté.

Ces sentiments soulignent l'importance d'un accès aisé aux données actuelles et antérieures lors de la préparation des rapports de statistiques sanitaires à divers niveaux du système de santé. La préparation et la dissémination des rapports sont des composantes essentielles de l'utilisation des données et il est fondamental que ces rapports soient mis à disposition dans les délais prescrits. Obtenir des rapports annuels retardés d'un an ou plus n'est pas très utile.

Les améliorations dans le domaine de l'utilisation des données ont été plus dures à quantifier. Cela s'expliquerait par le manque de documentation du moment où ont été prises les décisions fondées sur des données. Comme l'a indiqué un participant non-issu du gouvernement : « Je pense que les données sont utilisées, des décisions sont peut-être prises mais c'est le suivi de ces décisions qui pose peut-être problème. » Toutefois, plusieurs participants ont donné des exemples illustrant la manière dont les données sont utilisées, notamment celui-ci donné par un participant n'étant pas issu du gouvernement concernant les améliorations dans la qualité des soins :

Nous avons du personnel qui s'occupe de la qualité donc des soins. Lorsqu'ils vont sur les sites ils peuvent remarquer que dans les outils par exemple qu'il y a telle nombre de pourcentage de personnes qui ne reçoivent pas

telle intervention. Par conséquent cela permet de voir au niveau de la structure comment faire pour que les personnes qui sont reçues dans cette structure reçoivent toutes les interventions qu'il faut.

Il ne s'agit que d'un exemple de la manière dont les données ont été utilisées. Cependant, alors que les personnes interrogées avaient le sentiment que l'utilisation des données avait progressé, elles n'étaient pas en mesure de décrire à quel point.

Défis continus rencontrés par le SIS

Malgré les améliorations et les changements apportés au SIS décrits dans les sections précédentes, bon nombre de problèmes subsistent dans le processus de renforcement du SIS et l'obligent encore à surmonter un certain nombre de défis. Parmi ceux-ci figurent l'utilisation continue de formulaires papier, le manque de financement de l'infrastructure et des activités telles que la supervision formative, la tension existante entre les partenaires de mise œuvre et le secteur public et les entraves persistantes à l'utilisation des données.

Formulaires papier

Bien qu'on ait observé une tendance à numériser la collecte, la transmission et l'analyse des données, le système s'appuie toujours sur des formulaires papier pour recueillir les données au sein des établissements, cela pouvant engendrer divers problèmes concernant la qualité des données. Le développement d'outils standardisés était perçu par bon nombre de personnes interrogées comme une intervention de premier plan couronnée de succès. Toutefois, la mise en œuvre de ces formulaires papier peut accroître la charge de travail des prestataires, dans la mesure où il leur est à présent demandé de recueillir systématiquement une grande quantité de données avec de nombreux outils de collecte de données cliniques. Ceux-ci consistent toujours principalement en des outils papier qui doivent être imprimés, mis à jour et distribués. Un participant non-issu du gouvernement a déploré cette situation en ces termes :

Si on pouvait centraliser quand même, ou bien retrouver dans un outil, toutes les informations en un coup de sorte que le prestataire n'ait pas à utiliser pour une femme enceinte un registre de dépistage pour les tests rapides, un registre de CPN, un registre de PTME suivi mère / enfant et puis le registre de dispensation ARV, l'ordonnancier. Vous voyez que pour un patient du VIH ça fait au moins 12 documents qu'il faut renseigner, ce n'est pas évident. Si on pouvait quand même raccourcir un peu cela nous aurait aidés.

L'importance de la standardisation a été universellement reconnue mais les solutions permettant de gérer la charge des données sont toujours nécessaires, si l'on considère le volume de données recueillies, la variété des registres ou des outils qui pourraient être simplifiés et la disponibilité et les qualifications insuffisantes du personnel en charge de la collecte de données.

La question du surmenage des cliniciens et des agents en charge du S&E a été soulevée par plusieurs personnes interrogées comme une menace majeure planant sur la qualité des données et la réussite globale du SIS. Comme nous l'a indiqué un agent du gouvernement au niveau du district, chaque mois « le major tout seul doit compiler les données de tous les services et il est tellement débordé qu'il invente souvent des chiffres et il ne s'en sort pas ». Ce participant se souvenait être allé dans un hôpital où le médecin chef avait répertorié un cas de fièvre jaune. Néanmoins, cela ne pouvait pas être le cas dans la mesure où il s'agissait d'une maladie à notifier. S'il y avait eu un cas de fièvre jaune, le rapport aurait été transmis aux plus hautes instances. Les participants ont également mis en avant le manque d'agents dédiés au S&E pour recueillir et saisir les données, cela amenant les cliniciens à réaliser ce type de travail en plus de leurs tâches régulières. Même dans les endroits disposant d'un agent S&E (tels que les districts), les personnes

interrogées s'inquiétaient du fait qu'il y avait trop de travail pour une personne, qui n'était pas seulement en charge de la lutte contre le VIH mais également de tous les autres programmes de santé.²

Les formulaires et registres de collecte de données ne sont pas statiques, dans la mesure où les indicateurs peuvent être modifiés, ajoutés ou retirés en fonction des priorités nationales ou internationales. Les formulaires papier doivent être adaptés lorsque ces changements ont lieu, ce qui a engendré un autre défi mentionné par les répondants. Il peut, en effet, y avoir des retards importants entre le moment où le changement est effectué au niveau national et celui où les formulaires actualisés parviennent à l'ensemble des établissements sanitaires. Un répondant non-issu du gouvernement a déclaré : « Parfois on se retrouve sur les sites avec des versions anciennes d'outils du fait de la rupture de la version en vigueur » et la question demeure toujours de savoir « qui est responsable de la reprographie ? Est-ce la partie nationale ou les organisations ? »

Financement et infrastructure limités

La discussion autour du financement n'était pas limitée à l'impression et à la distribution des formulaires papier. Certaines inquiétudes ont également été exprimées quant au financement d'autres composantes essentielles des interventions SIS et à leur pérennité globale. La supervision formative est une de ces composantes qui d'après les répondants n'est pas toujours priorisée en dépit de son importance cruciale. Cela a été expliqué par un répondant du gouvernement au niveau du district lorsqu'il lui a été demandé à quelle fréquence avait lieu la supervision formative :

Quand on a le temps, ça se fait. Mais, se pose toujours le problème de temps, et celui de moyen pour se déplacer. Au district, on a un seul véhicule. Même avec le véhicule, il faut avoir les moyens pour acheter le carburant afin de pouvoir aller sur les sites pour faire les coachings. Nous avons une supervision en vue, tout à l'heure en ce qui concerne la planification familiale PTME. Mais, notre DD est parti en Chine. La voiture seule voiture que nous avons à notre disposition est à Abidjan. Celle qui est là, est une voiture qui est vieille et pas en état. Donc, nous sommes là, nous ne pouvons pas bouger.

Cette citation souligne les nombreux défis liés à la mise en œuvre de la supervision formative. Quand bien même, d'autres personnes sondées comme cet agent du gouvernement avaient le sentiment que le processus de supervision s'était amélioré grâce à la mise en œuvre d'outils comme DHIS2, dans la mesure où « une fois que les équipes de supervision arrivent, les informations déjà extraites au niveau central peuvent être confrontées avec les informations du niveau supervisé sans qu'il n'y ait de gap ».

Certaines inquiétudes planaient également autour du manque de financement nécessaire à l'achat d'ordinateurs pour tous les établissements en ayant besoin. Certains répondants ont participé au développement de directives pour déterminer lorsqu'un site devait être informatisé, ce que ce répondant non-issu du gouvernement a décrit de la manière suivante : « Lorsque vous avez un site qui a plus de 100 patients [sous TAR], le site doit être informatisé ». Toutefois, le répondant a poursuivi en indiquant qu'à l'heure actuelle, « par faute de moyens nous avons des sites qui ont plus de 100 patients qui ne sont pas informatisés ». Un autre répondant à l'échelle des districts a indiqué que parfois la difficulté réside dans l'installation des outils électroniques au sein des établissements, dans la mesure où bon nombre des ordinateurs utilisés pour procéder à la saisie et à l'analyse des données sanitaires appartiennent aux agents du personnel. Ces limitations ont eu un impact sur la productivité des personnes sondées. Un répondant nous a ainsi fait part du fait que le travail attendu d'eux « ça exige une certaine formation du personnel et

² Le PEPFAR a plaidé en faveur d'un changement de politique spécifique qui aboutirait à l'inclusion du descriptif de poste de l'agent S&E dans la politique du MSHP sur les ressources humaines pour la santé. Alors que l'inclusion dans la rubrique officielle du personnel de santé faciliterait l'embauche de ces agents, le MSHP a hésité à l'officialiser, vraisemblablement en raison de l'obligation financière associée et des demandes de budget concurrentielles à travers les différents domaines et régions sanitaires.

ça exige un certain nombre d'outils modernes parce que les ordinateurs, il faut faire leur mise à jour ; vous avez constaté qu'au moment de l'installation les ordinateurs que nous avions n'étaient pas capable de supporter le logiciel ». Ce type de situation les a obligés à redéployer le personnel, dans la mesure où les agents n'auraient pas été en mesure d'accomplir les tâches leur étant dévolues sans un ordinateur opérationnel équipé du logiciel.

Certains problèmes infrastructurels tels que la couverture Internet limitée et l'interruption fréquente de la connexion ont également été mentionnés à de multiples reprises par les personnes interrogées ; cela en dépit du fait que plusieurs répondants aient cité l'utilisation d'Internet comme une amélioration par rapport à l'ancien système : « Avec DHIS2, il n'y a pas de risques de perte de données puisqu'il fonctionne avec l'internet », a déclaré un répondant issu du gouvernement à l'échelle du district. Un autre nous a rappelé que « Nous faisons face à un problème de connexion internet, par conséquent il nous sera difficile de collecter les données. Or vous savez que l'avantage avec la technologie est de pouvoir avoir accès aux données partout avec l'Internet. ». Ainsi, alors que certains utilisateurs ont indiqué que l'accès à l'Internet comme mode d'accès aux données était utile, d'autres ont affiché leur agacement quant au fait que la connexion à ce service pouvait être instable, en particulier dans les zones plus reculées.

