

VERSION 1

# Outil de diagnostic rapide pour les systèmes de santé

CADRE CONCEPTUEL, GUIDE OPÉRATIONNEL ET MATRICE POUR MESURER  
LA PERFORMANCE DES FONCTIONS PRIORITAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ

*By David Wendt*

*Avec les contributions de Bruno  
Bouchet, Timothée Fruhauf, Ya-Shin  
Lin, Lipika Nanda, Shanti Noriega,  
Nilufar Rakhmanova et Sarah Searle*

**fhi360**  
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

## TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	2	Annexe 1: Bibliographie .....	40
Abbreviations .....	3	Annexe 2: Cadre conceptuel de FHI 360 pour les systèmes de santé .....	42
1. Introduction .....	4	Annexe 3: Les participants d'un projet de diagnostic rapide.....	43
2. Détails des Etapes du Processus de Diagnostic .....	8	Annexe 4: Formulaire d'auto-évaluation.....	44
<b>PHASE I: PRÉPARATION DU DIAGNOSTIC RAPIDE.....</b>	<b>9</b>	Annexe 5: Sources de données les plus communes .....	45
Étape 1) Elaborer l'objectif et la portée du diagnostic .....	9	Annexe 6: Modèle d'un tableau pour les mesures de performance .....	51
Étape 2) Obtenir l'adhésion et recruter des partenaires.....	10	Annexe 7: Le tableau de bord des indicateurs du Kenya.....	52
Étape 3) Recruter une équipe principale .....	13	Annexe 8: Méthodes pour prioriser des idées .....	54
Étape 4) Localiser et examiner les informations de base sur le système de santé et les priorités du renforcement du système de santé .....	13	Annexe 9: Liste illustrative des fonctions du système de santé .....	55
Étape 5) Orienter l'équipe principale du pays sur l'ODR...14		Annexe 10: Instructions pour les tableaux des indicateurs génériques du système de santé.....	60
<b>PHASE II: CONCEPTION ET PLANIFICATION DU DIAGNOSTIC RAPIDE .....</b>	<b>15</b>	Annexe 11: Fiche vierge pour construire des indicateurs.....	62
Étape 6) Identifier les fonctions du système de santé à évaluer .....	15	Annexe 12: Exemple de la fiche d'indicateurs pour une fonction du SISS .....	63
Étape 7) Concevoir des mesures de performance .....	18	Annexe 13: Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance .....	64
Étape 8) Élaborer un plan de travail du projet précisant les responsabilités et les délais .....	24	Annexe 14: Indicateurs génériques de performance du financement du système de santé .....	73
<b>PHASE III: RECUEILLIR DES DONNÉES ET ANALYSER LES POINTS FORTS ET LES FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ.....</b>	<b>26</b>	Annexe 15: Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé .....	78
Étape 9) Mettre en place un système de gestion des données et des outils de collecte de données.....	26	Annexe 16: Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS .....	98
Étape 10) Rassembler les données .....	26	Annexe 17: Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé .....	108
Étape 11) Analyser les points forts et les faiblesses du système de santé .....	28	Annexe 18: Indicateurs génériques de performance pour le volet communautaire .....	118
<b>PHASE IV: ANALYSE DES CAUSES FONDAMENTALES DES FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>30</b>	Annexe 19: Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services .....	123
Étape 12) Valider les résultats de la Phase III et identifier les faiblesses prioritaires.....	31		
Étape 13) Choisir les sujets pour l'analyse des causes fondamentales et formuler les hypothèses sur les causes .....	31		
Étape 14) Recueillir et valider les preuves sur les causes fondamentales.....	34		
<b>PHASE V: COMMUNICATION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>35</b>		
Étape 15) Deviser une stratégie de communication .....	35		
Étape 16) Rédiger le rapport .....	38		
Étape 17) Communiquer les résultats .....	39		

# Outil de diagnostic rapide pour les systèmes de santé

CADRE CONCEPTUEL, GUIDE OPÉRATIONNEL ET MATRICE  
POUR MESURER LA PERFORMANCE DES FONCTIONS  
PRIORITAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ



*By David Wendt*

*Avec les contributions de Bruno Bouchet, Timothée  
Fruhauf, Ya-Shin Lin, Lipika Nanda, Shanti  
Noriega, Nilufar Rakhmanova et Sarah Searle*

**2012**



## REMERCIEMENTS

Cet outil a été développé grâce au financement de FHI 360. En plus des contributeurs indiqués sur la couverture, nous tenons à remercier: Tim Mastro, Gary West, Megan Averill, Johannes van Dam, Inoussa Kabore, Suzanne Essama-Bibi, Gina Etheridge, et Katherine Lew pour leur soutien et leurs commentaires sur les nombreuses versions précédentes; Peter Cowley, Ngak Song, Gautam Barat, Steve Penfold, Nim Nirada, Ly Mena, Ngor Somany et le reste de leur équipe pour avoir testé l'outil au Cambodge; Ruth Odhiambo, Linda Muyumbu, Brenda Opanga, Charity Muturi, Francis Waudu Siganga, Stephen Gichuki, Maurice Aluda, Joel Kuria, et le reste de leur équipe pour avoir testé l'outil au Kenya; Geneviève d'Entremont pour les corrections; Timothée Fruhauf pour la traduction française du document original et Jill Vitick pour la mise en page.

Copyright 2012 FHI 360.

Citation recommandée: Wendt, D.; Bouchet, B.; Lin, YS; Nanda, L.; Noriega, S.; Rakhmanova, N.; and Searle, S. Outil de Diagnostic Rapide pour les Systèmes de Santé. FHI 360. 2012.

## AVANT-PROPOS

Des systèmes de santé performants sont essentiels pour atteindre des résultats durables en matière de santé. Dans la plupart des pays à faibles et moyens revenus, certains obstacles tels qu'un nombre limité de prestataires de soins, des chaînes d'approvisionnement peu fiables, une utilisation inefficace des ressources, et d'autres faiblesses systémiques sont autant de goulots d'étranglement qui rendent difficile l'obtention de résultats pour les programmes de lutte contre les maladies ou l'atteinte des priorités en matière de santé.

Pour concevoir des stratégies efficaces de renforcement des systèmes de santé (RSS), les gouvernements et les partenaires au développement (tel que FHI 360) ont besoin d'informations fiables sur les points forts et les faiblesses des systèmes de santé. La performance du système de santé est difficile à définir, et encore plus à mesurer à travers un seul indicateur. Les systèmes de santé ont d'innombrables composantes, toutes liées entre elles et dont les interactions contribuent à améliorer la santé des populations. Comprendre dans quelle mesure ces systèmes vastes et complexes exercent leurs fonctions demeure une priorité pour les chercheurs et les responsables de programmes de santé publique.

Bien que de nombreux outils d'évaluation du système de santé existent, axés sur certains éléments du système de santé particuliers ou un ensemble d'éléments, le défi pour les utilisateurs (travaillant à différents niveaux du système de santé ou ayant des objectifs de santé différents) est de savoir comment utiliser ces outils pour évaluer la performance des fonctions liées à leurs priorités et spécifiques au contexte.

FHI 360 a développé l'outil de diagnostic rapide pour systèmes de santé (ODR) afin de renforcer les capacités de ses partenaires dans la conception de leur propre diagnostic de la performance du système de santé et d'informer les stratégies de renforcement du système de santé (RSS) locales ou nationales. Ensemble, FHI 360 et ses partenaires identifieront les fonctions prioritaires du système de santé, définiront la performance de ces fonctions, développeront des indicateurs de performance et mèneront à bien leur diagnostic.

Cette évaluation mènera à une meilleure compréhension des points forts et des faiblesses du système de santé que les parties prenantes aux niveaux national et international pourront adresser par le biais d'interventions de RSS.

Pour toutes questions ou commentaires au sujet de l'ORD, veuillez contacter le Département du Renforcement des Systèmes de Santé de FHI 360 à [HSSD@Phi360.org](mailto:HSSD@Phi360.org).

# ABBREVIATIONS

ABC	Couts basés sur l'activité	ODR	Outil de diagnostic rapide des systèmes de santé de FHI 360
ACF	Analyse des causes fondamentales	OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
AQ	Amélioration de la qualité	OMS	Organisation mondiale de la santé
AQD	Audits de la qualité des données	OMS/EMRO	Organisation mondiale de la Santé/Bureau régional de la Méditerranée orientale
BNS	Bureau national des statistiques	OMS/SEARO	Organisation mondiale de la Santé/Bureau régional de l'Asie du Sud Est
CD	Comité directeur	OMS/WPRO	Organisation mondiale de la Santé/Bureau régional du Pacifique occidental
CDC	United States Centers for Disease Control and Prevention	OOP	Les dépenses de santé des ménages
CDS	Cartographie de la disponibilité des services	OPAS	Organisation Panaméricaine de la Santé (PAHO)
CHeSS	Plateforme de surveillance du système de sante	OSC	Organisations de la société civile
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement	PEPFAR	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
CMV	Circoncision médicale volontaire	PPP	Partenariat Public-Privé
CNS	Comptes nationaux de la santé	PS	Prestation de services
DAPS	Les dépenses des administrations publiques en santé	PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
DfID	United Kingdom Department for International Development	RHS	Ressources humaines pour la santé
DHS	Enquêtes démographiques et sanitaires)	RMS	Réseau de mesures en santé (Health metrics network)
DR	Diagnostic rapide	RSS	Renforcement des systèmes de santé
DRSS	Département du renforcement des systèmes de santé de FHI 360	S&E	Suivi et évaluation
DSP	Département provincial de la santé	SGS	Les sciences de gestion pour la santé
EDQD	Equipes district pour la qualité des données	SIGL	Système d'information de la gestion de la logistique
EGSD	Equipe de gestion sanitaire des districts	SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
EIC	Entretien avec un informateur clé	SIRH	Système d'information des ressources humaines
EIPP	Évaluation institutionnelle et des politiques d'un pays	SIS	Systèmes d'informations sanitaires
EMNV	Enquête sur la mesure du niveau de vie	SISS	Système d'information du système de santé
EPP	Equipe principale du pays	SR/PF	Sante reproductive/planification familiale
EPS	Évaluation de la prestation de services	SRS	Système d'enregistrement
ET	Expert technique	SSD	Système de surveillance démographique
FMI	Fonds monétaire international	TB	Tuberculose
FMSTP	Le fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	TIC	Technologie de l'information et de la communication
GAVI	Global Alliance on Vaccines Initiative	USAID	L'Agence américaine pour le développement international
GHI	United States Global Health Initiative	VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
HQ	Siège social	VMMC	Circoncision médicale volontaire
IEPS	Les infrastructures, les équipements et les produits de santé		
IGS	Initiatives Globales pour la Santé		
L&G	Leadership et gouvernance		
MS	Ministère de la santé		
OBF	Organisation basée sur la foi		

# 1

# Introduction

Le département du renforcement des systèmes de santé (RSS) de FHI 360 a élaboré ce document sous forme de «guide pratique» afin de développer et mettre en œuvre un diagnostic personnalisé de la performance d'un système de santé. Pour accomplir cette tâche, ce guide met l'accent sur un processus de conception et de planification dirigés par le pays en question plutôt que de mettre l'accent sur un modèle uniforme de diagnostic de la performance au travers d'une liste standardisée (et souvent très longue) d'indicateurs.

Les utilisateurs de ce guide peuvent focaliser leur diagnostic sur les parties les plus pertinentes pour leur contexte. Par exemple, les équipes de santé des districts et leurs partenaires peuvent trouver qu'une évaluation complète de la performance au niveau national ne produit pas de conclusions avec suffisamment de détails qui soient directement pertinents pour les questions spécifiques d'un district en particulier. Des évaluations nationales peuvent aider à définir des stratégies générales de renforcement du système de santé au niveau national, mais ne peuvent pas fournir une base de données sur laquelle agir aux niveaux sous-nationaux du système de santé. Ce guide aidera les utilisateurs à diagnostiquer rapidement la performance de ces fonctions du système de santé qui relèvent de leur champ d'action, à savoir les problèmes éventuels qu'ils pourraient traiter avec des interventions de renforcement du système.

Il y a deux concepts de base auxquels nous nous référons tout au long de ce guide: les éléments essentiels d'un système de santé et les fonctions d'un système de santé. Nous utilisons une version légèrement adaptée du cadre conceptuel de l'OMS pour les systèmes de santé (OMS 2007) en tant que taxonomie générale des principaux éléments du système de santé. Le cadre conceptuel de FHI 360 pour les systèmes de santé (Annexe 2) reconnaît le volet communautaire en tant qu'élément essentiel distinct et rend explicite les relations entre les éléments essentiels.

La notion de «fonctions du système de santé» désigne un processus spécifique réalisé au sein de chaque élément essentiel du système de santé. Par exemple, l'élément essentiel des ressources humaines pour la santé peut être décomposé en un certain nombre de processus,

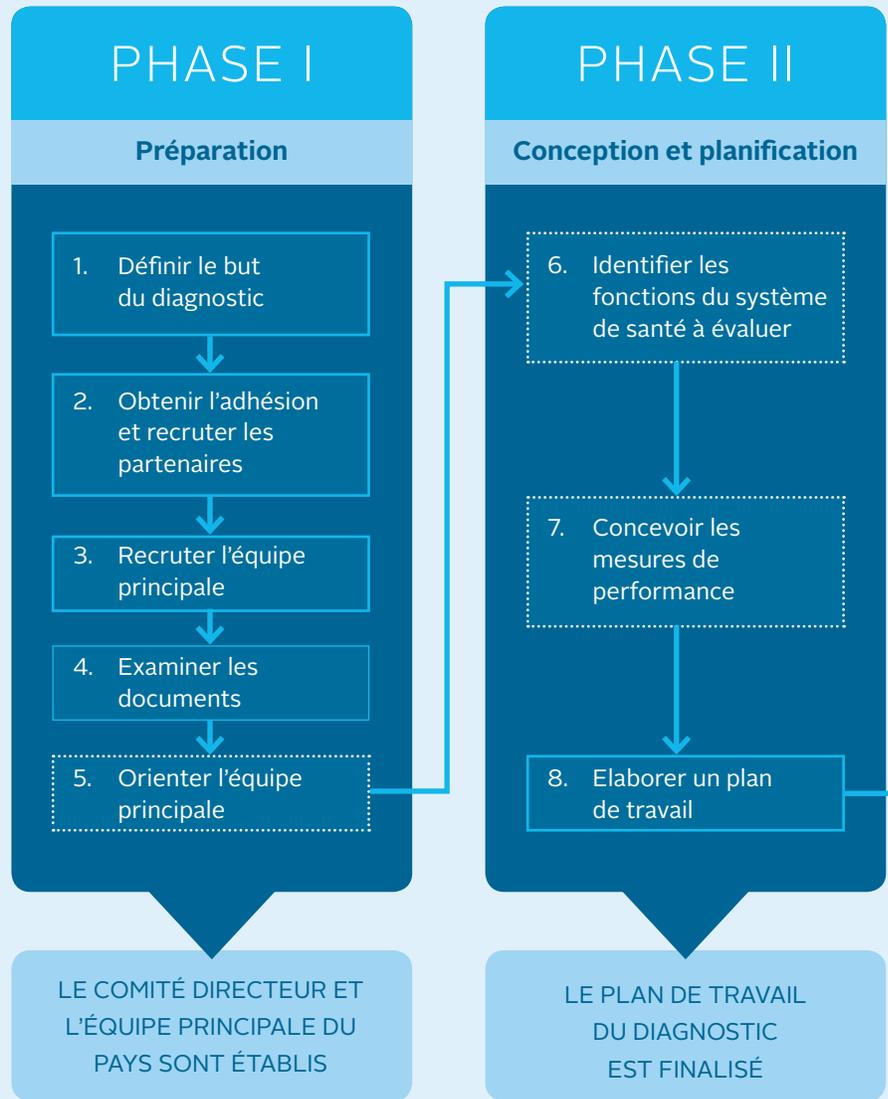
tels que: la formation initiale, la formation continue, l'établissement de normes de dotation en personnel, le réglage des niveaux de rémunération et des conditions (par exemple, les salaires et autres paiements/incitations financières et non-financières), l'embauche, le paiement des salaires et/ou des incitations financières, la supervision du personnel, et autres. Il n'y a pas une typologie universelle des fonctions d'un système de santé et, par conséquent, nous avons utilisé les résultats d'une recherche documentaire approfondie et d'une sélection de documents de référence clés pour développer notre propre liste (Annexe 9). Celle-ci servira de point de départ aux utilisateurs du guide pour l'identification des fonctions essentielles remplies par leurs systèmes de santé.