Pérennité des interventions

La pérennité de ces interventions est une préoccupation de tous les instants, étant donné que la plupart des éléments requis pour générer un SIS efficace ne sont pas des investissements ponctuels. Les logiciels et l'équipement informatique doivent continuellement être mis à jour ou remplacés. Les personnes doivent être formées et reformées, en particulier en cas de rotation importante des effectifs. Ces inquiétudes entourant la pérennité des interventions ont été émises non seulement s'agissant du SIS mais aussi du programme de lutte contre le VIH dans son intégralité. Comme un répondant non-issu du gouvernement l'a prosaïquement formulé : « Pour payer les antirétroviraux on attend que l'argent vienne de l'extérieur. Si aujourd'hui le PEPFAR et le Fond Mondial ne paient pas les ARV je vous assure qu'on va ramasser des cadavres dans la rue ».

D'autres personnes interrogées n'étant pas issues du gouvernement ont également discuté de l'idée du gouvernement de s'approprier pleinement ces activités en déplorant qu'avec la disponibilité de l'aide des bailleurs de fonds, « le ministère n'est aucunement motivé à l'idée de couvrir ces coûts dans son budget, » et qu'actuellement aucune stratégie n'est en place pour veiller à ce que cela se concrétise. Cette préoccupation quant au fait que le gouvernement ne s'approprie pas pleinement ces activités a aussi été exprimée par au moins un répondant issu du gouvernement :

Il faut donc que l'Etat s'apprête à financer la maintenance des outils informatiques mais aussi faire la mise à jour sur le plan formation du personnel ça aussi c'est le revers de la médaille parce qu'il ne faudrait pas qu'on compte toujours sur le partenaire, ceux-là ils nous ont aidé à démarrer mais ils ne vont pas toujours nous aider à payer des ordinateurs ou à former nos propres agents, c'est à nous de gérer ça.

La rotation des effectifs menace également la pérennité des interventions. Comme l'a indiqué un répondant issu du gouvernement au niveau national : « On a une petite équipe, même si cette équipe est menacée par moment par des turnovers. » La perte d'agents du personnel peut perturber le travail réalisé à tous les niveaux du système de santé. Les personnes partent avec les compétences qu'elles ont acquises, ce qui oblige de nouveaux individus à être formés et à apprendre leurs nouvelles tâches, retardant ainsi l'exécution de certaines interventions du SIS. Il s'agissait là d'une inquiétude affichée par tous les types de personnes sondées, notamment celles issues d'organisations non-gouvernementales : « En réalité nous formons beaucoup mais après même si nous avons un turnover qui est très élevé, les partenaires viennent prendre et chacun a son développement. » Il est évident que malgré la planification et le financement des

formations, il n'existe aucune garantie que la catégorie des agents formés demeurera sur le site ou au sein de la même organisation.

Interaction avec les partenaires de mise œuvre

La relation entre les partenaires de mise œuvre (PMO) et d'autres organisations, notamment le gouvernement, constituait un autre facteur. Le programme de lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays, compte un certain nombre de parties prenantes et d'acteurs, chacun ayant la pression du résultat. Comme l'a souligné un répondant non-issu du gouvernement : « Nous savons tous aujourd'hui que les trois 90, ce n'est plus l'affaire des partenaires mais plutôt celle de toute la Côte d'Ivoire, donc la pression est à tous les niveaux. » Les partenaires et les bailleurs de fonds sont des parties intégrantes du combat contre l'épidémie et bon nombre de priorités doivent être équilibrées.

L'ambivalence par rapport aux partenaires est aussi manifeste. Ainsi, les parties prenantes apprécient le travail qu'ils réalisent mais font également part de leur ressentiment concernant leur degré de pouvoir. « Les partenaires exercent la pression sur le niveau central qui à son tour, nous met la pression », a déclaré un répondant issu du gouvernement à l'échelle du district.

La pression considérable des exigences des bailleurs de fonds sur le SIS contribue parfois à la charge relative à la collecte de données et à la prolifération de systèmes de collecte de données individualisés. Malgré les interventions poussées mises en œuvre en Côte d'Ivoire au cours des 10 dernières années pour renforcer le SIS national, des outils parallèles ou complémentaires continuent d'être utilisés par les PMO dans la mesure où, comme le décrit un répondant non-issu du gouvernement, « les outils nationaux ne saisissent pas tous les renseignements exigés par le PEPFAR et parce que cet organisme change constamment ». Le sujet des outils complémentaires des PMO a été soulevé par les personnes interrogées issues ou non du gouvernement, et ce à tous les niveaux. Par exemple, un participant issu du gouvernement a déclaré :

Les partenaires de mise en œuvre ont leurs propres systèmes de recueil d'information qui sont un peu parallèles. Ils utilisent les outils primaires du système mais à côté de ces outils primaires, ils ont d'autres systèmes de recueil de données peut-être qui sont dirigés par leurs bailleurs qui demandent un certain nombre d'informations que nous jugeons peut-être que peu pertinentes au niveau national.

Il nous a été rapporté que les partenaires avaient conscience de ce problème sans pour autant citer de solutions potentielles. Ce problème n'est pas limité aux besoins de données dans le domaine de la lutte contre le VIH. Par exemple, une organisation de financement multilatérale a récemment lancé un programme en Côte d'Ivoire en instaurant un système de collecte de données parallèle. « Mais le véritable problème c'est que ce système demeure un système parallèle. Nous aurions voulu intégrer ces données de ce portail dans DHIS2 ... c'est notre grand défi. »

Lorsqu'il lui a été demandé de s'exprimer sur les améliorations apportées à la collecte de données, un répondant a déclaré qu'il avait observé de grandes améliorations dans les données spécifiques au PEPFAR. Ceci peut s'expliquer par le fait que les PMO disposent également de ressources supplémentaires qu'ils peuvent engager au niveau des sites auprès desquels ils travaillent, notamment en facilitant le versement des salaires des assistants en charge du suivi des données ou des agents de saisie. Ce rôle et ses avantages sont décrits de la manière suivante par un répondant non-issu du gouvernement :

C'est que le fait qu'on est mis des ressources humaines qui sont dédiées à l'activité de gestion de données permet de pouvoir avoir de meilleurs résultats parce que l'AMD (l'Assistant Moniteur de Données) qui est sur le site assiste les prestataires à l'utilisation des outils de collectes de données, les accompagne dans l'élaboration du rapport de conseil et dépistage et du rapport de la PTME, fait que les données sont disponibles.

Cela signifie que les sites ayant des agents de saisie seront en mesure de porter une attention accrue à la qualité des données recueillies, transmises et utilisées. Mais ces agents n'offrent pas sur tous les sites. Un répondant a ainsi affirmé que la décision de placer un agent de ce type sur un site dépendait du nombre de patients et des ressources disponibles. Par exemple, lorsqu'un site dénombre 400 patients actifs, cela est clairement justifié. Néanmoins, il a souligné que la mobilisation d'un agent en charge des données pourrait également être justifiée avec 200 patients actifs, même si cela n'est pas toujours possible.

Cela signifie également que contrairement aux données DHIS2, les PMO ayant pour mandat de dispenser une assistance technique aux cliniques ont accès aux données relatives aux patients sur SIGDEP 2, dans la mesure où celles-ci sont généralement gérées par cet agent. Comme l'a indiqué un répondant issu du gouvernement à l'échelle du district : « Ils [les agents en charge des données] ont en leur possession toutes les données VIH puisque la gestion leur appartient. Souvent, quand on a besoin de données c'est vers eux que nous nous tournons. Quand on n'y comprend pas grands choses, ce sont ces personnes que nous allons voir. » En réalité, les personnes interrogées au niveau du district ont prétendu ne pas bien connaître la plateforme SIGDEP 2, dans la mesure où il s'agissait d'un outil établi au niveau des sites et étant géré la plupart du temps par les partenaires.

Obstacles à l'utilisation des données

Alors que les répondants avaient le sentiment que l'utilisation des données s'était améliorée avec la mise en œuvre des diverses interventions relatives au SIS, il n'en demeurait pas moins que de l'avis général bon nombre d'obstacles subsistaient quant à l'utilisation du SIS du gouvernement. Bien que de nombreuses améliorations aient été observées, il est possible qu'elles n'aient pas atteint le seuil nécessaire pour noter des changements dans l'utilisation des données. Les obstacles à l'utilisation des données ont été classés en catégories selon les problèmes de qualité des données réels ou perçus, l'absence de culture d'utilisation des données, les défis liés aux ressources humaines, ainsi que le manque de supervision et de coordination.

Problèmes de qualité des données réels ou perçus

La qualité des données est une considération élémentaire. Bien qu'elle ait été améliorée, elle continue d'expliquer en partie la faible utilisation des données. Les menaces planant sur la qualité des données sont abordées dans l'Encadré 1. Alors que certaines personnes sondées ont fourni des exemples de problèmes liés à la qualité des données qu'elles ont pu rencontrer, certaines avaient le sentiment que les améliorations réelles n'avaient pas été bien promues et que, par conséquent, les parties prenantes portaient toujours du principe que les données étaient de mauvaise qualité. Un répondant issu du gouvernement a ainsi déclaré : « On entend souvent qu'en Côte d'Ivoire, les données ne sont pas fiables. » Par ailleurs, alors que les échéances sont davantage respectées, le respect des délais impartis pourrait être amélioré davantage. Comme l'a souligné un participant issu du gouvernement : « Donc, le plus gros problème ... [est] la promptitude qui s'est améliorée mais qui n'a pas encore atteint le niveau optimal. Par conséquent, déjà, cette situation crée un petit frein à l'utilisation systématique des données qui sont dans la plateforme. » Il existait également certaines inquiétudes quant au fait que le SIS national ne contienne pas tous les indicateurs du PEPFAR, ce qui a abouti à la création de systèmes de notification complémentaires/parallèles, comme nous l'avons signalé plus haut. Cela incluait notamment la priorisation d'outils Excel développés pour appuyer les réunions de validation des données.

Culture de l'utilisation des données

Les personnes interrogées ont indiqué que le système n'était souvent pas optimisé, comme l'a démontré le fait qu'il n'y ait pas encore de culture d'utilisation des données à tous les niveaux. Certains ont déclaré que seuls les indicateurs au niveau national exigés par les bailleurs de fonds étaient utilisés. En outre, les indicateurs de niveau inférieur étaient très peu abordés, tout comme les raisons expliquant certains succès ou défis ou la raison pour laquelle les résultats étaient faibles au niveau des districts. Un des répondants non-issu du gouvernement a donné l'explication suivante : « On a un tableau de bord au niveau de la

direction régionale qui est vraiment très faiblement utilisé seulement parce qu'on n'extrait que les informations relatives aux objectifs globaux, pas spécifiques. » Certains répondants ont mentionné que les données étaient principalement utilisées par les partenaires et non pas par les établissements sanitaires existants. Ils avaient également le sentiment que la faible utilisation des données avait abouti à une incompréhension entre l'utilisation et la présentation des données et que certaines personnes assimilaient la présentation à l'utilisation. Bien que les données aient été analysées et présentées, elles n'ont pas servi à grand-chose d'autre, que ce soit en matière de prise de décision ou d'amélioration des systèmes de santé. Un répondant non-issu du gouvernement a déclaré :

En termes d'analyser et de présenter, cela existe à tout moment. Maintenant, qu'est-ce qu'on en fait ? C'est là où se trouvent encore des défis majeurs. Les défis qui existent c'est qu'aujourd'hui, quand tu prends au niveau des structures même qui sont au niveau périphérique, en dehors du VIH, grâce au soutien des partenaires, bénéficie des revues des données, je ne vois pas très souvent les structures eux même s'asseoir pour faire une revue carrément de leurs données des activités. Je n'en vois pas très souvent or tout ce que nous captions doit pouvoir être analysé pour pouvoir prendre des décisions.

Cette citation met en avant deux problèmes. Le premier est que lorsque des données sont présentées, il n'y a pas forcément d'analyse approfondie des raisons expliquant le degré de performance faible (ou élevé) observé dans certains domaines sanitaires essentiels. L'autre est que les données sanitaires n'étant pas liées au VIH ne sont peut-être pas examinées de manière aussi rigoureuse, en raison d'un manque d'intérêt ou de ressources.

La même personne a laissé entendre que le système n'était pas optimisé en raison du manque d'intérêt affiché aux niveaux inférieurs. L'absence d'une culture d'utilisation des données à tous les niveaux, pas seulement dans les niveaux inférieurs, a été mentionné par un autre répondant qui a expliqué que l'utilisation des données était quelque chose de relativement nouveau, et par conséquent d'insuffisamment développé. Pour promouvoir cette culture, cette personne a déclaré que davantage d'individus devaient être formés à l'utilisation des données au-delà du fait de présenter des données dans le cadre de réunions. Un répondant non-issu du gouvernement a donné l'explication suivante : « Auparavant, nous n'avions pas de données mais maintenant que nous en avons, nous devons les utiliser. Nous avons des personnes formées à la collecte et à l'utilisation des données. Passer des données à l'action est un aspect sur lequel nous devons nous pencher. » Un autre avait le sentiment qu'outre les formations, un changement de culture devait avoir lieu quant à l'importance des données à tous les niveaux. Certaines personnes sondées étaient agacées de ne pas pouvoir mobiliser le personnel des niveaux inférieurs pour davantage l'impliquer dans les pratiques d'utilisation des données. Par exemple, un répondant non-issu du gouvernement a déclaré : « On sensibilise les gestionnaires fonctionnaires, mais ils ne saisissent pas [de données]... Ils saisissent quand ils le veulent et ils trouvent les arguments comme quoi l'ordinateur est hors d'usage, alors que l'ordinateur n'est pas hors d'usage, ils ne veulent pas saisir. On a beau sensibiliser. »

Ressources humaines

Bon nombre de personnes sondées ont souligné le manque de capacités et de ressources humaines comme un obstacle à l'utilisation des données, qui peut être aussi lié au fait que la culture de l'utilisation des données en est à ses balbutiements. Ils ont le sentiment qu'il y a souvent un manque de personnel pour analyser les données. Certains ont indiqué qu'il n'y avait pas suffisamment d'agents du personnel pour appuyer le processus de collecte et d'utilisation de données ou que le personnel était disponible mais pas formé. Un répondant non-issu du gouvernement a ainsi déclaré :

Il y a nécessité d'avoir vraiment des ressources humaines qui vont être dédiés à l'élaboration des rapports. Cela permet de suivre le prestataire pour voir est ce qu'à la fin de la journée, ce qu'il a bien rempli l'outil Il faut donc des gens qui vont permettre de capter ces informations-là, faire le rapport et aussi pouvoir les accompagner dans l'analyse de la qualité des données. Cela manque énormément.

Parmi les personnes sondées, certaines avaient le sentiment que même lorsque les individus étaient formés au S&E ou à la collecte de données, seule une faible proportion était formée à l'utilisation des données. Un répondant issu du gouvernement avait le sentiment que, par conséquent, « les travailleurs sont quant à eux surexploités et c'est cela le vrai problème. Sinon, nous savons qu'il y a des données qu'il faudrait analyser ». Ce problème du faible nombre d'agents formés existe à tous les niveaux, notamment au niveau national. Dans certains cas, il n'y a qu'un seul agent du personnel formé à la collecte et à l'utilisation des données. Dès lors, si cette personne n'est pas disponible, aucun progrès n'est réalisé.

Manque de supervision et de coordination

Un grand nombre de répondants convenaient que certains des problèmes liés à la faible utilisation des données provenaient du manque (ou des faibles niveaux) de supervision et de coordination des différents aspects du processus de collecte de données. Ils ont suggéré que le manque de supervision et de coordination n'avait pas permis de résoudre les dilemmes rencontrés sur le plan des ressources humaines et avait même abouti à une sous-utilisation du logiciel SIS et à la mauvaise qualité des données. Un répondant non-issu du gouvernement a expliqué que bien qu'il y ait une supervision, celle-ci est insuffisante et manque de transparence. Cette personne avait le sentiment que si des attentes étaient fixées à chaque niveau et intégrées dans les évaluations professionnelles, les superviseurs veilleraient à ce que des données de qualité soient recueillies. Cette personne a déclaré :

Si aujourd'hui le ministère à travers ces structures a assigné des résultats qu'on pourrait réaliser par exemple au niveau central ou régional, et au niveau périphérique, il est clair que les choses se feront. Comme la supervision, si l'on vous dit que vous devez superviser au moins 75 pour cent et que cela fait partie par exemple de votre évaluation, vous allez superviser les gens. Donc j'avoue que l'utilisation [des données] est un véritable problème. »

Cela montre à quel point il doit y avoir une obligation de rendre des comptes à travers le système de santé pour veiller à ce que le personnel prenne des décisions éclairées par les données à tous les niveaux.

Interventions axées sur le SIS et le système de santé

Il a été demandé aux personnes sondées de s'exprimer sur le rôle d'autres fonctions du système de santé dans la réussite de diverses interventions liées au SIS. Dans la mesure où le SIS n'est qu'un élément constitutif du système de santé, la réussite des interventions y étant liées dépend de la force du système dans son ensemble. Les personnes sondées ont souvent mentionné d'autres fonctions du système de santé lorsqu'il leur a été demandé de s'exprimer sur la manière dont les interventions liées au SIS affectaient le dépistage du VIH, le traitement et la charge virale. Par exemple, quand on lui a demandé comment les interventions SIS affectaient le test de charge virale, un répondant non-issu du gouvernement s'est focalisé sur l'importance d'avoir davantage de laboratoires avec des techniciens formés pouvant mener ce test : « Au niveau de l'offre de la charge virale, les techniciens de laboratoires aujourd'hui sont formés (...). Avant, (...) pour avoir une charge virale envoyer les échantillons jusqu'à Abidjan. Mais aujourd'hui on le fait sur place et ça permet que l'offre de service au niveau de la charge virale... » Elles avaient le sentiment que les ressources humaines, la gouvernance, la disponibilité des médicaments et des vaccins, et les pratiques de prestation de services affectaient la mise en œuvre et l'utilisation des interventions SIS à des degrés divers. Elles ont également reconnu que les améliorations des diverses fonctions des systèmes de santé n'ont pas eu lieu de manière cloisonnée et qu'une amélioration de l'une d'elle pouvait entraîner d'autres ailleurs.

Ressources humaines

Bon nombre de personnes interrogées ont indiqué qu'une intervention était couronnée de succès grâce aux efforts concertés visant à former le personnel de santé à l'utilisation des diverses interventions et à la création de nouveaux rôles relatifs à l'utilisation de l'outil SIS. « D'abord, il faut dire que la réussite de

toute activité repose sur les ressources humaines », a déclaré un représentant régional d'un partenaire non-gouvernemental.

Entre la formation et la création de nouveaux rôles, davantage de répondants ont discuté de l'impact des sessions de formation sur la réussite des interventions. La capacité du personnel à divers niveaux a été renforcé et des formations ont été organisées pour les membres du personnel en fonction de l'intervention SIS. Les personnes interrogées avaient le sentiment que ce dispositif améliorerait la qualité de leurs rapports et les services disponibles, et dans certains cas, élargissait la gamme de services fournis. Un autre répondant avait le sentiment que l'introduction de DHIS2 avait abouti à l'identification de lacunes dans la capacité du personnel de santé et que la formation de ces agents avait amélioré leur travail. Un répondant non-issu du gouvernement a déclaré :

Je pense que c'est le logiciel qui a permis de capter cette information là et après analyse il s'est trouvé qu'il [un membre du personnel] avait besoin de formation qui va être très rapidement corrigé. Donc pour moi, je pense que ces logiciels-là permettent quelque part de pouvoir résoudre des problèmes quand les analyses sont faites.