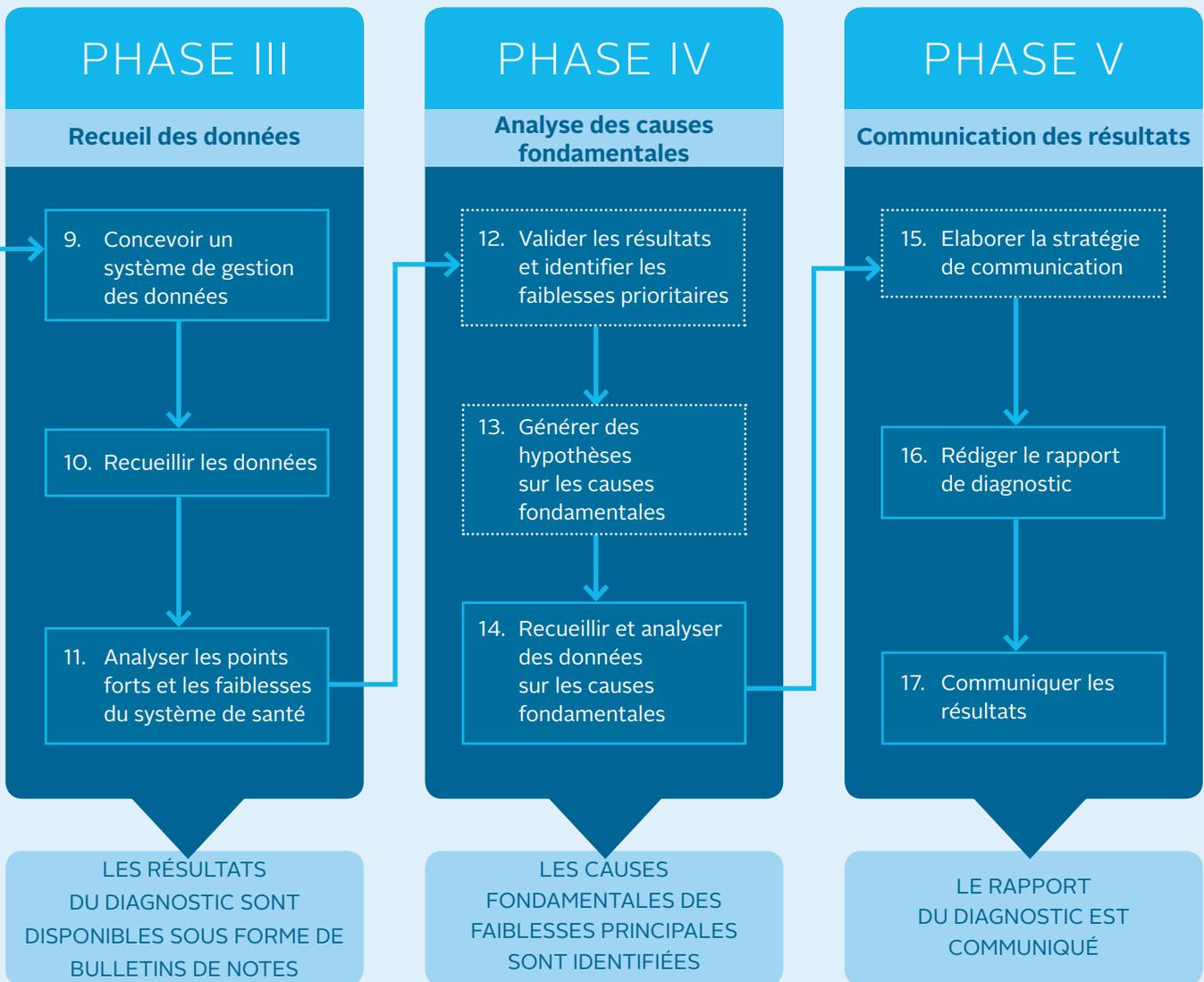
Les activités de renforcement des systèmes de santé ont pour objectif global d'améliorer les résultats du système de santé, mais c'est à travers le renforcement de fonctions particulières que ces améliorations sont atteintes. Ainsi, notre approche du diagnostic de la performance cherche à découvrir quelles fonctions mènent ou ne mènent pas à de bons résultats, ce qui peut ensuite éclairer les décisions sur les fonctions à renforcer et comment les renforcer.

Le processus de diagnostic est organisé en cinq phases, chaque phase consistant en quelques étapes qui conduisent à la réalisation d'un résultat immédiat. Le résultat final est un diagnostic qui peut être le point de départ pour concevoir une stratégie de RSS. Les étapes de ce processus sont décrites dans la Figure 1, et les détails de chaque étape représentent le contenu de ce guide. Des matériaux et outils à utiliser lors de ce processus par les équipes de chaque pays sont fournis en annexes.

**FIGURE 1:  
LE PROCESSUS DE  
FHI 360 POUR UN  
DIAGNOSTIC DE  
LA PERFORMANCE  
DES FONCTIONS  
PRIORITAIRES DU  
SYSTÈME DE SANTÉ\***

\* Les étapes avec des lignes pointillées comportent des ateliers.





# 2

## Détails des Étapes du Processus de Diagnostic



## PRÉPARATION DU DIAGNOSTIC RAPIDE

Dans cette phase, les initiateurs du diagnostic rapide pour les systèmes de santé (ci-après dénommés les «initiateurs du projet» dans le reste du document) recruteront le personnel du projet et les intervenants clés et les prépareront pour la conception et la mise en œuvre du diagnostic. À la fin de cette phase, une équipe principale du pays (EPP) et un comité directeur seront mis en place et un document définissant le but du diagnostic sera rédigé (déclaration d'intention).

Le processus de planification et de conception du diagnostic de la performance comporte cinq étapes:

**ÉTAPE 1)** Elaborer le but et la portée du diagnostic.

**ÉTAPE 2)** Obtenir l'adhésion des principales parties prenantes et recruter les partenaires pour former un comité directeur.

**ÉTAPE 3)** Recruter le personnel pour mettre en place une équipe principale du pays (EPP).

**ÉTAPE 4)** Localiser et examiner les informations de base sur le système de santé et les priorités du renforcement du système de santé.

**ÉTAPE 5)** Orienter l'équipe principale du pays sur l'outil de diagnostic rapide.

membres de l'EPP, les initiateurs du projet doivent articuler leur vision en vue de: a) expliquer le projet aux parties prenantes et aux partenaires potentiels, et b) déterminer qui doit être impliqué.

Les initiateurs des projets pourront choisir de concentrer le DR sur différents niveaux du système de santé, différents résultats prioritaires en matière de santé et différentes zones géographiques. Ils peuvent aussi avoir des besoins différents qui les mènent à utiliser l'ODR. Par exemple, le programme APHIAPlus au Kenya a utilisé l'ODR pour définir un niveau de référence pour un programme VIH/SIDA existant avec des objectifs de RSS, alors que le bureau de FHI 360 au Cambodge et leurs partenaires des gouvernements provinciaux l'a utilisé pour explorer des opportunités pour des programmes de RSS futurs non liés à une maladie ou à un programme de santé publique.

La définition du but et de la portée du diagnostic sont la pierre angulaire pour une conception et une mise en œuvre d'un diagnostic adapté aux besoins des parties prenantes<sup>1</sup>. L'objectif et la portée seront le fondement pour décider quels sont les acteurs à impliquer, sur quelles fonctions du système de santé il faut se concentrer et quels sont les indicateurs à mesurer.

### Étape 1) Elaborer l'objectif et la portée du diagnostic

Pour la première étape, les initiateurs du projet doivent rédiger le but et la portée du diagnostic. Bien que cela sera examiné et révisé par le comité directeur et les

<sup>1</sup> Les parties prenantes du projet sont tous ceux qui ont un intérêt dans les résultats du diagnostic. Les initiateurs du projet, le comité directeur, et l'EPP doivent déterminer qui, parmi ce large groupe, impliquer dans les diverses étapes du diagnostic.

Le but et la portée doivent être établis dès le début du projet et doivent être clairs pour tous les participants tout au long du diagnostic. C'est pourquoi le processus commence par la rédaction par l(es) initiateur(s) de projet d'une déclaration d'intention qui reflète les besoins spécifiques au contexte pour la réalisation du diagnostic, ainsi que le champ d'application de ces besoins (la zone géographique et le sujet) pour le diagnostic donné.

Pour définir le but du DR, les initiateurs du projet doivent se demander si les futures initiatives de renforcement du système mettront l'accent sur:

1. Des objectifs prédéfinis pour renforcer le système
  - A.** Si c'est le cas, l'ODR peut être utilisé pour faire une évaluation de base et une analyse des lacunes des fonctions du système de santé liées à ces objectifs.
  - B.** Sinon, l'ODR peut être utilisé pour explorer les points forts du système de santé, les faiblesses et les opportunités.
2. Des priorités/objectifs spécifiques axés sur des maladies
  - A.** Si c'est le cas, les initiateurs du projet devraient indiquer cette concentration dans la déclaration d'intention afin que le comité directeur et l'EPP conçoivent un diagnostic porté sur les questions du système de santé liées à ces maladies prioritaires (à l'étape 7).
3. Un niveau particulier du système de santé (national, étatique, provincial, district, établissement sanitaire), des zones géographiques cibles ou des populations cibles
  - A.** Si c'est le cas, les initiateurs du projet devraient préciser ce point dans la déclaration d'intention, car il façonnera le champ du diagnostic et aidera à déterminer qui sont les parties prenantes clés.
4. Certains éléments essentiels du système de santé
  - A.** Si c'est le cas, les initiateurs du projet peuvent l'affirmer dans la déclaration d'intention pour guider le processus de conception.

<sup>2</sup> Nous appelons ce groupe un "comité directeur" mais les initiateurs du projet peuvent utiliser un autre nom. Le point principal est d'avoir un groupe de personnes qui sont formellement impliquées pour donner une direction et suivre le processus.

Une dernière considération pour l'objectif est de savoir comment les résultats seront utilisés. Dans presque tous les cas FHI 360 et ses partenaires utiliseront les résultats pour concevoir des stratégies/activités de RSS qui s'attaqueront aux causes fondamentales des faiblesses du système de santé et ont des effets vastes et durables sur les résultats du système de santé.

Le tableau 1 donne un exemple d'une déclaration d'intention développée au Kenya sur la base des considérations énoncées ci-dessus.

---

## Étape 2) Obtenir l'adhésion et recruter des partenaires

Les gouvernements, les partenaires de la société civile, les organismes donateurs et les experts techniques du système de santé apporteront tous une contribution inestimable à la conception et à la mise en œuvre du diagnostic rapide. Au tout début du processus, les initiateurs du projet doivent rencontrer ces parties prenantes clés pour discuter des besoins pour une évaluation et obtenir leur adhésion.

Bien que ces parties prenantes et les partenaires puissent ne pas avoir le temps de participer à toutes les phases du diagnostic, leur contribution tout au long du processus sera essentielle à sa réussite. Afin de faciliter leur participation continue, les initiateurs doivent créer une structure formelle/un forum, tel qu'un comité directeur<sup>2</sup>. Ce comité donnera une orientation et un soutien à l'évaluation, mais ne sera pas responsable de la mise en œuvre. Dans le tableau 2, nous présentons le calendrier potentiel et le contenu des réunions du comité directeur.

L'engagement des parties prenantes ne se limite pas au comité directeur<sup>2</sup>. Ceux qui ont plus de temps pour s'engager dans le projet et qui ont la capacité technique peuvent être membres de l'équipe principale du pays qui est responsable de la mise en œuvre du DR.

TABLEAU 1: BUT ET CHAMPS D'APPLICATION DU DIAGNOSTIC DU SYSTÈME DE SANTÉ AU KENYA

CRITÈRES DE CONCEPTION	LE PROJET APHIAPLUS <sup>3</sup>	IMPLICATIONS POUR LE BUT ET LA PORTÉE DU DR
<b>Existe-t-il des objectifs de renforcement des systèmes?</b>	APHIAPlus a 18 objectifs en matière de RSS	APHIAPlus utilisera l'ODR pour faire une évaluation de référence de la performance du système de santé liée à ces objectifs et analyser les lacunes qui doivent être abordés dans les prochaines années du programme.
<b>Est-ce que les utilisateurs des résultats visent à renforcer le système de santé pour atteindre des objectifs ou des résultats particuliers pour la santé?</b>	APHIAPlus vise à renforcer le système de santé pour améliorer la prestation de services dans de nombreux domaines: dépistage volontaire, soins et traitement du VIH, la santé maternelle/PTME, la santé du nouveau-né/infantile, SR/PF, la tuberculose, le paludisme, CMV	APHIAPlus est intéressé par le RSS qui permettra d'améliorer la prestation des services et des résultats dans les domaines de santé prioritaires.
<b>Le diagnostic se concentrera-t-il sur un niveau particulier du système de santé, une zone géographique, ou une population particulière?</b>	APHIAPlus se concentre sur la province de la Vallée du Rift au Kenya.	APHIAPlus diagnostiquera la performance du système de santé dans la Vallée du Rift en engageant les parties prenantes au niveau provincial dans la conception du diagnostic avec les districts, les établissements sanitaires et les communautés dans la vallée du Rift en tant qu'unités d'analyse.
<b>Le diagnostic se concentrera-t-il ou laissera-t-il de côté un élément essentiel particulier?</b>	L'orientation stratégique sur les systèmes de santé de APHIAPlus se reflète dans ses objectifs de RSS.	Les objectifs actuels de RSS serviront de base pour décider quelles fonctions du système de santé sont et ne sont pas prioritaires.
<b>Comment les résultats seront-ils utilisés?</b>	APHIAPlus utilisera les résultats pour surveiller et évaluer l'amélioration de la performance du système et pour informer la conception des activités de RSS dans les futurs plans de travail annuels.	Les résultats doivent informer la prise de décision annuelle et fournir une base pour l'évaluation des résultats.
<b>Énoncé du but et de la portée du diagnostic</b>	«Établir une référence sur la performance des fonctions du système de santé en rapport avec les objectifs de RSS d'APHIAPlus dans la province de la Vallée du Rift: évaluer les obstacles à la réalisation de ces objectifs; informer la conception des activités de RSS qui s'attaqueront aux causes fondamentales des faiblesses du système de santé et ont des effets importants et durables sur les résultats du système de santé, ainsi que de surveiller et d'évaluer l'amélioration de la performance du système.»	

<sup>3</sup> Le programme APHIAPlus Nuru Ya Bonde (NYAB) est un accord de coopération de cinq ans (Janvier 2011-Décembre 2015) entre FHI 360 et l'Agence américaine pour le développement international (USAID). L'objectif du programme APHIAPlus NYAB est d'améliorer les résultats et l'impact en matière de santé dans la province de la Vallée du Rift au Kenya à travers des programmes et des partenariats durables menés par le pays autour des besoins des patients atteints par le VIH. Le programme APHIAPlus NYAB se concentre sur quatre domaines, à savoir: 1) le renforcement des systèmes de santé, 2) la prestation de services intégrés, 3) la création de la demande, et 4) les déterminants sociaux de la santé.

**TABLEAU 2: PROPOSITION DU CONTENU POUR LES RÉUNIONS OÙ LE COMITÉ DIRECTEUR SERA PRÉSENT**

RÉUNION	QUAND	CONTENU DES RÉUNIONS
<b>Atelier de conception #1</b>	Phase II – Étape 6	Les initiateurs présentent et obtiennent des commentaires sur le but et la portée du diagnostic et facilitent une discussion pour identifier les fonctions prioritaires du système de santé.
<b>Réunion du comité directeur #1</b>	Phase II – Étape 8	L'EPP présente et obtient des commentaires sur le plan de travail (qui comprend les indicateurs de performance, les rôles et les responsabilités et l'échéancier du projet).
<b>Atelier de validation des données</b>	Phase IV – Étape 12	L'EPP présente les résultats de l'évaluation (c'est à dire, l'analyse de la performance des fonctions) et obtient des commentaires sur les résultats et leur validation. L'EPP facilite également une séance pour identifier les faiblesses du système de santé sur lesquelles se concentrer pour l'analyse des causes fondamentales.
<b>Réunion du comité directeur #2</b>	Phase IV – Étape 14	L'EPP peut présenter et obtenir des commentaires sur les résultats de l'analyse des causes fondamentales.
<b>Réunion pour les commentaires sur le brouillon du rapport</b>	Phase V – Étape 17	L'EPP peut présenter et obtenir des commentaires sur le rapport final et faciliter une discussion sur les implications des résultats (c'est à dire, les prochaines étapes).

**TABLEAU 3: RÔLES ET RESPONSABILITÉS PARTAGÉES ENTRE LES MEMBRES DE L'EPP**

RÔLE	RESPONSABLE DE
<b>Diriger le projet</b>	Gérer l'équipe, superviser le plan de travail, gérer les relations avec les partenaires extérieurs/ les parties prenantes, et garder le projet sur la bonne voie et dans les délais prévus.
<b>Organiser des réunions et des ateliers</b>	Organiser les invitations, l'emplacement, les matériaux et la logistique pour les réunions et les autres ateliers.
<b>Faciliter les réunions et les ateliers</b>	Diriger la conception de l'ordre du jour, la formation et la coordination des autres animateurs/présentateurs, animer des séances de l'atelier, et garder les ateliers et les réunions sur la bonne voie et à temps.
<b>Concevoir des mesures de performance</b>	Participer à l'identification: des fonctions du système de santé afin d'évaluer les déterminants et les effets essentiels de la performance du système de santé, les questions d'évaluation de la performance, les indicateurs de performance et les cibles pour ces indicateurs.
<b>Gérer des données</b>	Développer un système de gestion des données (tableau de bord) pour le projet; saisir des données dans le système, générer des rapports de synthèse/des graphiques à partir des données.
<b>Recueillir des données</b>	La recherche de sources de données, la rencontre avec les principales parties prenantes pour obtenir l'accès aux données, rassembler les documents clés et les ensembles de données, faire des visites des unités administratives concernées et des établissements, des entretiens auprès d'informateurs clés au besoin, fournir des données pour leur saisie, identifier et documenter les lacunes dans les données, et participer à des exercices de validation de données.
<b>L'analyse des données</b>	Préparer des bulletins de note (fiches de résultats) sur la performance: présenter, discuter et valider les résultats, faciliter l'analyse des causes fondamentales et valider les hypothèses des causes fondamentales.
<b>La rédaction de rapports et la diffusion des résultats</b>	Rédiger le rapport et diffuser les résultats aux parties prenantes principales.

### Étape 3) Recruter une équipe principale<sup>4</sup>

#### L'ÉQUIPE PRINCIPALE DU PAYS (EPP)

La mise en œuvre du DR nécessitera une équipe principale composée de personnes qui peuvent consacrer le temps et l'expertise nécessaires au projet. Bien que les tâches spécifiques et les échéances ne seront pas décidés avant l'étape 8 (lorsque l'EPP élabore le plan de travail), les initiateurs du projet devront préciser les rôles et responsabilités généraux afin de recruter et d'orienter l'équipe. Nous avons décrit les rôles et les responsabilités générales dans le tableau 3. Les membres de l'EPP joueront sans doute des rôles multiples, qui se complètent et se chevauchent.

Les initiateurs du projet doivent recruter les membres de l'EPP parmi le personnel local de FHI 360 et les partenaires gouvernementaux et de la société civile (en fonction de leur disponibilité, de leur capacité et de leurs engagements). Travailler avec des partenaires gouvernementaux membres de l'EPP aidera à créer une plus grande appropriation locale et transférera davantage de capacités pour évaluer la performance du système de santé au partenaire participant. Un tel partenariat de collaboration nécessite une étroite relation de travail, des objectifs alignés pour le diagnostic (par exemple, les deux parties ont des besoins similaires vis-à-vis de leur questions sur la performance du système de santé), et un engagement de temps important de la part du partenaire, car ils ont besoin d'être impliqués dans toutes les phases du diagnostic.

L'EPP devrait inclure trois à cinq membres qui apportent des compétences différentes couvrant le suivi et l'évaluation, les connaissances sur le système de santé du pays, la familiarité avec les sources d'information clés sur le système de santé, et de solides relations avec les agences gouvernementales importantes. L'Annexe 4 présente un modèle pour aider à identifier les membres de l'EPP sur la base de critères explicites.

En cas de manque d'expertise sur les systèmes de santé, le bureau local de FHI 360, devra contacter le département RSS de FHI 360 aux États-Unis (HSSD@Fhi360.org) pour discuter des ressources et des

possibilités d'accroître les connaissances et les compétences des membres potentiels de l'équipe. Par exemple, le département de RSS a développé une série de formations en ligne sur les systèmes de santé qui peuvent fournir la base nécessaire.

Le tableau 3 résume les rôles et les responsabilités de l'EPP.

#### L'ASSISTANCE TECHNIQUE PROVENANT DU SIÈGE DE FHI 360, DES BUREAUX RÉGIONAUX DE FHI 360 ET/OU D'AUTRES BUREAUX DE FHI 360 DANS LES PAYS

FHI 360 a une expertise technique répartie dans divers départements de l'organisation, y compris une expérience pour la mise en œuvre des diagnostics de la performance du système de santé. Pour compléter les capacités de l'équipe du pays, des experts en RSS du département de RSS de FHI 360 dans les bureaux des États-Unis, régionaux ou du pays peuvent être appelés à fournir un soutien tout au long du processus. Il est particulièrement important que cet appui externe commence au début de la phase de conception du diagnostic.

Pour les bureaux locaux de FHI 360 qui n'ont pas fait ce type d'évaluation auparavant, nous recommandons un minimum d'une mission d'appui externe sur le terrain pour la formation de l'EPP et pour faciliter le processus de conception et de planification, suivi par un tutorat à distance et, si les ressources le permettent, une seconde mission pour faciliter et soutenir l'analyse des causes fondamentales.

### Étape 4) Localiser et examiner les informations de base sur le système de santé et les priorités du renforcement du système de santé

Avant de commencer la conception et la planification du diagnostic, les initiateurs du projet et/ou l'EPP doivent rechercher des informations de base importantes sur le pays, telles que les stratégies de RSS existantes, les évaluations du système de santé préalables, et les principales sources des données sur

<sup>4</sup> Voir l'Annexe 3 pour un diagramme qui illustre la relation entre les initiateurs du projet, l'EPP, le comité directeur et les parties prenantes.

le système de santé. De nombreuses évaluations passées peuvent ne pas avoir été largement diffusées, de sorte que les initiateurs doivent rencontrer les parties prenantes clés et leur demander s'il y a des évaluations existantes ou d'autres documents/ressources que les initiateurs du projet doivent connaître.

La collecte d'informations générales essentielles comprendra les activités suivantes:

- Localiser les bases de données existantes sur la santé nationale et internationale ainsi que les évaluations récentes sur la performance du système de santé
- Examiner les stratégies de santé nationales et/ou locales pour documenter les priorités et les objectifs spécifiques fixés pour le RSS
- Discuter des priorités de FHI 360 pour le RSS avec le personnel clé du bureau du pays et identifier les objectifs existants pour le RSS

Grâce à cet examen, les initiateurs du projet et/ou l'EPP devront créer une liste de référence/bibliothèque, identifier les documents clés pour le comité directeur et l'EPP, et partager ces documents avant le premier atelier de conception et de planification.

---

### Étape 5) Orienter l'équipe principale du pays sur l'ODR

Avant de commencer la conception du diagnostic, l'EPP doit avoir pris connaissance de l'ODR et des concepts de diagnostic de performance du système de santé et de RSS. Avant l'atelier de conception et de planification, nous recommandons que tous les membres de l'EPP lisent attentivement ce document et en discutent avec les membres de l'EPP et les auteurs du département de RSS de FHI 360 aux USA.

Nous recommandons également l'organisation d'une séance d'orientation d'une demi-journée ou d'une journée entière lors du premier atelier de conception (phase II, étape 6) pour revoir le contenu du guide et les concepts de base d'un diagnostic de la performance du système de santé<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Le département de RSS de FHI 360 basé aux USA a développé et organisé des séances d'orientation pour d'autres pays et peut fournir du matériel pour cela.



## CONCEPTION ET PLANIFICATION DU DIAGNOSTIC RAPIDE

La conception et la planification du diagnostic rapide de la performance comporte trois étapes principales:

**ÉTAPE 6)** Identifier les fonctions du système de santé à évaluer et déterminer ce qu'il faut évaluer à leur sujet

**ÉTAPE 7)** Concevoir des indicateurs de performance, ce qui inclut des questions, des indicateurs, des cibles et des sources de données

**ÉTAPE 8)** Mettre en place un plan de travail et déterminer les tâches, les responsabilités et les dates limites pour les phases restantes (III, IV et V):

- a. **PHASE III:** Collecte de données, analyse et validation
- b. **PHASE IV:** Analyse des causes fondamentales
- c. **PHASE V:** Élaboration d'un plan de communication, et rédaction et diffusion du rapport final

A la fin de cette phase, l'EPP aura un plan de travail final pour le diagnostic approuvé par le comité directeur.

### Étape 6) Identifier les fonctions du système de santé à évaluer

L'EPP et le comité directeur détermineront la cible du diagnostic de la performance à travers un atelier de conception de deux jours (encadré 1), qui impliquera également les initiateurs du diagnostic (s'ils ne sont pas membres de l'EPP) et d'autres experts techniques. Nous nous référons à cet atelier par "Atelier de conception # 1».

Pendant l'atelier, les participants vont:

- Identifier les fonctions du système de santé à évaluer
- Définir la dimension de la performance pour chaque fonction

#### IDENTIFIER LES FONCTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ QUE LE DIAGNOSTIC ÉVALUERA

Des centaines de fonctions différentes sont effectuées au sein des éléments essentiels d'un système de santé (voir l'annexe 9 pour une illustration des fonctions génériques d'un système de santé). Cependant, toutes ne seront pas pertinentes pour les utilisateurs de l'ODR. Les participants à l'atelier devront être sélectifs sur les fonctions qu'ils vont choisir comme cible de leur diagnostic.

La sélection des fonctions du système de santé à évaluer peut être basée sur une, plusieurs ou toutes les caractéristiques suivantes:

#### A. LES PRIORITÉS DÉFINIES DANS LES STRATÉGIES NATIONALES EXISTANTES:

Avant l'atelier, les initiateurs du projet et/ou l'EPP doivent identifier les fonctions du système de santé qui sont présentées comme des priorités dans les stratégies nationales de santé. Ils peuvent ensuite organiser une session pour présenter et discuter de ces priorités avec les participants à l'atelier.