Dans certains districts, des rôles comme chef du S&E ont été créés spécifiquement dans le cadre de l'intervention SIS.

Bien que bon nombre de personnes interrogées aient noté les aspects positifs des ressources humaines, à peu près le même nombre d'individus avait décelé des problèmes liés à ce domaine. Certaines personnes sondées avaient le sentiment qu'il existait un manque de personnel qualifié, causé principalement par le manque de financement et la surcharge de travail du personnel actuel. Ils ont également suggéré que les faibles nombres d'agents étaient dus à des problèmes de financement. Ils avaient le sentiment que la création de nouveaux rôles n'avait pas eu lieu au sein de toutes les structures sanitaires et que ceux-ci devaient dépasser le cadre de l'analyse de données. Comme l'a souligné un participant issu du gouvernement :

...il n'y a pas assez de personnel pour les prestations en général, et exclusivement du personnel dédié à la gestion de l'information sanitaire. A ce niveau, ils sont en nombre insuffisant. Il n'y a pas longtemps que l'outil informatique est utilisé dans le traitement de l'information sanitaire. C'est difficile aujourd'hui d'avoir un CSE [conseiller suivi et évaluation]. Les ressources humaines manquent.

Le sentiment général est que la formation doit être continue, étant donné le problème de rotation des effectifs abordé plus haut. Les répondants ont fait part d'une pénurie d'agents formés et lorsqu'ils disposaient d'une personne formée, une menace pesait sur l'utilisation continue du système électronique de collecte de données si celle-ci était transférée, malade ou en congé maladie. Ces lacunes en matière de ressources humaines ont des répercussions sur l'utilisation du SIS, ainsi que sur la promptitude, la disponibilité et la qualité des données produites par ce système.

Un répondant non-issu du gouvernement a également déploré la manière dont les ressources humaines étaient réparties à travers le territoire et avait le sentiment que cette répartition n'était pas équitable pour l'ensemble des régions du pays. Il parlait spécifiquement des cliniciens mais même dans leur cas la répartition peut également affecter l'utilisation du SIS, dans la mesure où dans bon nombre d'établissements ce sont eux les responsables de la collecte et de la transmission des données. Il a notamment déclaré :

...on se rend compte que la répartition des ressources humaines n'est pas conforme à celle définie par l'OMS [Organisation mondiale de la santé], car ces ressources sont concentrées au Sud, dans la capitale mais à l'intérieur du pays nous ne retrouvons pas ce même effectif. Il n'y a pas d'équilibre entre les ratios, ce qui impacte négativement l'accessibilité des patients aux prestataires de santé.

Certaines raisons expliquent cette répartition inégale, notamment la densité démographique plus importante et les besoins sanitaires plus élevés. Néanmoins, cette situation est problématique lorsque l'on essaie de réaliser des objectifs sanitaires équitablement sur l'ensemble du territoire. Cela donne également aux prestataires de soins d'autres localités l'impression que leur région est négligée, cela pouvant affecter le moral et la productivité du personnel.

Gouvernance et leadership

La gouvernance et le leadership ont été mentionnés par les répondants comme des aspects importants de la mise en œuvre et de la réussite de toute intervention relative au SIS. Il n'est pas surprenant de relever des opinions diverses quant à la manière dont cette situation a été gérée en Côte d'Ivoire. Les personnes sondées ont indiqué que le leadership affiché par le gouvernement et l'apport des outils, équipements et ressources nécessaires avaient facilité la mise en œuvre aboutie des activités liées au SIS. Un répondant issu du gouvernement a livré une réponse détaillée s'agissant des éléments à réunir pour exercer un leadership fort :

Pour le leadership, il faut quand-même avoir un environnement qui soit favorable, il faut avoir des dispositions administratives qui le permettent parce que si vous êtes chef d'un district sanitaire, et que vous ne partagez pas la vision de votre district avec vos collaborateurs, vous ne pouvez pas être un leader ; parce que c'est quand vous partagez la vision du district et que cette vision entraîne une adhésion de vos collaborateurs qu'ils vous suivent. Donc, je pense que c'est l'environnement de travail qui renforce le leadership. Si vous êtes opaque, vous ne serez pas un bon leader parce que vous ne pouvez pas entraîner le personnel avec vous. C'est quand vous êtes transparent, vous déléguez des tâches, vous motivez vos initiatives, vous encouragez les bonnes pratiques que les choses se développent et y a un certain nombre de facteurs qui renforcent le leadership.

Deux personnes interrogées travaillant avec la plateforme DHIS2 ont laissé entendre qu'une bonne gouvernance se manifestait par l'engagement du gouvernement et l'enthousiasme à mettre en œuvre le

Ils étaient vraiment intéressés pour que ça aille vite et on allait adapter aussi en fonction des nouvelles directives (...) Tout cela avait vraiment créé un engouement autour de l'utilisation (...) Tout le monde était vraiment mobilisé pour le déploiement de la plateforme et le déploiement a vraiment connu un succès.

Ce répondant considérait qu'il y avait un leadership fort pour réaliser ces activités et avait listé les directives spécifiques transmises par le MSHP pour permettre aux partenaires techniques de mener à bien les diverses initiatives liées au SIS comme exemples de ce leadership. Toutefois, certains répondants non-affiliés au gouvernement pensaient que le leadership et la vision au niveau national faisaient un peu défaut, une personne indiquant que la lutte contre le VIH n'était pas la priorité du ministère et qu'il était difficile d'attirer son attention. Il était également manifeste que la décision de mettre en œuvre les diverses interventions liées au SIS venait du niveau central ou national et il était attendu des districts qu'ils suivent la directive. Comme l'a souligné un participant issu du gouvernement lorsqu'il lui a été demandé de s'exprimer sur l'apport du district dans l'utilisation des diverses interventions : « Le district n'a pas son mot à dire. On dit venez-vous faire former, voilà le nouveau logiciel que vous devez utiliser pour les saisies. Ça vient du bureau central. » Cependant, d'autres ont parlé plus spécifiquement du leadership au niveau régional ou à l'échelle des districts, qui était favorable aux interventions liées au SIS une fois qu'il avait été décidé au niveau central de les mettre en œuvre.

Certaines personnes interrogées percevaient des défis liés à la gouvernance. Un répondant trouvait que la mauvaise gestion d'une intervention suscitait un manque d'intérêt de la part des agents du personnel. Par conséquent les capacités du personnel n'étaient pas optimisées. Un répondant non-issu du gouvernement a affirmé : « ...il y a peut-être un mauvais management des directeurs de sites de leurs employés qui poussent plus ou moins les gens à ne pas s'exprimer véritablement. Donc on ne peut pas vraiment savoir

si cette personne X ou cette personne Y maîtrise véritablement l'outil ... ». Ce répondant a également reconnu que cela ne constituait pas un problème dans tous les établissements ou districts.

Certaines personnes interrogées étaient également préoccupées par la mauvaise gestion des ressources. Par exemple, un répondant non-issu du gouvernement a discuté du soutien financier reçu auprès des PMO mais a souligné qu'en arrivant dans les sites, l'équipement et le matériel requis n'étaient pas toujours disponibles.

L'aspect négatif c'est que le partenaire met à notre disposition des fonds pour la mise en place d'un certain nombre qui vont nous faciliter le travail mais une fois sur le terrain, nous constatons souvent avec la plus grande tristesse que ces outils sont inexistantes. Ce qui veut dire que les fonds alloués pour l'achat de certains outils sont soit détourné ou sont mal gérés de sorte que les outils manquent sur le terrain.

Cette mauvaise gestion a été observée à tous les niveaux du système de santé. Un autre répondant a approfondi en expliquant que parfois les fonds ne sont pas distribués de manière égale au sein du secteur de la santé, cela affectant la répartition équitable des prestataires de soins et des ressources nécessaires au niveau du pays.

Disponibilité des médicaments et des vaccins

Bon nombre de personnes interrogées mesuraient le degré de réussite par la capacité à utiliser les outils SIS pour prédire la demande en médicaments sur la base du nombre de patients actifs. La disponibilité des médicaments faisait partie intégrante de la lutte contre l'épidémie de VIH et la suppression de la charge virale. Une prédiction précise garantirait que les quantités correctes de médicaments soient exigées auprès du dépôt central, et le fait de les distribuer dans des délais raisonnables aux établissements pourrait éviter des ruptures de stocks. Un répondant non-affilié au gouvernement a décrit le travail avec un PMO : « ...on a un outil qu'on renseigne aussi et qui nous permet de savoir les zones où il y a des ruptures de médicaments et les zones où il y a des surstocks. Puis rapidement on comble le déficit. On en prend de l'autre côté et on ravitaille le site qui était en manque ».

Les personnes sondées ont également signalé plusieurs problèmes liés à la disponibilité des médicaments et des vaccins et souligné que parfois ils ont pour origine une mauvaise gestion. Un répondant non-issu du gouvernement a expliqué que la mauvaise gestion aboutissait à des ruptures de stocks ou à un surplus de médicaments risquant d'expirer. Cette personne a mis en avant la nécessité de :

Une meilleure répartition des ressources, mais les ressources peuvent ne pas être seulement l'argent, mais je veux dire en termes de distribution de médicaments sur l'étendue du territoire, et puis la gestion même de ces médicaments. Parce que ce n'est pas normal qu'il des ruptures sur un site alors que dans d'autres sites on a des péremptions ou des risques de péremption des médicaments.