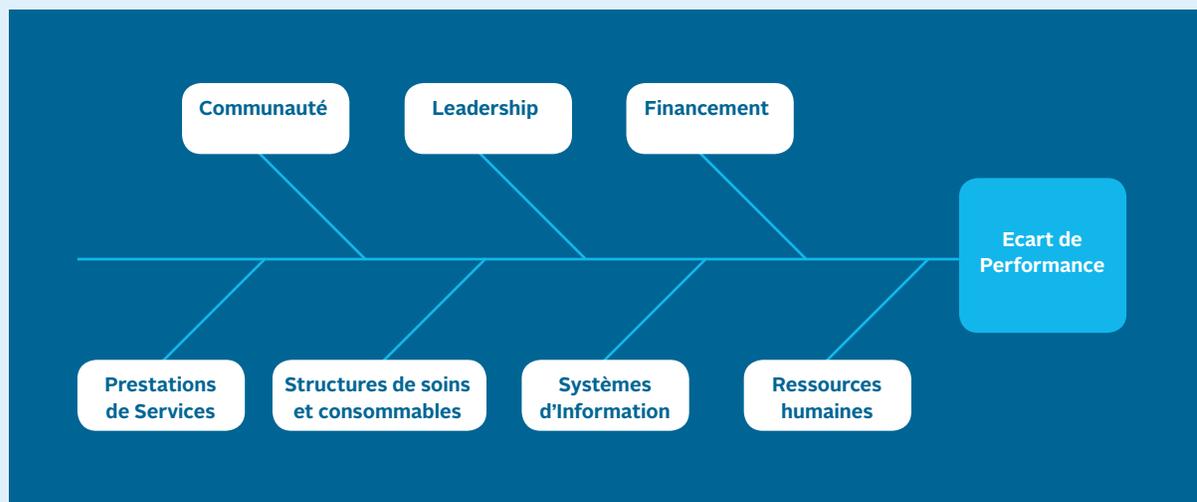
#### B. DES OBJECTIFS DE RSS PRÉEXISTANTS D'UN PROGRAMME DANS UN PAYS OÙ FHI 360 EST ACTIF:

Les initiateurs des projets et/ou de l'EPP doivent identifier les objectifs liés au système de santé énoncés dans les documents

## ENCADRÉ 1: EXEMPLE D'ORDRE DU JOUR PAR JOUR POUR L'ATELIER DE CONCEPTION #1

JOUR 1	JOUR 2
<p><b>Identifier les fonctions du système de santé à évaluer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner et réviser la déclaration d'intention pour le diagnostic</li> <li>• Orienter les participants sur le cadre et les fonctions du système de santé et l'évaluation de la performance des systèmes de santé</li> <li>• Lister ou chercher des fonctions du système de santé pertinentes pour le contexte local</li> <li>• Prioriser celles qui devaient être couvertes par le diagnostic de performance</li> </ul>	<p><b>Préciser quels sont les aspects des fonctions à évaluer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir ce qu'est une bonne ou une faible performance pour chaque fonction</li> <li>• Identifier les dimensions de la performance des systèmes; les organiser sous la forme de: déterminants, processus et résultats</li> <li>• Sélectionner les dimensions essentielles de chaque fonction pour mesurer leur performance</li> </ul>

FIGURE 2: DIAGRAMME EN ARÊTE DE POISSON POUR RÉFLÉCHIR AUX FONCTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ LIÉES AUX LACUNES DANS L'ATTEINTE D'UN OBJECTIF DE SANTÉ



du programme (propositions, plans de travail, etc.) Ils peuvent ensuite organiser un atelier pour présenter ces objectifs et identifier et discuter des fonctions particulières du système de santé que les objectifs visent à renforcer.

**C. LES PROBLÈMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ QUI AFFECTENT LA RÉALISATION DES OBJECTIFS OU DES RÉSULTATS DE PROGRAMMES CENTRÉS SUR DES MALADIES:** les initiateurs du projet et/ou l'EPP peuvent organiser un atelier pour identifier les problèmes du système de santé qui limitent ou soutiennent la réalisation d'objectifs de santé particuliers. Cela peut être fait en utilisant des diagrammes en arête de poisson (Figure 2) pour réfléchir aux problèmes du système de santé liés à des lacunes dans la réalisation d'objectifs prioritaires particuliers, puis en discutant et en hiérarchisant les problèmes sur lesquels il faut se concentrer.<sup>6</sup>

Toutes ces approches font appel à des discussions de groupe et à la hiérarchisation des fonctions prioritaires potentielles du système de santé. Voir l'Annexe 8 pour davantage d'informations sur les méthodes de discussion de groupe et de hiérarchisation.

#### DÉFINIR LES DIMENSIONS CLÉS DE LA «PERFORMANCE» POUR CES FONCTIONS

La performance pour chaque fonction peut être définie et mesurée en termes de:

- **DÉTERMINANTS:** les facteurs (les intrants, les conditions, la performance des autres fonctions, etc...) qui affectent la performance de cette fonction particulière
- **PROCESSUS:** le processus d'exécution de la fonction elle-même
- **RÉSULTATS:** les domaines de prestation des services, les objectifs de santé, ou d'autres fonctions du système de santé qui sont affectées par l'exercice de cette fonction (par exemple, les conséquences positives ou négatives d'exercer la fonction)

La Figure 3 montre une «carte de performance» créée au Cambodge pour la fonction de la réalisation d'audits de la qualité des données (AQD). Dans les discussions sur cette fonction, les participants avaient des perspectives différentes sur la façon de définir la performance. Par exemple, certains définissaient la performance en fonction de la formation du personnel du département provincial de santé (DPS) dans l'AQD (un déterminant), d'autres la définissaient en fonction de la provenance du personnel effectuant les audits du DPS (le processus d'exécution de la fonction), et encore d'autres la définissaient en fonction de la qualité des données (un résultat de l'exécution de la fonction). Dans le cadre du processus de création de cette carte, les participants ont pu exprimer clairement ces différents points de vue et les combiner dans une vision globale et unifiée de la performance. Les participants ont ensuite pu utiliser cette carte de performance en tant que base commune pour discuter et définir des mesures de performance.

Pour créer ces cartes de performance, les participants (soit divisés en groupes ou ensemble) doivent faire ce qu'il suit pour chaque fonction prioritaire du système de santé:

1. Discuter des processus spécifiques impliqués dans l'exécution de la fonction et les décrire clairement dans la colonne du milieu.
2. Réfléchir aux différentes conditions, intrants, autres fonctions ou autres facteurs qui sont nécessaires pour exécuter cette fonction (ceux qui soutiennent et/ou limitent le processus d'exécution de la fonction), et les écrire dans la colonne de gauche.
3. Identifier les produits, conditions, ou autres fonctions affectés par la performance forte ou faible de la fonction, et les écrire dans la colonne de droite.

Si les cartes sont élaborées en petits groupes, elles doivent être partagées, discutées et révisées en séance plénière. A la fin de l'Atelier de conception #1, les participants doivent remplir des cartes de performance

<sup>6</sup> Le processus de construction d'un diagramme en arête de poisson est expliqué davantage à l'étape 13 et peut également être trouvé ici: [http://nciph.sph.unc.edu/mlc/presentations/perf\\_imp/CauseandEffect1.pdf](http://nciph.sph.unc.edu/mlc/presentations/perf_imp/CauseandEffect1.pdf).

pour chacune des fonctions prioritaires qu'ils ont identifiées. L'EPP utilisera ensuite ces cartes en tant que base pour la prochaine étape: l'élaboration de mesures pour évaluer la performance de ces fonctions.

Si les participants identifient des dizaines de fonctions prioritaires du système de santé, la réalisation d'une carte pour chacune d'elle peut prendre plus de deux jours. L'EPP et les participants doivent décider du niveau d'effort approprié et s'ils veulent être plus sélectifs dans leur choix des fonctions prioritaires du système de santé, s'ils veulent passer plus de jours ensemble pour définir la performance de ces fonctions, ou s'il existe un moyen de partager le travail (par exemple, en se séparant en petits groupes ou en travaillant individuellement) pour réaliser le travail dans le temps imparti.

### Étape 7) Concevoir des mesures de performance

Le diagnostic de la performance du système de santé s'appuiera sur une liste d'indicateurs de performance et passe par la conception d'une matrice de performance qui comprend:

- A. La sélection de questions de performance
- B. L'élaboration d'indicateurs de performance
- C. La définition d'objectifs de performance
- D. L'identification des sources de données et des méthodes de collecte

Ce processus sera mené par l'EPP, avec l'appui d'experts techniques au besoin. Avant d'entrer dans les détails de ce processus, nous allons couvrir quelques définitions clés.

#### QU'EST-CE QU'UNE MATRICE DE MESURE DE LA PERFORMANCE?

Une mesure de performance comporte trois éléments:

1. Une question de performance
2. Un indicateur de performance
3. Un objectif de performance

Les **QUESTIONS DE PERFORMANCE** expriment les dimensions de la performance qui seront évaluées par l'EPP pour chaque fonction du système de santé, à savoir les questions auxquelles l'EPP cherchera à répondre pour diagnostiquer si la performance de la fonction est forte ou faible. Par exemple, une fonction importante du système logistique est la surveillance de la qualité des produits médicaux (tableau 4). Pour créer une matrice pour le diagnostic de la performance dans ce domaine, les participants commencent par formuler une *question de performance* telle que: «Des procédures sont-elles en place pour contrôler la qualité des produits médicaux?»

Les **INDICATEURS DE PERFORMANCE** sont des mesures simples qui seront utilisées pour répondre à ces questions, c'est à dire des mesures de la performance liées à une fonction. Pour notre exemple de la surveillance de la qualité des produits médicaux, le Fonds mondial (2009) énumère trois *indicateurs de performance* qui peuvent être utilisés: a) le pourcentage d'établissements de santé qui ont une procédure en place pour signaler les problèmes de qualité des produits, b) l'existence de procédures standardisées pour le contrôle de la qualité des produits de santé lors de la réception initiale au niveau central, et c) le pourcentage de lots de produits pharmaceutiques qui ont subi un processus de contrôle qualité lors de la réception initiale selon les procédures standardisées.

Les **OBJECTIFS DE PERFORMANCE** sont définis par rapport à des normes (nationales ou internationales), des tendances (amélioration ou aggravation), des références (comparaison des résultats à ceux de leurs pairs), ou des qualités idéales descriptives qui seront utilisées pour analyser ou juger si un indicateur reflète une performance forte ou faible. A titre d'exemple, pour le premier indicateur de la liste ci-dessus, le pourcentage d'établissements qui disposent d'une procédure pour signaler les problèmes de qualité des produits, peut s'analyser en le comparant à un objectif national (dans le tableau 4, nous imaginons un objectif de 80%), ou par rapport à une tendance à l'amélioration ou à l'aggravation. Le deuxième indicateur (b) dans la liste ci-dessus est de nature qualitative et sera analysé à l'aide d'indicateurs qualitatifs, tels que l'existence de procédures standardisées ou de procédures présentant les caractéristiques des meilleures pratiques pour les procédures de contrôle de la qualité.

FIGURE 3: UN DIAGRAMME CRÉÉ AU CAMBODGE CARTOGRAPHIANT LES ÉLÉMENTS QU’ILS ONT UTILISÉS POUR DÉFINIR LA PERFORMANCE DE LA FONCTION «RÉALISATION D’AUDITS DE LA QUALITÉ DES DONNÉES» DANS LA PROVINCE DE KAMPONG CHAM

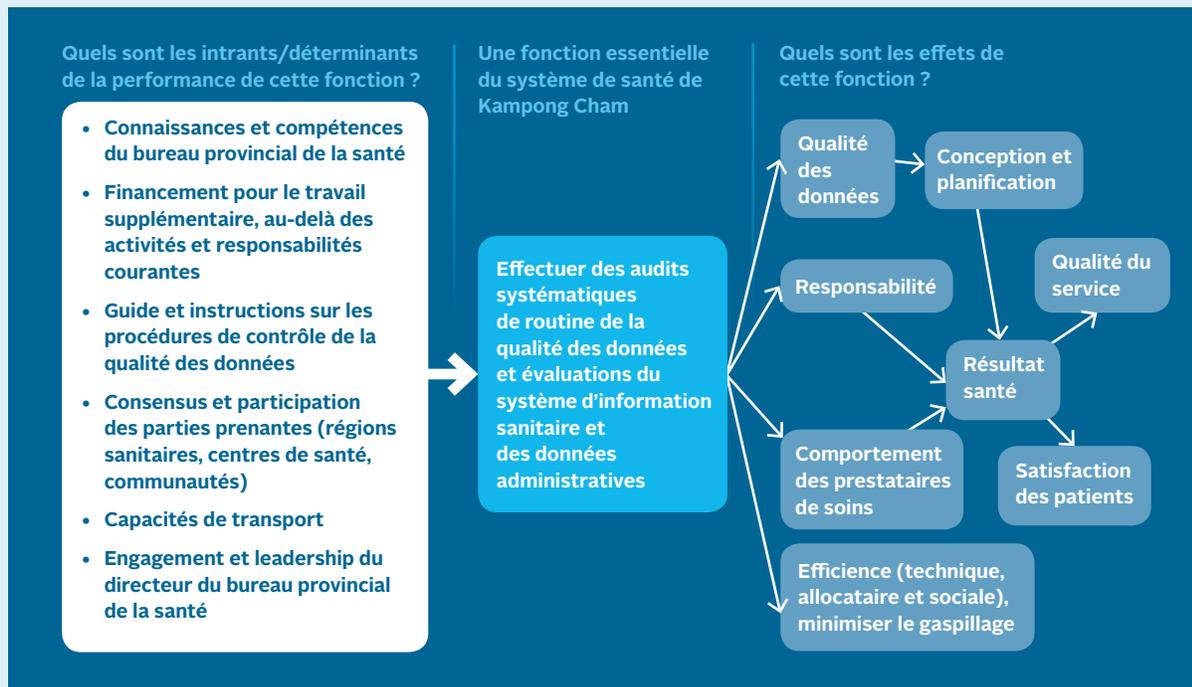


TABLEAU 4: EXEMPLE DE MATRICE DE MESURES DE LA PERFORMANCE POUR LA SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES PRODUITS MÉDICAUX

QUESTION DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	OBJECTIFS DE PERFORMANCE <sup>7</sup>
<b>Des procédures sont-elles en place pour contrôler la qualité du produit médical?</b>	Le pourcentage d'établissements de santé qui ont une procédure en place pour signaler les problèmes de qualité des produits	Conformément à la stratégie nationale de la santé, 80% des établissements de santé doivent avoir des procédures en place pour signaler les problèmes de qualité des produits
		Une amélioration de la tendance
	L'existence de procédures normalisées pour le contrôle de la qualité des produits de santé à la réception initiale au niveau central	Des procédures standardisées ont été rédigées et sont utilisées au niveau central pour tous les produits médicaux
		Les procédures normalisées vérifient: que les bons produits ont été reçus au bon moment et dans l'emballage correct, que les produits sont arrivés en bon état avec la durée de vie restante suffisante, et que la quantité expédiée est égale à la quantité reçue
	Le pourcentage de lots de produits pharmaceutiques qui ont subi un processus de contrôle qualité à la réception initiale selon les procédures standardisées	Conformément aux directives nationales, 100% des produits pharmaceutiques qui ne subissent pas des tests rigoureux (indépendant) avant expédition doivent subir des tests par lots après expédition
		Une amélioration de la tendance

<sup>7</sup> Ce ne sont que des exemples. Les objectifs réels sont très spécifiques au contexte et doivent être définis par l' EPP.

FIGURE 4: ARTICULATION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE AU TRAVERS DES TROIS DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE

	DÉTERMINANTS	FONCTION	RÉSULTATS
<b>Cadre de la performance pour le RSS</b>	Les intrants et les conditions qui soutiennent ou contraignent la performance	Le processus pour exécuter la fonction	Le résultat de l'exécution de la fonction, c'est-à-dire les produits et/ou les procédés impactés par une performance faible ou forte
	↓	↓	↓
<b>Questions de performance</b>	Est-ce que [la condition/l'intrant X] est en place/est suffisant pour soutenir la fonction?	Est-ce que le [processus X] est bien exécuté?	Y a-t-il des améliorations dans [l'état de santé, les services et/ou d'autres fonctions du système de santé X]?

#### ENCADRÉ 2: CRITÈRES POUR LA RÉDACTION DES INDICATEURS (RÉALISÉ PAR L'ENSEMBLE DU GROUPE POUR L'ENSEMBLE DES INDICATEURS SÉLECTIONNÉS ET AFFINÉS)

- L'indicateur est-il nécessaire et utile pour répondre à la question de l'évaluation de la performance?
- Est-ce que l'indicateur fournit une mesure claire et précise de la performance du système de santé dans un domaine spécifique?
- Y a-t-il une compréhension claire de la façon d'interpréter si l'indicateur indique un point fort ou une faiblesse dans la performance du système de santé?
- Les données pour cet indicateur sont-elles facilement disponibles?
- Les données pour cet indicateur sont-elles fiables et valides?

#### ENCADRÉ 3: IDENTIFIER LES OBJECTIFS DE PERFORMANCE DE LA DENSITÉ DES TRAVAILLEURS DE SANTÉ

Imaginez que l'une des questions de performance était «Est-ce que le système de santé a suffisamment de travailleurs de santé pour fournir des services essentiels?» Et les participants décident d'utiliser le nombre de médecins, d'infirmières et de sages-femmes pour 10,000 personnes en tant qu'indicateur de performance pour cette question. Et imaginez que l'EPP estime qu'il y a 30 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10,000 habitants. Est-ce que cela indique qu'il y a suffisamment de travailleurs de la santé, ou que le système de santé est face à une grave pénurie, et de combien? La réponse dépend de l'objectif de performance utilisé. Par exemple, l'EPP pourrait:

- Comparer le nombre à une norme internationale (par exemple, l'OMS fixe un seuil de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10,000 habitants)
- Comparer le nombre à un objectif national ou une norme
- Comparer le nombre avec d'autres pays avec un développement économique similaire (référence par comparaisons aux pairs)
- Comparer le nombre au même indicateur pour les années antérieures pour voir si il y a une augmentation, une diminution ou un tendance stable

Parce que l'on peut théoriquement générer des centaines de mesures de performance, le niveau d'effort pour la collecte de données pourrait être irréaliste. Si l'EPP utilise les trois indicateurs et les six objectifs du tableau 4, ils auront six indicateurs de performance liés aux processus de contrôle de la qualité, qui représente seulement une des nombreuses fonctions du système de santé. L'EPP devra être sélective sur les questions, les indicateurs et les objectifs de performance à inclure dans leur diagnostic.

Des détails sur le processus de développement d'une matrice de mesure de la performance, y compris les défis pour fixer des objectifs, sont décrits dans les Étapes 7a à 7b.

#### 7A) SÉLECTION DES QUESTIONS DE PERFORMANCE

L'EPP peut développer ses questions d'évaluation de la performance en examinant les cartes de performance qu'elle a créées, en identifiant les éléments des cartes qui représentent le mieux la performance de la fonction, puis en formulant des questions sur ces éléments (Figure 4).

L'EPP devra être sélective sur le nombre de questions d'évaluation auxquelles elle tente de répondre pour chaque fonction prioritaire du système de santé. Au minimum, nous suggérons de développer des questions liées directement au processus d'exécution de la fonction (la colonne centrale de la carte de performance). Pour une approche plus holistique du diagnostic de la performance, l'EPP pourrait aussi définir une ou deux questions concernant les résultats et les déterminants des cartes de performance, bien que des problèmes avec les déterminants puissent toujours être identifiés dans l'analyse des causes fondamentales (Phase IV) du diagnostic. L'annexe 8 donne des indications sur les méthodes de priorisation si l'EPP veut d'abord dresser une longue liste de questions et ensuite en prioriser quelques-unes pour chaque fonction prioritaire du système de santé.

Selon la disponibilité des membres du comité directeur et les préférences de l'EPP, ces questions de performance peuvent être développées avec les membres du comité directeur au cours d'une journée supplémentaire ajoutée à l'atelier de conception #1, ou les membres de l'EPP peuvent les développer par eux-mêmes après l'atelier. Une fois que les questions sont sélectionnées, elles peuvent être entrées dans une

matrice de mesure de la performance qui comprend également les sources de données (Annexe 6) et utilisées pour sélectionner les indicateurs de performance.

#### 7B) LA SÉLECTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

Les indicateurs précisent ce que l'EPP mesurera pour répondre aux questions de performance. Souvent, les indicateurs ne fournissent que des mesures imparfaites d'une réalité spécifique à un moment dans le temps.

L'EPP peut utiliser plusieurs approches pour développer les indicateurs de performance pour leur diagnostic:

1. Trouver des indicateurs du système de santé qui sont déjà utilisés (ou ont été utilisés) au niveau national ou local.
2. Choisir parmi des indicateurs génériques du système de santé développés par des organismes internationaux, et les adapter en fonction du contexte.
3. Générer de nouveaux indicateurs qui répondent directement aux questions de performance.

Pour chacune des trois approches, nous suggérons à l'EPP de discuter, de sélectionner et de réviser les indicateurs de performance à travers un second atelier de conception (atelier de conception # 2). L'atelier de conception #2 devrait commencer au moins quelques jours après l'atelier de conception #1 de sorte que l'EPP puisse préparer l'atelier sur les indicateurs sur la base des résultats du premier atelier. L'atelier de conception #2 devrait durer trois jours et impliquer l'EPP et les experts techniques pertinents. Pour les première et deuxième approches à la sélection des indicateurs, l'EPP devra se préparer pour l'atelier en recherchant et en énumérant les indicateurs existants et/ou génériques qui pourraient être utilisés.

Le choix d'indicateurs qui sont utilisés pour les stratégies sanitaires nationales ou locales ou qui ont été utilisés pour des évaluations préalables du système de santé est l'approche idéale car ils ont été testés dans le contexte local et les données devraient être facilement accessibles. Avant l'atelier de conception #2, l'EPP doit localiser les documents pertinents, les examiner et identifier et répertorier les indicateurs du système de santé qui peuvent être pertinents. Au

cours de l'atelier de conception #2, les participants peuvent ensuite passer en revue cette liste pour voir si certains indicateurs peuvent être utilisés pour répondre aux questions d'évaluation. L'inconvénient de cette approche est qu'il peut ne pas y avoir beaucoup d'indicateurs pertinents déjà en cours d'utilisation. Au Cambodge et au Kenya, nous avons constaté qu'il y avait très peu d'indicateurs utilisés pour évaluer la performance des fonctions du système de santé dans les domaines prioritaires identifiés. La plupart des indicateurs du système de santé étaient axés sur les produits des services de prestation et les résultats dans le domaine de la santé, et non pas les processus d'exécution des fonctions du système de santé.

La sélection parmi les indicateurs génériques du système de santé fournira un univers plus large d'indicateurs potentiel à choisir, mais il est probable que ces indicateurs devront être réécrits en fonction du contexte local, et les données peuvent ne pas être disponibles. En annexe à ce guide nous présentons une collection de tableaux de références, un pour chaque élément essentiel du système de santé qui énumère les indicateurs génériques de performance liés à des fonctions génériques du système de santé (Annexes 13-19).<sup>8</sup> Avant l'atelier de conception #2, l'EPP pourrait examiner ces tableaux, localiser les fonctions du système qu'ils ont identifiées comme prioritaires avec le comité directeur (c'est à dire dans le premier atelier), et en tirer les indicateurs génériques pertinents. (Voir l'Annexe 10 pour des instructions détaillées sur la façon d'utiliser ces tableaux et un exemple de fiche à utiliser.) Au cours de l'atelier de conception # 2, les participants peuvent alors examiner ces indicateurs potentiels, choisir ceux qu'ils pensent convenir, et les réécrire en fonction du contexte et pour répondre aux questions de performance.

Générer de nouveaux indicateurs peut parfois être le meilleur moyen de développer des indicateurs pertinents. Par exemple, au Kenya, l'équipe du DR veut savoir si les audits de qualité des données (AQD) sont effectués régulièrement. Ils savent que les équipes de gestion sanitaire de district sont censées les mettre en œuvre tous les six mois alors ils ont créé l'indicateur de performance «Pourcentage de districts qui ont

effectué une AQD au cours des six derniers mois.» Au cours de l'atelier, les participants doivent examiner la liste des fonctions du système de santé et discuter des attributs mesurables qu'ils pourraient utiliser pour juger si la performance est forte ou faible. A partir de cette discussion, les participants devraient élaborer des indicateurs spécifiques et mesurables.

Dans la plupart des cas, les participants devront utiliser une combinaison de ces trois approches. Nous suggérons de les utiliser dans l'ordre présenté ci-dessus, à commencer par le choix des indicateurs existants, en essayant de combler les lacunes avec des indicateurs génériques établis, puis élaborer de nouveaux indicateurs pour combler les lacunes restantes.

Lorsque nous avons testé cet outil, il y avait une tendance à développer beaucoup plus d'indicateurs que ce qui pouvait être couvert par le diagnostic. Une fois qu'une première série d'indicateurs a été sélectionnée, il peut être nécessaire de réduire la liste grâce à un processus de sélection ou de notation. Ce processus devrait être aussi systématique que possible, ce qui signifie que les participants doivent tous être d'accord et utiliser un ensemble commun de critères pour juger et/ou attribuer un score à chacun des indicateurs pour décider quels sont ceux qu'il faut supprimer. L'annexe 8 fournit quelques indications générales sur les méthodes pour établir des priorités qui pourraient être utiles. Dans l'encadré 2, nous présentons une liste de critères génériques (sous la forme de questions) que les participants peuvent utiliser pour systématiquement discuter et noter les indicateurs.

### 7C) DÉFINITION DES OBJECTIFS DE PERFORMANCE

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les objectifs de performance doivent fournir un moyen simple d'analyser les indicateurs, c'est-à-dire d'interpréter si la performance liée à une fonction particulière du système de santé est forte ou faible (voir encadré 3). Cette manière de décider de la force ou de la faiblesse sera souvent très spécifique au contexte et il y a différents types d'objectifs qui peuvent être utilisées pour différents types d'indicateurs. Voici les types d'objectifs de performance simples à prendre en compte pour chaque indicateur:

<sup>8</sup> TCeux-ci sont consolidés à partir des dernières références sur l'évaluation des systèmes de santé, regroupées dans des publications récentes de l'OMS: (HMN 2008b; de Savigny and Adam 2009; WHO 2010a; WHO 2011), USAID (USAID 2009), Abt Associates (Islam 2007), le Fonds Mondial (GFATM 2009), et le Management Sciences for Health (MSH 2006, 2010) entre autres.

Pour les indicateurs quantitatifs:

- Les normes nationales
- Les normes internationales
- Les tendances
- Les analyses comparatives par les pairs

**Pour les indicateurs qualitatifs:**

- Existence (c'est-à-dire: une politique ou une pratique existent-ils?)
- Les qualités idéales (c'est-à-dire: les normes sur les attributs de quelque chose)

Certains défis potentiels pour les objectifs:

- Les normes nationales et internationales peuvent ne pas exister.
- Des données pluriannuelles peuvent ne pas être disponibles pour analyser les tendances.
- Des données comparables peuvent ne pas être disponibles pour l'analyse comparative par les pairs.
- Les participants à l'atelier de conception peuvent ne pas être en mesure d'établir un objectif. Par exemple, d'autres personnes-clés qui ne sont pas présentes peuvent ne pas être d'accord que la cible est appropriée.

Les participants doivent essayer d'établir des cibles pour chaque indicateur, mais cela peut ne pas être possible. La participation d'experts techniques peut aider à faciliter cette tâche de façon considérable. Si les objectifs pour un indicateur ne peuvent pas être élaborés, cependant, l'EPP devrait néanmoins recueillir les données et analyser les résultats avec les parties

prenantes clés au cours du processus de validation des données à la fin de la Phase III/début de la phase IV.

#### **7D) IDENTIFIER LES SOURCES POTENTIELLES DE DONNÉES ET LES MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES**

Pour compléter la matrice des indicateurs de performance, les participants aux ateliers devront déterminer où et comment l'EPP obtiendra les données. Pour conserver la rapidité du diagnostic, l'EPP s'appuiera principalement sur des entretiens avec des informateurs clés et la collecte de données secondaires provenant de sources existantes, telles que:<sup>9</sup>

- Les rapports officiels du gouvernement et les bases de données
- Des bases de données internationales et régionales
- La littérature grise des agences internationales non gouvernementales (rapports, etc.)
- Des évaluations indépendantes et des études

Les participants à l'atelier doivent être précis sur les sources de données, y compris l'emplacement physique ou le représentant officiel à qui rendre visite pour obtenir les données.<sup>10</sup> Ces détails rendront plus facile l'élaboration d'un plan et des outils de collecte de données à l'étape 8.

Lorsque toutes les sources de données sont identifiées pour chaque indicateur, les participants à l'atelier auront complété leurs mesures de performance. Le tableau 5 donne un exemple illustratif des indicateurs de performance pour une fonction du système de santé: l'audit de la qualité des données du système d'information sanitaire (SIS). Les participants à l'atelier auront élaboré un tableau comme celui-ci pour chacune de leurs fonctions prioritaires du système de santé. Il y a un modèle vierge de ce tableau en Annexe 6.

<sup>9</sup> A l'Annexe 5, nous décrivons ces différents types de sources et discutons de certaines de leurs limites. Nous mentionnons également la liste de sources spécifiques pour des sources secondaires, avec des liens vers les sources si disponible.

<sup>10</sup> Cela nécessite une très forte connaissance du contexte spécifique des données existantes sur le système de santé, des structures et des personnes clés. Il est très important que ces connaissances soient disponibles parmi les membres de l'équipe.

---

## Étape 8) Élaborer un plan de travail du projet précisant les responsabilités et les délais

Après avoir identifié les mesures de performance, l'EPP peut alors élaborer un plan de travail détaillé pour la mise en œuvre des phases III (collecte et analyse des données), IV (analyse des causes fondamentales) et V (rédaction du rapport et diffusion) du diagnostic. Ce plan de travail devrait inclure:

- La déclaration d'intention
- Les indicateurs de performance
- Les étapes clés (avec des délais) et les activités (avec le niveau d'effort estimé) pour les phases III, IV et V,<sup>11</sup> y compris combien de fois l'EPP se réunira.
- Les responsabilités (principalement, qui, parmi les membres de l'EPP, sera responsable de chaque activité).

Une fois que le plan de travail est terminé, une réunion du comité directeur doit être organisée pour que l'EPP présente et obtienne des commentaires sur le plan de travail du projet.

<sup>11</sup> Les étapes décrites pour ces phases dans les sections suivantes sont essentiellement les grandes lignes du plan de travail.