Certaines personnes interrogées ont indiqué qu'il y avait parfois des pénuries de produits ou de médicaments, notamment pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Deux personnes sondées ont expliqué que cela pouvait amener les établissements à gérer leurs stocks de médicaments avec parcimonie, affectant ainsi la continuité des soins. Elles considéraient que les établissements retenaient parfois des réapprovisionnements en médicaments plus importants et à plus long terme pour les patients car ils s'inquiétaient des ruptures de stocks. Cette crainte a également été citée comme un obstacle à la mise en œuvre des politiques nationales de lutte contre le VIH. Un répondant non-affilié au gouvernement a fait part de ses inquiétudes quand il s'agit d'essayer simultanément de demeurer fidèle à la politique *Test and Start* et au modèle de soins différencié. Ce modèle cherche à réduire la fréquence de visites cliniques et à augmenter l'approvisionnement en ARV d'un à trois mois pour les patients dont le statut clinique ne requiert pas une consultation individuelle :

Au niveau des nouvelles politiques, si on prend le Tester-Traiter, en même temps que la personne connaît son statut positif il faut bien le traiter. (...) on parle de modèle de soin différencié : les patients stables ont un certain nombre de médicaments qu'on doit donner. Il se trouve que pour les sites ils ne veulent pas justement pratiquer le modèle de soin différencié, parce que normalement quand le patient est stable on doit lui donner un certain nombre de médicaments pour qu'il puisse ne pas revenir tout le temps. Mais malheureusement parfois on lui donne pour un mois, parce qu'ils ont peur des ruptures de stock.

Cette situation souligne à quel point toutes les fonctions du système de santé sont interconnectées en ayant un système qui suit les médicaments en circulation, un système de distribution de médicaments, et une politique en place pour contribuer à l'amélioration des résultats chez les personnes vivant avec le VIH. Dans pareil cas, les patients stables encourent un risque de non-observance s'ils doivent revenir à la clinique chaque mois pour leurs médicaments plutôt que tous les trois mois.

Financement de la santé

Certaines préoccupations relatives au financement de la santé ont été abordées plus haut dans la section intitulée « Pérennité des interventions ». En outre, deux répondants ont spécifiquement suggéré que le financement avait contribué à la réussite des interventions en facilitant l'embauche de personnel, l'acquisition d'équipement et les sessions de formation ultérieures. Une des personnes interrogées a également suggéré que le financement apparaissait à différents stades de l'intervention. Un participant issu du gouvernement a déclaré :

Il faut dire également qu'on a eu l'apport de certains partenaires financiers. Même ceux qui n'étaient pas au fond du projet dans ses débuts, au niveau de la mise en œuvre, on a vu certains qui de façon systématique, ont utilisé leurs ressources pour que cette plateforme soit déployée dans leur zone d'appui ou également certains qui ont mis à disposition du matériel pour la mise en œuvre de DHIS2.

Les personnes interrogées avaient le sentiment que le financement était également une source de défis en matière de mise en œuvre pour plusieurs raisons. Certaines nous ont expliqué que le financement était nécessaire pour tous les aspects des interventions liées au SIS, notamment l'équipement, les besoins en termes d'infrastructure, les médicaments, les ressources humaines et la prestation de services. Toutefois, les fluctuations dans le domaine du financement ont ralenti la mise en œuvre de certaines interventions. Un répondant non-affilié au gouvernement au fait du fonctionnement de la plateforme DHIS2 a déclaré :

Je crois que pour le DHIS2 on a pris du temps pour acheter les servers. Il fallait les acheter et après il fallait former les gens, il fallait avoir l'argent. Donc le processus de DHIS2 a pris du temps, ne serait-ce que pour l'acquisition du matériel. Et après, une fois qu'on l'a eu, pour mobiliser les financements pour les formations, cela a pris du temps.

Un autre répondant non-affilié au gouvernement a approfondi en expliquant qu'en outre les ressources financières inadéquates, certaines personnes interrogées mentionnaient l'existence de certains retards dans le déboursement des fonds, qui engendraient à leur tour d'autres retards. Cette personne a déclaré « les prestations des bailleurs de fonds et les achats du gouvernement peuvent ainsi être retardés ». Un répondant a également suggéré que les retards en matière de financement étaient la conséquence d'une sur-dépendance par rapport aux fonds externes. Cette personne non-affiliée au gouvernement a déclaré : « qu'on soit beaucoup trop dépendant de l'extérieur » en ce qui concerne les ARV et la mise en œuvre des interventions liées au SIS. Il semble y avoir un malaise quant au fait de s'appuyer sur le Fonds mondial ou le PEPFAR pour financer bon nombre de ces interventions. Mais même avec cet appui substantiel, les répondants trouvaient malgré tout qu'ils étaient à court de financement.

Prestation de services

Quelques personnes sondées trouvaient que les interventions liées au SIS avaient amélioré la prestation de services, soit un élément essentiel pour retenir les personnes en traitement et parvenir à une suppression virale. Un répondant issu du gouvernement pensait que DHIS2 lui avait donné accès à des données utilisées pour prendre des décisions éclairées quant à la prestation de services. Cette personne a déclaré :

Il y a une meilleure prestation de services de santé grâce à cette application en ce sens que l'analyse des données se fait facilement avec DHIS2. On peut facilement faire l'analyse des données de CPN [consultations prénatales] par exemple, l'analyse des données du VIH pour voir les bonnes performances et prendre des décisions pour pouvoir agir sur les prestataires ou les supervisions. Donc de façon indirecte, le logiciel peut avoir une influence sur la prestation des différentes structures.

Une autre personne a donné de plus amples détails en expliquant que les outils du SIS lui permettaient de déterminer les lacunes dans la prestation de services, cela aboutissant à une redistribution des rôles du personnel de santé pour remédier à cette situation.

Il est important de constater que certaines personnes interrogées trouvaient que le manque d'intégration des divers outils du SIS utilisés affectait les efforts déployés dans le domaine de la prestation de services. Bien que dans certaines structures, tous les outils du SIS aient été disponibles, un répondant avait le sentiment que les outils utilisés dans les différents établissements et districts « ne communiquaient pas les uns avec les autres ». L'utilisation des outils du SIS de manière isolée a abouti à des doublons dans le suivi des patients et parfois à la mauvaise utilisation des ressources limitées disponibles. Ce répondant non-affilié au gouvernement a livré l'explication suivante : « C'est vrai qu'il y a le SIGDEP mais on a la même personne dans la file active à Dimbokro, on a la même personne à Abidjan, la même personne à Korhogo. Cela fait qu'à la fin on a cinq personnes, alors qu'en réalité c'est la même personne qui marche. [vers chacune de ces cliniques]. » Pour remédier à la situation, cette personne a suggéré qu'un système de codage par identifiant unique soit utilisé au niveau national, ce qui permettrait aux prestataires de soins de mieux suivre les patients. Ce répondant a ensuite expliqué que cela serait important lors du suivi des cas de VIH de manière à ce que « cette personne-là, demain si elle est VIH positive puisse conserver son même numéro ; même si on peut avoir un code partiel et que demain s'il va ailleurs que ce soit le même numéro qui le suit pour éviter tout ce qu'il y a comme comptage et autres, qui peut être un frein à la prise de décision. »

Facteurs contextuels

Les personnes sondées ont discuté de bon nombre de facteurs contextuels importants à envisager au moment de pondérer la réussite des investissements SIS au cours des 10 dernières années, notamment l'appui des bailleurs de fonds et les partenariats, les politiques et les infrastructures gouvernementales, l'environnement et le climat politique. Bien que tous les répondants n'aient pas discuté de chaque facteur en détail, ils convenaient pour la plupart que tous les facteurs contextuels exerçaient une influence sur les résultats, étaient interdépendants et devaient être pris au sérieux. Ces sujets sont abordés dans la section suivante.

Bailleurs de fonds et partenariats

Le thème des relations compliquées qu'entretiennent le gouvernement et ses partenaires décrit dans la section précédente a été considéré comme un facteur contextuel important. Les relations entre les bailleurs de fonds et les partenaires étaient perçues comme fondamentales, dans la mesure où bon nombre des interventions SIS ne pouvaient être mises en œuvre sans elles. Néanmoins, cela signifiait aussi que les bailleurs de fonds exerçaient une influence considérable sur ce qui, d'après eux, devait constituer la priorité du pays. Un répondant a affirmé que le VIH n'était pas la priorité du MSHP mais celle du

PEPFAR, soit un exemple de la manière dont les priorités nationales et internationales peuvent ne pas être alignées. Cependant, les bailleurs de fonds ont financé l'achat d'ordinateurs, d'équipements, l'organisation d'ateliers de formation, les mises à jour des logiciels et la connexion à l'Internet. D'autres participants ont mis en avant l'importance de l'appui technique des bailleurs de fonds et des partenaires en dehors du financement. Les bailleurs de fonds et les partenaires ont mis en commun leurs compétences et leur expertise allant de la mise en œuvre d'interventions similaires dans d'autres régions au développement des systèmes SIS. Un répondant issu du gouvernement a expliqué que cela avait renforcé le système et « aidé à améliorer le rapportage c'est-à-dire la promptitude et la complétude ».

Certains répondants s'inquiétaient de l'exclusion de certaines parties prenantes clés dans le domaine de la santé, principalement le secteur privé et des groupes communautaires. Un répondant non-affilié au gouvernement nous a confié qu'il y avait une répartition inégale des interventions liées au SIS entre les secteurs public et privé, et le secteur privé est souvent laissé pour compte. Cette situation affecte la réussite du système dans la mesure où si « moi je ne bénéficie pas [en tant qu'acteur du secteur privé], donc je ne vois pas l'intérêt pourquoi je m'intéresserais à telle ou telle chose [des interventions SIS] ». Ainsi, le secteur privé ne serait aucunement incité à participer à l'amélioration du système de santé s'il n'était pas inclus dans la planification et les discussions entourant l'amélioration du SIS. Un répondant non-affilié au gouvernement a noté à quel point il était important d'inclure les parties prenantes issues du secteur privé dans le développement de la politique nationale. Un tel dispositif permet d'obtenir le soutien du secteur privé et encourage sa participation même s'il ne finance pas les bénéficiaires. Et ce répondant de poursuivre son explication : « Si l'orientation vers le secteur privé de la santé ne sent pas ou n'est pas suffisamment pris en compte dans la politique gouvernementale et de l'orientation au niveau de la santé, cela peut avoir un impact. Parce qu'on ne se sent pas trop pris en charge. Quand on regarde même dans le PNDS [Plan national de développement sanitaire] etc., on n'est pas suffisamment pris en charge donc cela fait que ça peut agir de manière négative ».

Les agents communautaires pensaient également être exclus de bon nombre d'interventions liées au SIS. Et un répondant non-affilié au gouvernement de déclarer : « Alors aujourd'hui quand vous prenez certains logiciels comme le DHIS2 et OPEN ELIS [Système d'information électronique de laboratoire], les communautaires n'ont pas accès à ces outils, on ne sait même pas comment cela se passe ». Toutefois, on estimait que les agents communautaires devaient savoir comment fonctionnaient ces systèmes et avoir accès aux données, dans la mesure où ils font partie intégrante de la lutte contre l'épidémie de VIH.

Politiques et infrastructures gouvernementales

La politique nationale a également été citée parmi les facteurs contextuels. Les personnes sondées considéraient que le facteur le plus influent était lié au fait qu'une politique soit traitée comme une priorité par le gouvernement. Elles ont expliqué que pour que les politiques sanitaires soient mises en œuvre et connaissent une certaine réussite, elles devaient constituer des priorités pour le gouvernement. Un répondant issu du gouvernement a souligné que « dans la politique gouvernementale, si la santé occupe une place de choix, c'est sûr que le secteur santé sera de qualité ». De telles politiques peuvent clarifier les stratégies employées lors de la mise en œuvre des procédures essentielles au système de santé. Un répondant non-issu du gouvernement a décrit la situation en ces termes : « je pense que toute initiative d'abord son succès part d'abord d'une politique, et je pense qu'il faut que ...l'Etat [gouvernement national] puisse adopter la politique de pouvoir intégrer le VIH dans la mise en œuvre des activités pour que tout ce qui suit puisse vraiment se faire avec succès ».

Cette personne a ensuite expliqué que les politiques pouvaient redonner le moral aux effectifs, comme cela avait été le cas avec des politiques antérieures. D'autres ont convenu du fait que la politique pouvait redresser le moral du personnel de santé et promouvoir l'engagement continu des effectifs. Certaines personnes interrogées ont mentionné la feuille de route ayant été développée par le MSHP pour aider le

personnel de santé à comprendre ses contributions au sens large au système de santé. Comme l'a souligné un participant n'étant pas issu du gouvernement :

On avait l'impression que l'activité VIH était l'affaire des partenaires mais depuis maintenant je dirai six mois et tout récemment avec la feuille de route, le contexte a changé. Parce qu'avant quand mes collaborateurs allaient sur un site que, quand un prestataire a été formé et ne mène pas l'activité, comme je l'ai dit au début de l'entretien, tu n'avais pas d'autres moyens et donc même le directeur départemental je le vois mais... Mais depuis que la feuille de route a été donnée et qu'ils sont tenus par des objectifs et qu'ils seront évalués à la fin du trimestre notamment le trimestre dans lequel on était juillet-août-septembre, je vous assure que les choses ont commencé à bouger véritablement.

Une autre personne a expliqué que les politiques, en particulier la feuille de route, pouvait contribuer au déboursement adéquat des fonds dans la mesure où la politique fournit des directives portant sur les objectifs de renforcement du système de santé. Si la politique n'est pas suivie, il est également important d'appliquer les sanctions nécessaires.

Climat politique

L'environnement et le climat politique du pays ont également été mentionnés comme des facteurs contextuels très importants pouvant avoir des effets positifs et négatifs sur le système de santé. Le climat politique est influencé par les personnes au pouvoir, et les changements dans le leadership politique national aboutissent souvent à des changements dans les postes occupés au sein des ministères clés. Certains individus au niveau du Ministère peuvent œuvrer comme des défenseurs d'interventions spécifiques liées au SIS et peuvent faire avancer le processus de planification et de mise en œuvre. Une intervention peut être retardée de manière considérable si ce défenseur est perdu. Et un répondant affilié au gouvernement d'expliquer : « La volonté politique a été d'un apport important dans la mise en œuvre des programmes parce que les décisions sont prises par l'administration centrale avant d'être exécutées ». Un climat politique positif améliorera ainsi la mise en œuvre d'une intervention.

À l'inverse, les personnes sondées étaient parfaitement conscientes de la manière dont l'agitation politique peut totalement perturber la vie civile, notamment la prestation de soins de santé. Un répondant non-affilié au gouvernement s'est remémoré la crise politique de 2010 :

Quand je pense à la crise que nous avons vécue ici en 2010, la situation a été très difficile en tout cas dans notre zone [de santé] particulièrement, pour les activités, pour les interventions et tout ça, et donc la crise est une chose qu'on ne souhaite pas parce même pour la dispensation des ARV ça été très difficile ici. Heureusement que en tout cas dans la zone la période chaude a vraiment duré entre trois et cinq jours ; mais si ça avait duré plus ç'allait être difficile pour les patients et en même temps pour la collecte de données. Mais ça duré trois à cinq jours et on a permis en tout cas à tous les prestataires de santé de pouvoir vaquer à leurs occupations.

La crise a affecté tous les aspects du système de santé : des ordinateurs ont été saisis, des ressources ont été perdues, la prestation de services a été ralentie ou suspendue et l'utilisation des outils du SIS a été interrompue. Elle a désorganisé le système de santé, et même si les patients cherchaient à obtenir des soins, aucun dossier de patient n'était disponible. Un répondant affilié au gouvernement nous a livré l'explication suivante : « J'ai fait la zone CNO (Centre Nord-ouest). Quand vous êtes dans ces zones personne n'a aucune information en matière de santé sur vous et cela affecte profondément le SIS. » Ils ont tous convenu que la stabilité politique était un élément crucial. Par conséquent, La paix est donc nécessaire pour la poursuite des activités dans la quiétude ».

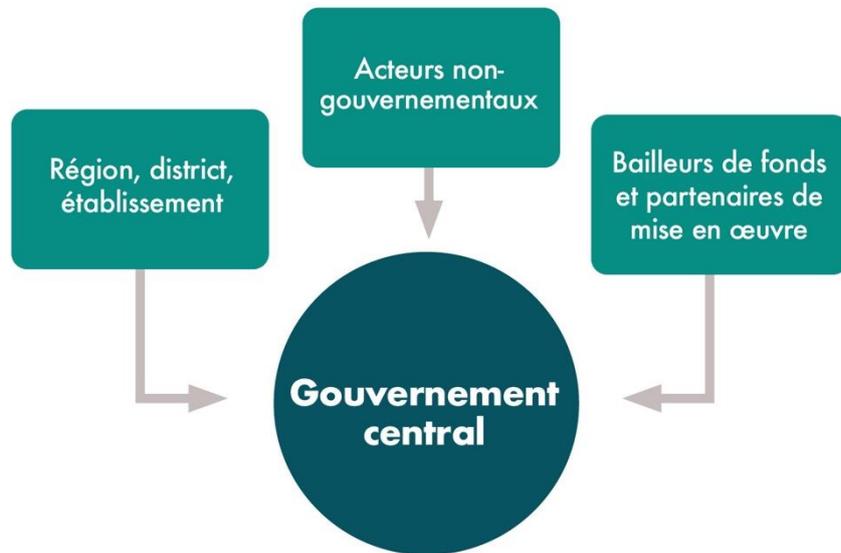
DISCUSSION

En dépit de certaines réserves, le sentiment global chez les personnes interrogées était que le SIS lié à la lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire avait connu des améliorations spectaculaires au cours des 10 dernières années. La standardisation des indicateurs a permis à l'ensemble des établissements à travers le pays de recueillir les mêmes informations. De plus, la mise en œuvre des interventions PRISM, EQD et EQDR a grandement contribué à la meilleure qualité des données d'indicateurs recueillies. L'adoption des outils électroniques comme SIGDEP 2 et DHIS2 recourant à des plateformes open-source a également accru la disponibilité des données, leur qualité et, dans une certaine mesure, leur utilisation. Bon nombre de changements ont été opérés mais certains problèmes clés subsistent indépendamment de la plateforme utilisée pour la collecte ou la transmission des données. Voici une liste répertoriant quelques points essentiels :

- L'amélioration de la qualité des données est un effort perpétuel. En dépit de certaines améliorations d'envergure, le maintien à jour de données de haute qualité demeure un problème constant. Les parties prenantes clés, notamment issues du gouvernement et des bailleurs de fonds, doivent accepter le fait qu'il s'agisse d'un investissement continu. Malgré toutes les améliorations, bon nombre de défis ont été recensés et doivent faire l'objet d'un examen approfondi.
- Il est difficile de mesurer l'utilisation des données. Certaines personnes sondées ont remis en question l'affirmation du gouvernement selon laquelle le système était sous-utilisé et ne guidait pas la prise de décisions. Toutefois, pratiquement toutes ont convenu que l'évaluation du degré d'utilisation des données était ardue et que bon nombre de cas d'utilisation de données à tous les niveaux du secteur de la santé n'étaient peut-être pas enregistrés.
- Bien que des investissements considérables aient été effectués dans les solutions électroniques nécessitant des achats importants en termes d'équipement informatique, il convient de ne pas négliger d'autres activités essentielles faisant partie de l'amélioration du SIS, notamment la supervision formative. Cet aspect oblige les personnes à consacrer du temps et à se déplacer. Il peut être facile de négliger ces visites mais elles jouent un rôle important dans la rétroaction avec les niveaux inférieurs du système de santé qui peuvent se traduire par des améliorations du SIS dans son ensemble. Ces visites permettent également aux prestataires des niveaux inférieurs de tirer certains enseignements concernant leur rôle au sein du SIS.
- L'élément humain joue un rôle important dans le Modèle de renforcement des systèmes d'information sanitaire, dans la mesure où le SIS ne peut fonctionner sans l'aide d'individus mettant en œuvre ces interventions et utilisant les données pour prendre des décisions éclairées. Cela signifie que les personnes doivent être formées, évaluées, rémunérées, supervisées et informées de la manière dont le système de santé progresse par rapport à la réalisation de ses objectifs.
- Les investissements dans le SIS doivent être placés dans le contexte du système de santé dans son intégralité. Le système de santé compte six fonctions essentielles, comme nous l'avons indiqué en introduction, et les interventions liées au SIS seront affectées par les autres fonctions centrales du système de santé ou influenceront sur elles. Une intervention dans une des fonctions centrales dépend de la qualité du système de santé dans lequel elle intervient. Par exemple, les rôles des agents du personnel en charge de la gestion de données ne sont pas codifiés dans le système de santé. Une fois qu'ils le seront, le MSHP pourra attribuer un poste budgétaire pour faciliter le versement de ces salaires.
- Étant donné la nature des réalisations, un travail de coordination colossal a lieu entre le gouvernement central, les divers niveaux du système de santé public, les acteurs non-

gouvernementaux (par ex. les organisations non-gouvernementales et le secteur privé), ainsi que les bailleurs de fonds et les partenaires de mise en œuvre internationaux (Figure 2). Cela signifie également qu'il y a des tensions entre tous ces acteurs lorsqu'ils essaient de s'attaquer à des priorités parfois distinctes. Celles-ci existent dans tous les programmes en matière de développement et doivent être prises en considération.