TABLEAU 5: UN EXEMPLE D'UNE MATRICE DE DES MESURES DE PERFORMANCE POUR UNE FONCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

FONCTION PRIORITAIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ: AUDITER LA QUALITÉ DES DONNÉES DU SIS				
	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	OBJECTIFS DE PERFORMANCE	SOURCES DES DONNÉES ET MÉTHODES
<b>Déterminants de la performance de la fonction prioritaire</b>	Des équipes de la qualité des données (EDQD) ont-elles été formées aux districts?	% De districts qui ont formés des EDQD	80% des districts	Compte-rendu des réunions des EDQD
	Les EDQD ont-elles été orientées sur la stratégie nationale de vérification de la qualité des données?	% des districts où les EDQD ont été orientées sur la stratégie AQD	80% des districts	Rapport sur l'orientation des EDQD sur la stratégie AQD
<b>Processus pour exercer la fonction</b>	Les AQD sont-ils mis en œuvre par les équipes cadres du district (ECD)?	% des ECD qui ont fait un AQD au cours des trois derniers mois	22 des 32 districts (69%) pour l'année 1	Rapports AQD provenant du chef des informations des dossiers de santé
		% des ECD se servant d'outils standardisés pour leurs AQD	22 des 32 districts (69%) pour l'année 1	Rapports AQD provenant du chef des informations des dossiers de santé
		% Des ECD utilisant des évaluations de données pour la planification AQD	22 des 32 districts (69%) pour l'année 1	Rapports AQD provenant du responsable du SIS
<b>Les effets d'exécution de la fonction</b>	Données fiables	% des données du SIS qui sont correctes	95% de données valides	Rapports AQD provenant du responsable du SIS
	Données complètes	% des données du SIS qui sont complètes	95% de données complètes	Rapports AQD provenant du responsable du SIS



## RECUEILLIR DES DONNÉES ET ANALYSER LES POINTS FORTS ET LES FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Nous avons divisé le processus de collecte et d'analyse des données en trois étapes:

**ÉTAPE 9)** Mettre en place un système de gestion des données

**ÉTAPE 10)** Rassembler les données pour les indicateurs

**ÉTAPE 11)** Analyser les données pour identifier les points forts et les faiblesses du système de santé

A la fin de cette phase, les résultats de performance seront disponibles et présentés sur des bulletins de note.

### Étape 9) Mettre en place un système de gestion des données et des outils de collecte de données

L'EPP a besoin d'élaborer des outils pour la collecte des données et d'établir un système de gestion des données.

#### LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

Les outils de collecte de données nécessaires pour les indicateurs peuvent être simplement des listes de contrôle (checklists) que les membres de l'EPP utiliseront durant leurs visites et entrevues. Par exemple, au Kenya, l'équipe du DR a un formulaire listant les données à recueillir à travers des visites de 32 bureaux de gestion des districts, et un formulaire listant les données à recueillir auprès d'un échantillon d'établissements de santé, etc. (voir la figure 8 dans l'Annexe 7). Pour des entretiens auprès d'informateurs clés ou des discussions consensuelles (c'est-à-dire des groupes de discussion), l'EPP doit définir une liste de questions pour l'entretien ou la discussion.

#### UN SYSTÈME DE GESTION DE DONNÉES

Une fois les données recueillies, elles doivent être saisies/enregistrées/agrégées en un endroit centralisé. Le système de gestion des données le plus simple serait de construire des tableaux Microsoft Excel<sup>®</sup> pour documenter les données, tenir des dossiers papier pour stocker les copies papier originales (par exemple, les formulaires et les notes), et désigner une personne responsable de la saisie des données et de la gestion des tableaux et des fichiers.

Au Kenya, nous avons organisé ces données dans un système de tableau de bord, avec les données brutes de chaque niveau administratif (district, hôpitaux, établissements de soins et communautés), un tableau de bord avec un résumé des résultats pour tous les indicateurs, et une fiche bilan modèle qu'ils vont utiliser pour présenter les résultats pour l'ensemble des indicateurs sur chaque fonction du système de santé individuelle (en utilisant des graphiques et des diagrammes en araignée). Nous avons inclus les captures d'écran du système de gestion des données du Kenya dans l'Annexe 7.

### Étape 10) Rassembler les données

Une fois que les plans sont en place et les outils sont mis au point, la mise en œuvre de la collecte de données devrait être assez simple. L'EPP doit tenir des réunions hebdomadaires pour suivre les progrès et régler les problèmes à mesure qu'ils surviennent. Ils doivent aussi demander de l'aide si nécessaire aux experts techniques de FHI 360 et aux autres partenaires et aux membres du comité directeur. En cas de retard, des ajustements

doivent être apportés au calendrier (et communiqués aux parties prenantes du projet), mais l'EPP doit être économe avec ces extensions et imposer des limites de temps sur la phase de collecte de données. Il peut y avoir de nombreuses lacunes dans la disponibilité des données et des problèmes de logistique, mais il est préférable de noter ces lacunes et passer à la phase suivante de l'étude au lieu de s'enliser dans cette phase (par exemple, en commençant la collecte de données primaires au lieu de collecter les données existantes).

Ci-dessous nous proposons quelques conseils généraux sur les sources de données et les méthodes.

#### LA COLLECTE DE DONNÉES À PARTIR DE DOCUMENTS EXISTANTS ET DES BASES DE DONNÉES

Les activités liées à la collecte des données provenant de sources secondaires sont assez simples:

1. Identifier les documents/bases de données où l'indicateur est signalé ou les personnes qui savent où trouver les informations nécessaires pour calculer l'indicateur.
2. Évaluer la qualité des données (l'exhaustivité, la fiabilité, la validité/la précision<sup>12</sup> et le respect de échéances) et de l'analyse qui les accompagne.<sup>13</sup>
3. Enregistrer les données nécessaires et les notes sur le formulaire de collecte de données/checklist (voir l'exemple du Kenya dans l'annexe 7).
4. Si les données sont indisponibles ou inutilisables, noter l'insuffisance et discuter des autres sources de preuves ou des indicateurs alternatifs pendant les réunions d'équipe.

<sup>12</sup> La précision ou la validité est l'exactitude d'une mesure quantitative. La fiabilité est la précision des données recueillies. Un système hautement fiable est celui qui donne les mêmes résultats ou des résultats très similaires si utilisé pour mesurer la même chose plus d'une fois.

<sup>13</sup> Nous supposons que les membres de l'EPP avec une expertise en S & E sauront évaluer la qualité des données, toutefois, le DRDD de FHI 360 ou le Département de l'information stratégique de FHI 360 peut apporter un soutien.

<sup>14</sup> Des réunions de groupes de discussion ciblée peuvent être un moyen efficace de recueillir des points de vue de la part des parties prenantes sur des problèmes. Le processus de consensus au sein de groupes de discussion fournit un système d'évaluation entre des opinions différentes qui peut apporter des renseignements supplémentaires et des nuances qui ne peuvent pas venir des EIC individuels. L'EPP peut toujours compléter ces réunions avec des EIC plus ciblés.

<sup>15</sup> Un document de quatre pages du Centre pour l'information et l'évaluation de l'USAID ([http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNABS541.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABS541.pdf)) fournit des indications utiles sur la planification, la réalisation et l'application de l'évidence recueillie à partir d'entretiens auprès d'informateurs clés.

#### L'OBTENTION D'INFORMATIONS AU MOYEN D'ENTRETIEN AUPRÈS D'INFORMATEURS CLÉS ET DE RÉUNIONS DE CONSENSUS (GROUPE DE DISCUSSION) AVEC DES RESPONSABLES GOUVERNEMENTAUX ET DES EXPERTS

Les entretiens avec des informateurs clés (EIC) et les réunions de groupes de discussion cible<sup>14</sup> avec des fonctionnaires et des experts peuvent être des méthodes utiles pour: 1) la collecte de preuves supplémentaire ou manquantes pour les indicateurs de performance, et 2) la validation et l'obtention de perspectives sur les conclusions initiales.

Pour certains indicateurs, l'EPP peut avoir besoin de savoir s'il existe une certaine politique, une pratique ou une ligne budgétaire, ou de connaître les qualités des politiques ou des pratiques. Souvent, ces derniers peuvent être évalués par l'examen de documents, mais parfois les documents nécessaires ne sont pas disponibles, imprécis ou obsolètes. Cela ne s'applique pas seulement aux mesures qualitatives. Parfois des sources de données secondaires pour des mesures quantitatives peuvent être incomplètes ou peu claires, ou deux sources peuvent être en conflit les unes avec les autres. Dans ces circonstances, les EIC et les groupes de discussion peuvent être une voie directe pour arriver aux réponses que l'EPP recherche.

En plus d'offrir de nouvelles preuves à l'EPP, les EIC et les groupes de discussion peuvent aider l'EPP à mieux comprendre si les premiers résultats qu'ils ont trouvés sont exacts et si les résultats indiquent un point fort ou une faiblesse du système de santé du pays.<sup>15</sup> Par exemple, l'EPP peut trouver une tendance qui s'aggrave au niveau du temps nécessaire pour que les médicaments essentiels soient acheminés du port au point de service. Cependant, l'EPP peut trouver dans

un entretien avec un informateur clé que ce n'est que temporaire et dû à un projet d'investissement dans les grandes infrastructures actuellement en cours pour améliorer la capacité de stockage et de transport. L'EPP devrait utiliser les EIC pour contextualiser et valider les résultats les plus frappants et/ou les plus susceptibles de devenir l'objet d'efforts de RSS.

Lors de l'utilisation des preuves provenant d'EIC et des groupes de discussion, l'EPP doit veiller à:

1. Documenter et représenter les perspectives des informateurs clés avec précision
2. Expliquer sur quelles expériences ou preuves ils fondent leurs points de vue
3. Tenir compte des biais potentiels qui pourraient affecter les perspectives individuelles ou de groupe
4. Trianguler leurs points de vue avec des données existantes, des faits documentés, ou des points de vue d'autres informateurs clés ou groupes qui ne sont pas soumis aux mêmes biais

Quel que soit le format qu'utilise l'EPP, il doit aider à consolider les résultats de tous les différents paramètres liés à chaque fonction prioritaire du système de santé, et à communiquer rapidement et facilement les points forts et les faiblesses. Le Tableau 7 illustre l'utilisation du bulletin de note avec les résultats spécifiques sur la droite et les résultats généraux au bas du tableau.

A la fin de la phase III l'EPP aura un bulletin de note complet pour chaque fonction sélectionnée.

---

### Étape 11) Analyser les points forts et les faiblesses du système de santé

Les indicateurs de performance ont pour objectif ultime d'aider l'EPP (et les utilisateurs des résultats du diagnostic) à identifier les opportunités de renforcer le système de santé. Pour identifier ces opportunités, l'EPP doit analyser les données recueillies par rapport aux objectifs de performance – ou dans le cas où des objectifs n'existent pas, à travers des discussions structurées avec les principales parties prenantes - pour déterminer si les données indiquent des points forts ou des faiblesses liées aux fonctions prioritaires du système de santé.

L'EPP doit trouver un moyen de présenter les résultats de cette analyse, comme dans le bulletin de note présenté ci-dessous (Tableau 6) pour le rapport du Kenya de l'Annexe 7. Le Tableau 6 comprend une colonne avec un code de couleur pour la notation de chaque indicateur de performance et une rangée au bas de la table pour présenter les conclusions générales sur la performance de la fonction.

TABLEAU 6: UN BULLETIN DE NOTES POUR ANALYSER ET PRÉSENTER DES DONNÉES

FONCTION PRIORITAIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ					
QUESTIONS DE PERFORMANCE	MESURES DE PERFORMANCE	RÉSULTATS DE PERFORMANCE	ANALYSE SOUS FORME DE BULLETIN DE NOTE		
Questions de performance 1	Indicateur de performance et objectif 1.A	Par exemple, des données de tendance, des données qualitatives, comparaison à une norme nationale, une norme internationale, ou une référence	Faible	Mitigé	Fort
	Indicateur de performance et objectif 1.B	Par exemple, des données de tendance, des données qualitatives, comparaison à une norme nationale, une norme internationale, ou une référence	Faible	Mitigé	Fort
Questions de performance 2	Indicateur de performance et objectif 2.A	Par exemple, des données de tendance, des données qualitatives, comparaison à une norme nationale, une norme internationale, ou une référence	Faible	Mitigé	Fort
<b>Données et résultats supplémentaires:</b>					
<b>Données manquantes:</b>					
<b>Discussion des résultats et appréciation générale:</b>			Points faibles généraux	Points mitigés généraux	Point forts généraux

TABLEAU 7: UN EXEMPLE ILLUSTRATIF DE L'ANALYSE ET DES RÉSULTATS DES INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR LA SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES PRODUITS MÉDICAUX<sup>16</sup>

FONCTION PRIORITAIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ: SURVEILLER LA QUALITÉ DES PRODUITS MÉDICAUX			
QUESTIONS DE PERFORMANCE	MESURES DE PERFORMANCE	RÉSULTATS DE PERFORMANCE	ANALYSE SOUS FORME DE BULLETIN DE NOTE
La qualité des produits médicaux est-elle contrôlée?	Est-ce que 80% des établissements de santé ont une procédure en place pour signaler les problèmes de qualité des produits, conformément à la stratégie nationale de santé?	Selon l'enquête des établissements 2008/09, 60% des établissements de santé publics et privés ont actuellement une procédure en place pour signaler les problèmes de qualité des produits.	Faible - Le pays n'a pas atteint son objectif national.
	Les procédures normalisées pour le contrôle de la qualité des produits de santé à la réception initiale au niveau central sont-elles documentées et utilisées?	Selon les dossiers administratifs des entrepôts médicaux centraux, il y a des procédures écrites standardisées et elles sont utilisées pour tous les médicaments essentiels au niveau central. Cependant, elles ne sont pas systématiquement utilisées pour tous les produits médicaux.	Mitigé - Des procédures normalisées existent et elles sont appliquées de façon uniforme pour les médicaments essentiels mais de manière inégale pour d'autres produits médicaux.
<b>Données et résultats supplémentaires:</b> Un pourcentage plus élevé d'établissements du secteur public (72%) a des procédures de déclaration mises en place que dans les établissements du secteur privé (55%). En outre, tous les établissements n'ayant pas de procédures de notification sont des établissements de soins primaires situés dans les zones rurales.			
<b>Données manquantes:</b> Seule une enquête auprès des établissements nationaux a été achevée (2008/09); il n'est donc pas possible d'analyser les tendances.			
<b>Discussion des résultats et appréciation générale:</b> Étant donné que les établissements dans les zones rurales ne disposent pas de procédures en place pour signaler les problèmes de qualité, il est possible que l'existence de produits de mauvaise qualité ne soit pas signalée. Une surveillance incohérente de la qualité des produits au niveau central signifie également que des fournitures de qualité inacceptable pourraient entrer dans le pays. Les données ne sont pas disponibles pour évaluer s'il existe une nette tendance positive pour améliorer cette situation.			La qualité des produits médicaux n'est pas suffisamment contrôlée.

| <sup>16</sup> Ceci est un exemple fictif.



## ANALYSE DES CAUSES FONDAMENTALES DES FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Après que l'EPP ait identifié les points forts et les faiblesses du système de santé, elle peut approfondir son travail sur les causes fondamentales de certaines de ces faiblesses<sup>17</sup>. Dans un système de santé, les relations de cause à effet ne sont souvent pas linéaires. Les problèmes dans le système sont le résultat de la dynamique du système et de conditions variées. Grâce à une analyse des causes fondamentales (ACF), nous pouvons identifier systématiquement les diverses causes sous-jacentes et interconnectées d'un problème. Comprendre les causes fondamentales des faiblesses du système de santé est une première étape nécessaire pour concevoir des interventions efficaces de RSS pour répondre à ces faiblesses. La plupart des problèmes de performance proviennent de plusieurs causes.

L'analyse des causes fondamentales se compose de trois étapes:

**ÉTAPE 12)** L'EPP présentera ses conclusions aux parties prenantes clés (le comité directeur et autres) afin de les valider et d'identifier les faiblesses prioritaires à explorer à travers une analyse des causes fondamentales (ACF).

**ÉTAPE 13)** L'EPP, le comité directeur, et d'autres parties prenantes clés généreront des hypothèses sur les causes fondamentales des faiblesses sélectionnés.

**ÉTAPE 14)** L'EPP se rassemblera et analysera les données sur les causes fondamentales.<sup>18</sup>

### LA PLANIFICATION DE LA VALIDATION DES DONNÉES ET ATELIER DE PLANIFICATION ACF

Nous suggérons que l'EPP débute la phase IV avec un atelier court de deux jours pour:

1. Valider les résultats de la Phase III

2. Identifier les faiblesses prioritaires en tant que candidats potentiels pour les interventions de RSS, et sélectionner jusqu'à trois faiblesses du système de santé pour l'ACF

3. Planifier les activités liées à l'ACF

Pour préparer l'atelier, l'EPP devra:

- Planifier et organiser la logistique de l'atelier
- Identifier les parties prenantes<sup>19</sup> externes qui participeront à la première journée de l'atelier
- Inviter les participants à l'atelier
- Préparer la feuille de résultats à partager avec les participants
- Préparer une présentation des résultats

<sup>17</sup> Une cause fondamentale est l'échec d'un processus qui, une fois résolu, empêche la répétition du problème

<sup>18</sup> Pour ces enquêtes, l'EPP s'appuiera sur les recherches existantes, les experts et des perspectives internes, ainsi que sur l'expertise des employés de FHI 360.

<sup>19</sup> Les parties prenantes sont les gens qui peuvent valider/contester les conclusions et identifier les faiblesses prioritaires du système de santé.

---

## Étape 12) Valider les résultats de la Phase III et identifier les faiblesses prioritaires

La première journée de cet atelier devrait impliquer un large éventail d'acteurs dans le domaine de la santé, y compris certains des informateurs clés que l'EPP a utilisé pour recueillir des données. La première moitié de la première journée comprendra la présentation et la discussion des résultats avec ce large groupe, leur permettant de contester et ajouter à ce que l'EPP a trouvé.

La deuxième moitié de la journée, peut ensuite être utilisée pour engager ce même groupe dans une activité de classement pour identifier les faiblesses prioritaires du système de santé qui pourraient être envisagées pour les interventions de RSS. A l'Annexe 8, nous donnons des conseils sur les méthodes pour établir les priorités qui peuvent être utiles pour ce processus.

---

## Étape 13) Choisir les sujets pour l'analyse des causes fondamentales et formuler les hypothèses sur les causes

La deuxième journée de l'atelier inclurait alors seulement l'EPP, les experts techniques de FHI 360, et les principaux partenaires pour sélectionner jusqu'à trois problèmes pour l'ACF, qui commenceraient à formuler des hypothèses sur les causes fondamentales potentielles à explorer. Si l'EPP préfère, le comité directeur pourrait également être impliqué pour obtenir une perspective plus large.

Parce que les systèmes de santé sont très complexes, il est impossible de procéder à une analyse complète des causes fondamentales de toutes les faiblesses identifiées à la phase III. Nous recommandons que l'EPP effectue une ACF pour un maximum de trois faiblesses prioritaires du système de santé, qui permettront à l'EPP de se familiariser avec le processus afin qu'ils puissent le faire à l'avenir dans le cadre de la conception des interventions de RSS. De toute évidence, le nombre d'ACF dépend des ressources disponibles, ressources humaines pour la plupart.

### SÉLECTION DE SUJETS POUR L'ACF

Le choix des sujets pour l'ACF sera essentiellement basé sur la discussion et le classement des faiblesses prioritaires identifiées la journée précédente (qui a impliqué un groupe plus large de parties prenantes). Cependant, ce choix peut ne pas être aussi simple que de sélectionner les trois meilleures priorités. L'EPP peut préférer choisir les sujets en utilisant certains critères techniques, en plus de l'ordre de priorité. Par exemple, l'EPP pourrait envisager la faisabilité technique et politique des solutions. Ainsi, les trois thèmes retenus pour l'ACF peuvent provenir des 5 ou 10 premières faiblesses classées prioritaires.

### GÉNÉRER DES HYPOTHÈSES SUR LES CAUSES FONDAMENTALES

Après avoir sélectionné les sujets pour l'ACF, les participants à l'atelier peuvent passer le reste de la journée à formuler des hypothèses sur les causes fondamentales potentielles de ces sujets. Cette étape est cruciale et ne doit pas être précipitée. Ces hypothèses deviendront les domaines que l'EPP validera; il est donc important que la liste initialement développée soit bien réfléchie et informée par une certaine connaissance du système de santé, qui proviendra de la section sur les déterminants des cartes de performance développées dans la Phase II, les résultats de la Phase III, ainsi que les connaissances et l'expérience des participants de l'atelier.

Bien qu'il existe de nombreux outils que l'on pourrait utiliser pour développer ces hypothèses, nous suggérons d'utiliser un «diagramme en arête de poisson» pour identifier systématiquement les causes liées à chaque élément essentiel du système de santé (Figure 5).

En utilisant ce diagramme en arête de poisson et en se référant aux conclusions de la phase III, les participants de l'atelier peuvent systématiquement réfléchir aux causes fondamentales liées à chaque composante du système de santé. Ce processus commence en écrivant une faiblesse du système de santé particulière dans la tête du poisson (à l'extrême droite de la Figure 5), puis en se demandant pourquoi ce problème existe, en considérant les causes potentielles liées à chaque composante du système de santé, et en les écrivant dans le squelette du poisson. Mais le processus ne s'arrête pas là. Les participants à l'analyse des causes fondamentales se demandent "pourquoi?" pour chacune de ces causes

ENCADRÉ 4: EXEMPLE DE PROGRAMME POUR LA VALIDATION DES DONNÉES ET L'ATELIER D'ACF

JOUR 1	JOUR 2
<p><b>Participants: EPP, comité directeur, informateurs clés, et un expert de FHI 360 département de RSS de FHI 360</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenue et introduction</li> <li>• Revoir le but et l'orientation du DR</li> <li>• Présenter un résumé des résultats de la Phase III</li> <li>• Discuter des résultats</li> <li>• Identifier et discuter des faiblesses prioritaires du système de santé pour le pays, la province/le district et/ou le programme</li> </ul>	<p><b>Participants: EPP et le et un expert de FHI 360</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner les faiblesses prioritaires, et sélectionner jusqu'à trois pour l'ACF</li> <li>• En utilisant des diagrammes en arête de poisson, et en s'appuyant sur des preuves de la Phase III du diagnostic, réfléchir aux facteurs qui contribuent à chaque faiblesse</li> <li>• Identifier (hypothèse) les facteurs essentiels qui contribuent à la faiblesse (ceux qui peuvent être modifiés et, en cas de modification, conduirait à une performance solide)</li> <li>• Déterminer quelles informations sont nécessaires pour valider ou invalider ces hypothèses</li> </ul>

FIGURE 5: UN MODÈLE DE DIAGRAMME EN ARÊTE DE POISSON POUR FORMULER DES HYPOTHÈSES SUR LES CAUSES FONDAMENTALES DES FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ

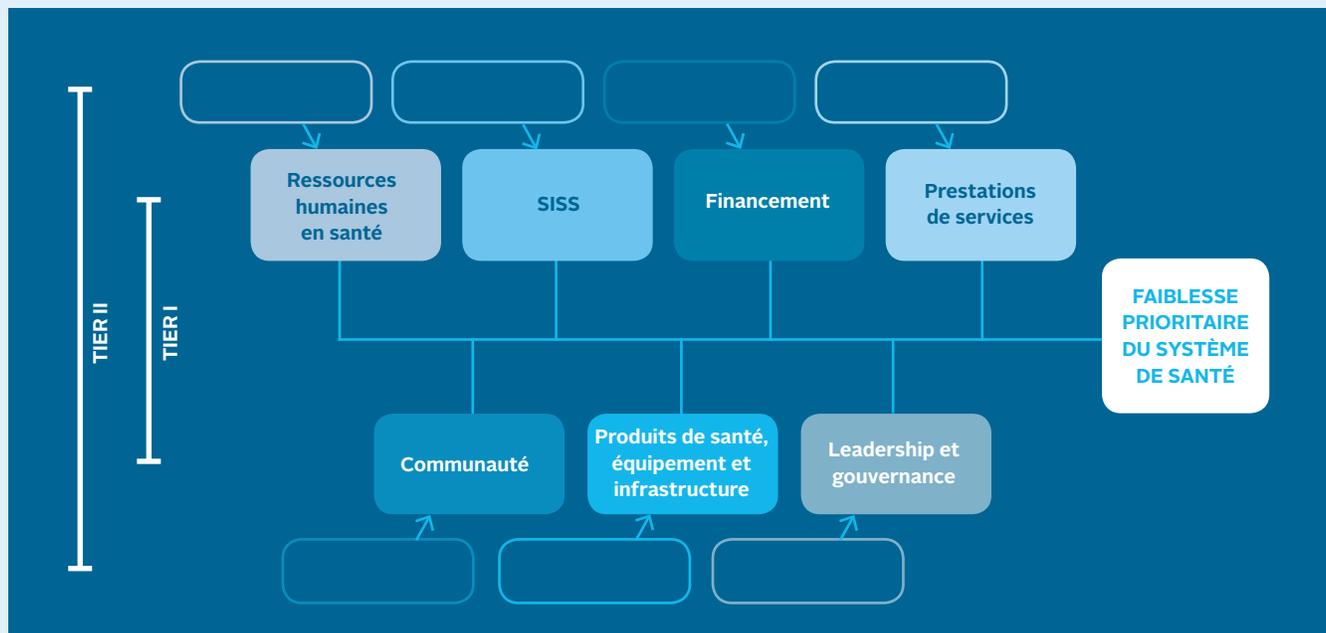


FIGURE 6: UN EXEMPLE D'UN DIAGRAMME EN ARÊTE DE POISSON SUR LES CONTRAINTES DU SYSTÈME DE SANTÉ EN INDONÉSIE <sup>20</sup>



<sup>20</sup> À l'extrême droite (l'arête de poisson «tête») il y a un objectif primordial et un problème critique. En se déplaçant vers la gauche à travers le squelette du poisson, on trouve les facteurs critiques soupçonnés de causer le problème.

FIGURE 7: PRÉSENTER LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES CAUSES FONDAMENTALES SOUS FORME GRAPHIQUE



TABEAU 8: TABLEAU DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES CAUSES FONDAMENTALES

TIERS	EFFET	CAUSE	RELATION HYPOTHÉTIQUE	EVIDENCE (VALIDANT OU INVALIDANT)	IMPORTANCE
I	Faiblesse prioritaire du SS	Problème des RHS # 1			
		Problème des RHS # 2			
		Problème de financement # 1			
		Problème de gouvernance # 1			
		Problème de gouvernance # 2			
II	Problème des RHS # 1	Cause # 1 du problème des RHS 1			
	Problème des RHS # 2	Cause # 1 du problème des RHS 2			
		Cause # 2 du problème des RHS 2			
	Problème de financement # 1	Cause # 1 du problème de financement 1			
	Problème de gouvernance # 1	Cause # 1 du problème de gouvernance 1			
Problème de gouvernance # 2		Cause # 1 du problème de gouvernance 2			
III	Cause # 1 du problème des RHS 2	Cause secondaire de la cause # 1 du problème des RHS 2			

potentielles et continuent à se le demander jusqu'à ce qu'ils épuisent leurs réponses. Cette technique est connue sous le nom des «cinq pourquoi,» mais il n'y a pas de nombre maximum défini de «pourquoi» qui doivent être posés.

## Étape 14) Recueillir et valider les preuves sur les causes fondamentales

### RECUEILLIR DES DONNÉES POUR VALIDER LES CAUSES FONDAMENTALES HYPOTHÉTIQUES

La collecte de données pour enquêter sur les causes profondes hypothétiques au sein d'un système complexe peut être une tâche monumentale. Cependant, nous allons contenir le niveau d'effort en nous appuyant sur des données qui peuvent être disponibles rapidement avec peu d'effort, y compris :

- L'état des connaissances actuelles sur les faiblesses du système de santé
- Les connaissances des fonctionnaires et autres initiés

Essentiellement, l'EPP a besoin de tester l'hypothèse sur la cause et l'effet que les participants de l'atelier ont développé autour du diagramme en arête de poisson. Pour ce faire, l'EPP recueillera des preuves à partir des documents de recherche existants et auprès des informateurs clés qui confirment ou infirment ces hypothèses, et/ou qui fournissent d'autres explications des causes fondamentales.

L'EPP devrait commencer par localiser les documents officiels ou d'une recherche existants qui fournissent des preuves (ou une analyse fondée sur des preuves) sur la faiblesse et les causes hypothétiques. Par exemple, si les participants aux ateliers émettent l'hypothèse que la faible rémunération des travailleurs est une cause d'attrition précoce élevée, l'EPP pourrait utiliser des études sur les salaires des travailleurs et des données sur les raisons de l'attrition précoce des travailleurs.

Au-delà des études et des données publiées, l'EPP peut également compter sur les experts clés ou les initiés (représentants du gouvernement, des bailleurs de fonds, chercheurs, employés de FHI 360, etc.) qui ont un point de vue éclairé sur ces questions. En décidant qui interroger, l'EPP devra équilibrer leur temps limité

avec la nécessité de trianguler ce qu'ils apprennent auprès d'informateurs. Autrement dit, chaque entretien nécessite du temps pour la préparation, mener l'entretien, documenter les réponses et analyser les résultats. D'autre part, les informateurs ont tous des biais qui affectent leurs points de vue, ce qui nécessite que l'EPP obtienne des perspectives multiples pour trianguler et valider, ou remettre en question, les réponses des informateurs. Cela peut parfois se faire de manière plus efficace par le biais de groupes de discussion, où la discussion fournit une évaluation et une analyse des points de vue divergents. Que des groupes de discussion ou des EIC soient utilisés, le but est d'obtenir une diversité de points de vue afin de surmonter les préjugés institutionnels ou individuels avec un niveau d'effort raisonnable

### VALIDATION DES CAUSES HYPOTHÉTIQUES

Pour chaque cause potentielle, l'EPP devrait utiliser les preuves existantes pour répondre, le mieux possible, à ces simples questions :

- Y a-t-il une logique de cause à effet?
- Quelle est l'importance de cette relation en tant que cause fondamentale de la faiblesse prioritaire du système de santé (quel effet sa résolution aurait-elle sur la faiblesse prioritaire du système de santé)?
- Sur quelle preuve ces conclusions sont-elles fondées, et quelle est l'importance de cette preuve?