Figure 2. Relation entre le gouvernement central et les parties prenantes



- L'interopérabilité entre SIGDEP et DHIS2 est un besoin soulevé par les personnes interrogées auquel MEASURE Evaluation doit répondre à l'aide de son financement. La « culture de l'utilisation des données » dépasse la compréhension du mode d'extraction des données des rapports. Le développement de cette compréhension et de ces compétences existe à certains niveaux, principalement parmi les PMO et à des niveaux supérieurs du gouvernement. Néanmoins, à l'échelle des districts et des établissements, ces aptitudes doivent être renforcées. Les activités de formation portant sur le continuum de l'utilisation des données en Côte d'Ivoire se sont focalisées sur les bénéficiaires au niveau régional et national, tandis que les niveaux périphériques ont eu tendance à exprimer une compréhension plus limitée des principes et des possibilités liés à l'application des données dans la prise de décisions qui pourraient contribuer à l'éradication de l'épidémie de VIH.
- Sur la durée de vie globale du PEPFAR, le secteur privé en Côte d'Ivoire n'a jamais été un axe de travail central en termes de planification et de programmes liés à la lutte contre le VIH. Alors qu'on estime que 50 pour cent de la population cherche à obtenir des soins de santé dans le secteur privé, il s'agit d'un partenaire important pour endiguer l'épidémie. Les représentants du secteur privé ont manifesté leur intérêt dans le cadre de collaborations ultérieures avec le PEPFAR et le gouvernement sur des programmes de lutte contre le VIH.
- Bon nombre de personnes interrogées ont bénéficié de formations au S&E par le passé et ont affiché une compréhension claire des besoins en données SIS à l'intérieur du pays.

RECOMMANDATIONS

- Continuer à financer les efforts déployés en termes d'interopérabilité s'ils n'ont pas encore été menés à bien, en particulier entre les plateformes SIGDEP 2 et DHIS2.
- Encourager des discussions entre les partenaires de mise en œuvre pour simplifier davantage les efforts de collecte de données, réduire le besoin de plateformes de collecte supplémentaires parmi les partenaires de mise œuvre et définir des moyens permettant au gouvernement de partager des données de manière adéquate, à intervalles réguliers et dans des délais raisonnables avec les parties prenantes, telles que les partenaires au sein de la communauté et du secteur privé qui ne contribuent pas à l'apport de données vers la base de données nationale DHIS2.
- Continuer à financer ou à accroître le financement pour la supervision formative jusqu'au niveau des établissements.
- Adopter et financer un poste officiel de gestionnaire de données (ou un poste équivalent) au sein de la structure sanitaire du gouvernement.
- Étudier des moyens d'inclure plus largement le secteur privé dans les efforts visant à éradiquer le VIH.
- Prendre en ligne de compte les avantages du financement de formations approfondies en S&E pour les individus occupant des postes de direction. Même s'ils ne demeurent pas à leur poste actuel, bon nombre d'agents du personnel ayant été formés par le passé opèrent encore sur le terrain dans le domaine de la lutte contre le VIH. Contribuer à une catégorie d'administrateurs sanitaires et de décideurs politiques ayant suivi un tel parcours ne peut qu'aider à endiguer l'épidémie.
- Visualiser la saturation comme l'objectif de développement d'une culture de l'utilisation de données. Les personnes produisant les données au niveau des établissements doivent comprendre la relation entre la collecte de données, les changements programmatiques destinés à améliorer la performance, et l'amélioration des résultats sanitaires à l'échelle de la population locale et au-delà.

CONCLUSIONS

Le SIS de la Côte d'Ivoire a connu beaucoup d'améliorations au cours des dix dernières années mais certains défis restent à surmonter. Ainsi, beaucoup d'efforts ont été déployés pour améliorer la qualité des données et des éléments probants attestent des améliorations obtenues mais cette tâche à réaliser en continue n'en demeure pas moins difficile. Des efforts doivent être déployés sur la durée pour pérenniser ce qui a été réalisé et poursuivre les améliorations du SIS et du système de santé dans son ensemble afin d'éradiquer l'épidémie de VIH. Ce travail de recherche montre clairement qu'il existe un engagement dans le pays en faveur de la qualité et de l'utilisation des données, notamment s'agissant des investissements réalisés à l'échelle des établissements, soit la source reconnue de production de données et la principale influence sur la qualité des données. Les parties prenantes comprennent la nécessité de poursuivre les efforts pour développer une culture de l'utilisation des données qui aboutira à la formation d'un corps de prestataires de soins et de décideurs politiques idéalement placés pour prendre des décisions fondées sur des données probantes dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH. Les parties prenantes à tous les niveaux des programmes de lutte contre le VIH perçoivent l'importance de ces investissements pour le SIS de Côte d'Ivoire et la manière dont ils sont liés à la réalisation des trois 90 pour en fin de compte endiguer l'épidémie.

Il est également essentiel de voir les améliorations du SIS dans le contexte élargi du système de santé global et d'autres facteurs sociaux et politiques pouvant accélérer ou freiner sa réussite. Bon nombre des enseignements tirés en Côte d'Ivoire peuvent aider d'autres pays à différents stades du développement de leur SIS et de l'épidémie de VIH. Par conséquent, il est important de disséminer ce qui a pu être découvert dans ce contexte.

RÉFÉRENCES

Institut National de la Statistique (INS)/Côte d'Ivoire & ICF International. (2012). *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de Côte d'Ivoire 2011–2012*. Calverton, MD, USA : INS/Côte d'Ivoire & ICF International. Tiré de <https://www.dhsprogram.com/publications/publication-FR272-DHS-Final-Reports.cfm>.

Johns Hopkins University & Enda-Santé. (2014). *Étude de la prévalence, de la prévention, et de la prise en charge du VIH chez les populations clés en Côte d'Ivoire*. Johns Hopkins University & Enda-Santé.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2014). *90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Genève, Suisse : ONUSIDA. Tiré de <http://www.unaids.org/en/.resources/909090>

MEASURE Evaluation. (2017). *Strengthening health information systems in low- and middle-income countries—A model to frame what we know and what we need to learn*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Tiré de <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-156>.

MEASURE Evaluation. (2018). *Strengthening Côte d'Ivoire's health information system to combat HIV: Validating data on the effectiveness of interventions*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Tiré de <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-156.resources/publications/tr-18-291>.

Nutley, T., & Li, M. (2018). *Conceptualizing and measuring data use: A review of assessments and tools*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Tiré de <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/wp-18-214>.

University of North Carolina at Chapel Hill (UNC)-LINKAGES & Enda-Santé. (2017). *Cartographie programmatique et estimation de la taille des HSH à Abidjan utilisant la méthode PLACE avancée*. Tiré de <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-cote-abidjan-french-place-april%202017.pdf>.

United States Agency for International Development (USAID). (2015). *USAID's vision for health systems strengthening*. Washington, DC, USA : USAID. Tiré de <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/HSS-Vision.pdf>

ANNEXE A. GUIDE D'ENTRETIEN

[Lire à voix haute] Je vais vous lire une liste des principales interventions liées au SIS ayant été identifiées dans le cadre de l'étude documentaire. Veuillez indiquer si vous avez ou non mis en œuvre cette intervention SIS, en avez été bénéficiaire (par ex. en participant à une formation ou en utilisant un outil développé à travers l'intervention), ou si vous avez entendu parler ou non de l'intervention. Une fois que nous aurons défini quelques interventions vous ayant directement impacté, nous focaliserons notre entretien sur celles-ci.

[Posez les questions suivantes pour l'intervention SIS dont le participant a bénéficié ou que le participant a mise en œuvre]

1. Quelles étaient les activités spécifiques de l'intervention ?
Piste de réflexion : par exemple, s'agissait-il de formations, du développement d'outils, de la création d'un groupe de travail technique, d'une évaluation de la situation actuelle ou du développement d'une procédure ?
2. Pouvez-vous me parler des politiques, stratégies ou directives ayant facilité cette intervention ?
Question de suivi : Quel type de leadership était nécessaire à la mise en œuvre de cette activité ? Un individu défendait-il cette activité ?
3. Pensez-vous que les activités de l'intervention ont été mise en œuvre de la manière escomptée ?
Avez-vous connu des retards ou des situations où les activités n'ont pas été pleinement mises en œuvre ?
4. À votre avis, comment les activités affectent-elles la collecte de données sur le VIH ? Par exemple, ont-elles affecté les formulaires utilisés pour la collecte de données ? Cela a-t-il changé la manière dont les données ont été recueillies (format papier ou électronique) ? Cela a-t-il affecté la fréquence à laquelle les données ont été recueillies ? D'autres moyens ?
5. À votre avis, comment les activités ont-elles affecté la disponibilité et la qualité des données VIH ?
Piste de réflexion : était-il plus facile d'accéder aux données provenant de divers niveaux du système de santé ?
6. Pensez-vous que cette intervention ait abouti à des changements quant à la manière dont les données étaient utilisées ? Comment cela ?
Piste de réflexion :
 - a. Synthèse
 - b. Analyse
 - c. Prise de décisions
 - d. Changements de politiques

7. Des changements ont-ils été observés dans la gestion des données en termes de :
 - a. Flux des données ?
 - b. Pratiques de supervision de la qualité des données ?
 - c. Responsabilité de la gestion des données ?

8. Comment les activités ont-elles affecté les pratiques d'analyse des données ?

Piste de réflexion :

 - a. Comment les responsabilités ont-elles changé ?
 - b. Comment les échéances ont-elles évolué pour faciliter le processus d'analyse ?
 - c. L'activité a-t-elle nécessité le recours à un nouveau logiciel ?
 - d. Le personnel a-t-il acquis de nouvelles compétences afin de travailler avec ces données ?

9. Comment les activités ont-elles affecté la dissémination des informations vers les personnes en ayant le plus besoin ?
 - a. Pouvez-vous me donner un exemple ? Parlez-moi de cet aspect.

10. À votre avis, comment les autres fonctions du système de santé (ressources humaines pour la santé, pratiques en matière de prestation de services de santé, disponibilité de médicaments ou de vaccins, financement de la santé ou gouvernance) ont-elles affecté la réussite de l'intervention ?

Par exemple, avez-vous été confronté à des problèmes critiques concernant le type de personnel disponible pour mettre en œuvre cette activité ? D'autres interventions destinées à améliorer la prestation de services ont-elles eu lieu et ont-elles interféré avec cette activité ? Y a-t-il eu des changements importants au niveau du leadership du MSHP durant cette période ?

Suivi/enchaînement : Comment cette intervention a-t-elle interagi avec les autres fonctions du système de santé ?

11. À votre avis, quel effet l'intervention peut-elle avoir sur les résultats obtenus par le système de santé, notamment par rapport aux personnes recevant des services essentiels, à la couverture de la population, à la réactivité du système de santé ou aux protections financières pour les personnes utilisant le système de santé ?

12. Quels ont été les effets durables de l'intervention liée au SIS sur le système de santé ?

13. Quelles corrections ont été apportées à la trajectoire du programme à la suite des améliorations opérées dans le système d'information sanitaire ?

14. Quels changements à l'intérieur du système ont débouché sur une meilleure couverture du dépistage du VIH ?

15. Quels changements à l'intérieur du système ont débouché sur une meilleure rétention des patients traités contre le VIH ?
16. Quels changements à l'intérieur du système ont débouché sur une meilleure suppression de la charge virale ?
17. Lorsque vous pensez à l'intervention liée au SIS et à vos observations quant à son impact sur le système de santé, quels sont les facteurs contextuels que vous considérez comme importants ?
 - a. Crises politiques, environnementales en santé publique
 - b. Politiques et infrastructures gouvernementales
 - c. Organisations et partenariats dans le domaine de la santé publique
 - d. Disponibilité du financement des bailleurs de fonds comme le PEPFAR ou le Fonds mondial
18. Des investissements importants ont été réalisés dans le SIS du gouvernement lié à la lutte contre le VIH. Toutefois, il nous a été rapporté que l'utilisation des données dans ces systèmes demeurait faible. À votre avis, à quoi cela est-il dû ?

Quels sont les obstacles à l'utilisation de ces systèmes ?

Que pourrait-on faire pour encourager l'utilisation du système gouvernemental ?

ANNEXE B. ORGANISATIONS INCLUSES DANS LES ENTRETIENS

Gouvernementales	Non-gouvernementales
Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC)	Programme sanitaire du secteur privé d'Abt Associates
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)	Réseau ivoirien des PVVIH (RIP+)
Direction de l'informatique et de l'information sanitaire (DIIS) du MSHP	ACONDA-VS Côte d'Ivoire
MSHP Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS)	Fondation Ariel Glaser
Direction régionale de la santé : Abidjan II	Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS
Direction régionale de la santé : Gbêké	ICAP Côte d'Ivoire
Direction régionale de la santé : Gboklé Nawa San Pedro	Health Alliance International (HAI)/San Pedro
Bureau de santé du district : Abobo Ouest	Banque mondiale PRSSE (PROJET DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE RÉPONSE AUX URGENCES ÉPIDÉMIQUES)
Bureau de santé du district : Port Bouet-Vridi	Alliance Côte d'Ivoire
Bureau de santé du district : Bouaké Nord-Est	
Bureau de santé du district : Bouaké Sud	
Bureau de santé du district : San Pedro	
Bureau de santé du district : Soubré	

ANNEXE C. LIVRE DE CODES

Code	Définition
Leadership	Discussion concernant le leadership nécessaire à la mise en œuvre et au développement d'une intervention SIS
Retarde la mise en œuvre	Discussion concernant les retards dans les interventions liées au SIS
Préalablement à la mise en œuvre	Discussion concernant la situation du SIS préalablement à la période de l'étude
Circuit	Discussion concernant le circuit de la collecte et de la transmission de données à l'intérieur du pays
Formations	Efforts déployés à l'échelle nationale pour former le personnel au S&E
Indicateurs VIH	
Harmonisation	Harmonisation des indicateurs VIH
Outils standard	Développement et déploiement d'outils standards pour la collecte des indicateurs liés au VIH
Formation à l'utilisation	Formation à la collecte et à l'utilisation des indicateurs VIH
Révisions	Révisions et mise à jour des indicateurs VIH
Outils papier	
Utilisation	Utilisation des outils papier
Limites	Limites ou problèmes avec les outils papier
Versions	Discussion concernant les différentes versions des outils et la manière dont elles ont engendré des problèmes
DHIS2	
Déploiement de DHIS2	Discussions concernant le développement et le déploiement de DHIS2
Utilisation de DHIS2	Discussions concernant l'utilisation de DHIS2 en matière de collecte, d'examen, etc.
Limites de DHIS2	Limites à l'utilisation de DHIS2. Qui bénéficie d'un accès ? Formations ? Internet ?
Avantages de DHIS2	Avantages liés à l'utilisation de DHIS2 par rapport aux systèmes antérieurs
SIGDEP 2	
Précurseurs	Discussion concernant les outils ou ce qui a été fait avant SIGDEP 2
Limites/Défis	Discussion concernant les limites de SIGDEP 2 ou les défis liés à son utilisation
Utilité	Avantages ou utilité de SIGDEP 2
Données VIH	
Fréquence de la cd	Changements dans la fréquence à laquelle les données VIH sont recueillies (cd = collecte de données)

Disponibilité des données	Changements dans la disponibilité des données avec les nouvelles interventions
Qualité des données	Effets des interventions liées au SIS sur la qualité des données
Utilisation des données	Changements dans l'utilisation des données découlant de l'intervention
Gestion	Changements dans l'utilisation des données
Analyse	Changements dans la manière dont les données sont utilisées en raison des interventions liées au SIS
Améliorations	Améliorations d'envergure du SIS ayant été observées à la suite des diverses interventions dans ce domaine
Développement des compétences	
Formation et soutien	Discussion autour de la formation ou d'autres développements des compétences pour aider les utilisateurs
Pénurie de compétences	Discussion concernant les défis rencontrés en continu par rapport au manque de compétences pour maintenir à jour le système et l'utiliser
Dissémination des informations	Manière dont les informations sont disséminées depuis la mise en œuvre des interventions
Autres fonctions du système de santé	Ces codes se penchent sur la manière dont l'intervention SIS a affecté ces autres fonctions essentielles ou a été affectée par celles-ci.
Prestation de services	
Ressources humaines	
Gouvernance	
Financement	
Médicaments/vaccins	
Pérennité	Discussion concernant la pérennité de ces interventions, notamment leur appropriation par le gouvernement, la planification, le financement et la formation
Résultats sanitaires	Améliorations dans les résultats sanitaires au sein de la population liés à l'intervention SIS
Impact	Discussion concernant l'impact ou l'effet à long terme des interventions liées au SIS
Programme de lutte contre le VIH	Améliorations ou changements opérés dans les programmes de lutte contre le VIH sur la base des données rendues disponibles grâce à l'intervention
Réalisation de l'objectif 90-90-90	Discussion concernant la manière dont les interventions contribuent à la réalisation des objectifs
Dépistage du VIH	Les interventions liées au SIS affectent le dépistage du VIH
Rétention	Interventions SIS contribuant à changer ou à améliorer la rétention
Charge virale	Interventions SIS contribuant à changer ou à améliorer la charge virale
Facteurs contextuels	Discussion concernant les facteurs contextuels considérés comme importants dans la réussite de l'intervention SIS
Politique	Facteurs politiques ayant facilité ou entravé la réussite de l'intervention SIS
Environnemental	Facteurs environnementaux ayant facilité ou entravé la réussite de l'intervention SIS

Bailleurs de fonds	Priorités des bailleurs de fonds pouvant influencer les investissements et les interventions liés au SIS
Utilisation des données du SIS	
Faible utilisation des données	Raisons pour lesquelles ils pensent que les données générées par les systèmes gouvernementaux ne sont pas plus utilisées
Exemples d'utilisation des données	Exemple du moment où les données ont été utilisées et de la manière dont elles l'ont été
Mesurer l'utilisation des données	Défis rencontrés dans l'évaluation du nombre de cas d'utilisation de données
Culture de l'utilisation des données	Discussion visant à déterminer si des changements ont été opérés dans la culture d'utilisation des données au fil du temps
Manque de coordination	Discussions autour du manque de coordination entre les diverses parties prenantes travaillant sur le SIS
Système non-optimisé	Discussion concernant le fait que SIGDEP 2 et DHIS2 ne sont pas utilisées à leur plein potentiel

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516
Phone : +1-919-445-9359
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. TR-19-332 FR

ISBN: 978-1-64232-127-2