Ces questions simples devraient guider une analyse très directe, courte et informative dont les causes profondes pourraient être des cibles potentielles pour une intervention de RSS. Pour présenter les résultats de l'ACF, l'EPP pourrait utiliser une combinaison d'un diagramme en arête de poisson (Figure 6), un tableau récapitulatif (Tableau 8), et/ou un texte narratif. Dans les systèmes complexes les liens de causalité ne sont souvent pas linéaires de sorte que le texte narratif sera important pour décrire et expliquer les complexités qui pourraient ne pas être représentés dans les diagrammes et les tableaux simples.

Après avoir terminé l'ACF pour un maximum de trois faiblesses prioritaires du système de santé, l'EPP doit convoquer une autre réunion avec le comité directeur pour présenter et discuter des résultats de l'ACF.



Les activités de communication, que ce soit la rédaction de rapports ou les réunions avec des responsables, ne sont pas une fin en soi. Elles doivent servir à faire en sorte que les résultats du processus de diagnostic rapide soient utilisés pour informer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de RSS.

Nous décrivons ici les instructions générales pour la formation d'une stratégie de communication (Étape 15), la rédaction du rapport (Étape 16), et la communication des résultats (Étape 17).

### Étape 15) Définir une stratégie de communication

Une stratégie simple de communication devrait tout au moins établir ce qui suit:

- Quels sont les publics prioritaires pour les résultats?
- Quels sont les principaux messages/informations pour ces publics?
- Quels sont les produits et les activités que l'EPP utilisera pour communiquer les messages clés?
- Qui sera responsable de la mise en œuvre de ces activités?
- Comment l'EPP saura si la communication est réussie?

Nous suggérons que l'EPP réponde à ces questions à travers un atelier/une réunion d'une journée (Encadré 5) aboutissant à une stratégie simple et complète de communication (Tableau 9).

#### QUELS SONT LES PUBLICS PRIORITAIRES POUR LES RÉSULTATS?

Connaître le public aidera l'EPP à déterminer ce qu'il faut communiquer et comment le communiquer. Parce que le but de ces procédés de diagnostic rapide est d'informer la conception et l'évaluation des initiatives de RSS, les publics prioritaires seront probablement le personnel au sein du bureau de FHI 360, des représentants du gouvernement en position d'autorité par rapport au système de santé, et d'autres partenaires internationaux susceptibles d'apporter un soutien (par exemple, les bailleurs de fonds) ou d'être impliqué dans les efforts de renforcement des systèmes de santé.

En outre, l'EPP peut identifier les «publics secondaires» dans leur plan de communication et inclure des activités pour des activités de diffusion plus larges, tels que des publications dans des revues, des réunions publiques, des présentations lors de conférences, ou des documents mis en ligne.

#### QUELS SONT LES MESSAGES CLÉS/INFORMATIONS POUR CES PUBLICS?

Les messages clés seront simplement les résultats que l'EPP juge être les plus pertinents pour ce public. Pour la plupart des publics clés, l'EPP peut décider que l'ensemble du rapport, en tant que document de référence, est le message clé. Cependant, pour des publics qui ne sont pas censés lire le rapport dans son intégralité, l'EPP devra avoir une approche plus ciblée. Par exemple, pour les fonctionnaires du ministère

### ENCADRÉ 5: EXEMPLE DE PROGRAMME POUR L'ATELIER SUR LA STRATÉGIE DE COMMUNICATION

**Participants: EPP**

- Revoir l'objectif et les résultats du diagnostic rapide.
- Élaborer des messages clés et identifier les publics.
- Concevoir des produits et des activités de communication.
- Distribuer les responsabilités parmi les membres de l'EPP.

TABLEAU 9: UN CADRE SIMPLE POUR UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION

PUBLICS PRIORITAIRES	MESSAGE CLÉ	PRODUITS ET ACTIVITÉS	QUI LES METTRA EN ŒUVRE	NIVEAU D'EFFORT	CRITÈRES DE RÉUSSITE
Qui à FHI 360?					
Qui parmi le gouvernement?					
Quelles autres agences/ organisations?					
Publics secondaires					

## ENCADRÉ 6: EXEMPLE DE PLAN DU RAPPORT

- 1) Résumé (1–2 pages)**
  - a) Objectif et résumé de l'exercice de diagnostic rapide
  - b) Résumé des points forts et des faiblesses critiques du système de santé
  - c) Résumé des causes fondamentales des faiblesses prioritaires
  - d) Résumé des lacunes critiques dans les données
- 2) Résultats du diagnostic de la performance (1–2 pages pour chaque fonction)**
- 3) Résultats de l'analyse des causes fondamentales (2–3 pages par faiblesse analysée; 2–9 au total)**
- 4) Les lacunes dans les données et des suggestions pour des exercices de diagnostic et/ou d'évaluation du système de santé (2–3 pages)**
- 5) Annexe 1: Méthodologie du diagnostic**
  - a) Objectif du diagnostic
  - b) Conception du diagnostic (indicateurs de performance)
  - c) Processus de la collecte et de l'analyse des données
  - d) Conception de l'ACF
  - e) Processus de la collecte et de l'analyse des données pour l'ACF
- 6) Appendix 2: Stratégie de communication**
- 7) Appendix 3: Prochaines étapes**
  - a) Domaines d'intervention suggérés de RSS
  - b) Objectifs pour les interventions de RSS
  - c) Indicateurs de performance qui pourraient être utilisés pour surveiller et évaluer les interventions

TABLEAU 10: LES LACUNES EN INFORMATIONS DÉCOUVERTES LORS DU DIAGNOSTIC

LES LACUNES CONCERNANT LES QUESTIONS D'ÉVALUATION ET LES INDICATEURS D'ÉVALUATION	LES LACUNES EN INFORMATIONS ET LES DONNÉES MANQUANTES

des finances, les messages clés peuvent se concentrer sur les faiblesses identifiées dans le financement du système de santé.

#### **QUELS SONT LES PRODUITS ET LES ACTIVITÉS QUE L'EPP UTILISE POUR COMMUNIQUER LES MESSAGES CLÉS**

Le produit de communication le plus important sera un rapport unique qui inclut toutes les conclusions. Cependant, la rédaction d'un long rapport ne garantit pas que les résultats soient utilisés. L'EPP devrait proposer des activités supplémentaires pour communiquer les résultats. Ceci inclura probablement des activités telles que des rencontres avec les acteurs clés, la rédaction de résumés plus courts des principales conclusions et des réunions internes ou des séminaires, par exemple, parmi le personnel de FHI 360 dans le pays pour répondre aux questions et discuter des implications de ces résultats pour le travail de FHI 360.

#### **QUI SERA RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE DE CES ACTIVITÉS?**

Après avoir décidé quels produits et activités doivent être mis en œuvre, l'EPP désignera les responsables et les contraintes de temps. Les produits et les activités les plus importants sont probablement le rapport et les discussions directes sur les résultats avec le personnel de FHI 360 et les partenaires clés. La priorité devrait être accordée à ces activités par rapport aux autres.

#### **COMMENT L'EPP SAURA-T-ELLE SI SES ACTIVITÉS DE COMMUNICATION SONT EFFICACES?**

Enfin, l'EPP devrait réfléchir à la façon dont elle saura si ses efforts de communication ont été efficaces. Par exemple: les principaux responsables ont lu et commenté le rapport, ou est-il utilisé activement par les employés de FHI 360 pour la conception et l'évaluation des projets de RSS? Ces mesures ne doivent pas être très compliquées. Elles ont juste besoin d'aider l'EPP à décider si des efforts de communication supplémentaires sont nécessaires pour s'assurer que les publics clés sont au courant et utilisent les résultats.<sup>21</sup>

## **Étape 16) Rédiger le rapport**

Le rapport devrait présenter les conclusions sur:

1. Quels sont les points forts et les faiblesses du système de santé?
2. Pour une à trois faiblesses sélectionnées, quelles sont les causes fondamentales qui doivent être ciblées par une initiative de renforcement du système?
3. Quelles sont les lacunes d'informations qui empêchent une meilleure compréhension du système de santé?

L'encadré 6 fournit un plan de présentation du rapport.

#### **LA PRÉSENTATION DES CONCLUSIONS SUR LES POINTS FORTS ET LES FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ**

A l'étape 11, nous avons proposé un tableau simple pour résumer les conclusions pour chaque fonction prioritaire du système de santé (Tableau 6). Le contenu de ces tableaux sera la plus grande partie de ce que l'EPP présente dans le rapport. En plus de ce tableau, l'EPP peut avoir recueillie des preuves supplémentaires lors des entretiens avec des sources secondaires. Ces tableaux, figures, citations, exemples, et d'autres analyses peuvent fournir une profondeur supplémentaire aux conclusions. Nous suggérons que, pour chaque fonction prioritaire du système de santé, l'EPP présente son bulletin de note, suivie par des cartes et des graphiques supplémentaires qui aident à expliquer les résultats, ainsi que quelques paragraphes de discussion supplémentaires s'ils contribuent à souligner les opportunités pour le renforcement du système de santé. Pour rédiger un rapport d'une longueur raisonnable, l'EPP choisira peut-être de ne consacrer pas plus d'une ou deux pages pour chaque fonction prioritaire du système de santé.

<sup>21</sup> Pour plus de conseils sur l'élaboration d'une stratégie de communication, voir: Hovland, Ingie. 2005. *Successful Communication: A Toolkit for Researchers and Civil Society Organizations*. London: ODI Research and Policy in Development Programme.

### LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES CAUSES FONDAMENTALES DANS LE RAPPORT

Pour les résultats de l'ACF (Phase IV), l'EPP doit inclure: les hypothèses de départ formulées pour explorer les causes fondamentales, les conclusions sur les hypothèses (valides ou invalides), les preuves utilisées pour valider ou invalider les hypothèses, l'importance de la cause, et la force de la base de données pour les résultats. Voir la figure 6 et le Tableau 8 à l'Étape 14, qui peuvent être utilisés comme modèles pour la présentation des informations de l'ACF.

### PRÉSENTATION DES RÉSULTATS SUR LES LACUNES CRITIQUES EN INFORMATIONS

Dans le processus de collecte des données pour les indicateurs (Étape 11), l'EPP aura probablement identifié plusieurs lacunes importantes. La documentation de ces lacunes est un résultat important du processus de diagnostic rapide, condition essentielle pour définir des efforts visant à renforcer les systèmes de santé. Ainsi, combler ces lacunes sera une priorité absolue pour les initiatives de FHI 360 qui cherchent à renforcer les systèmes de santé.

### L'EXAMEN DU RAPPORT

Après avoir complété le rapport, l'EPP doit le soumettre pour examen au comité directeur, à d'autres parties prenantes clés, et au département RSS de FHI 360. Après avoir effectué les modifications nécessaires, le rapport doit être corrigé puis partagé avec ceux qui ont participé au diagnostic, le personnel de FHI 360 dans le pays et au siège, et d'autres partenaires publics clés. Le rapport sera alors la base des autres activités de communication.

- Présenter les résultats aux fonctionnaires du gouvernement national et/ou local
- Créer de courts mémoires qui se concentrent sur les questions prioritaires et des recommandations programmatiques ou politiques
- Rencontre avec les autres membres du personnel de FHI 360, les représentants du gouvernement ou les partenaires pour discuter des conclusions et des recommandations de politique et de programme
- Rédiger des articles de journaux
- Diffuser le rapport en ligne

En fin de compte, le but de l'utilisation de l'ODR est d'informer la conception des interventions de RSS et les évaluations futures du système de santé. Dans cet esprit, l'EPP doit participer dans une communication et des activités de suivi ciblées pour s'assurer que les résultats sont utilisés. Les mesures immédiates peuvent être discutées et planifiées pendant les événements de communication.

---

## Étape 17) Communiquer les résultats

Dans la stratégie de communication, l'EPP aura identifié un certain nombre de publics clés, de messages clés et de produits et d'activités à mener pour assurer une communication efficace et l'utilisation des résultats du DR. Il peut s'agir de:

# ANNEXE 1

## Bibliographie

- Luoma, M., J. Doherty, S. Muchiri, T. Barasa, K. Hofler, L. Maniscalco, C. Ouma, R. Kirika and J. Maundu. 2010. *Kenya Health System Assessment 2010*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt. Associates Inc.
- Kruk M.E., and L.P. Freedman. 2008. "Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature" *Health Policy*. March 2008: 85 263-276.
- HLQAT Team. 2009. Hospital Leadership and Quality Assessment Tool (HLQAT). Available online at: <http://www.hlqat.org/web/hlqat/home>
- Aronovich, Dana, Marie Tien, Ethan Collins, Adriano Sommerlatte, and Linda Allian. 2010. *Measuring Supply Chain Performance: Guide to Key Performance Indicators for Public Health Managers*. Arlington, VA: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.
- Brinkerhoff, D. W., and T. J. Bossert. 2008. *Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options*. Bethesda, MD: Abt Associates, Inc.
- Butterfoss F. D. 2006. "Process evaluation for community participation." *Annu Rev Public Health* 27:323-340.
- de Savigny, D., and T. Adam (eds). 2009. *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO.
- de Vries, W. 1998. *How Are We Doing? Performance Indicators for National Statistical Systems*. Netherlands Official Statistics 13:5-13.
- DELIVER. 2009a. *Logistics System Assessment Tool (LSAT)*. Arlington, VA: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.
- --. 2009b. *The Logistics Handbook: A Practical Guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs*. Arlington, VA: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.
- Gottret, P., and G. Schieber. 2006. *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington, DC: World Bank.
- Health Metrics Network (HMN). 2008a. *Framework and Standards for Country Health Information Systems (second edition)*. Geneva: WHO.
- --. 2008b. *Assessing the National Health Information System: An Assessment Tool (Version 4.00)*. Geneva: WHO.
- Islam, M. (ed.). 2007. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. Submitted to the United States Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reform Plus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Kruk, M. E., and L. P. Freedman. 2008. "Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature." *Health Policy* 85:263-276.
- Management Sciences for Health (MSH). 2006. *Menu of Indicators on Management and Leadership Capacity Development*. Leadership, Management, and Sustainability Program, Monitoring, Evaluation, and Communication Team. Available online at: [http://www.k4health.org/system/files/LM\\_Indicator\\_Menu\\_Not\\_Prgm\\_Specific\\_20072.pdf](http://www.k4health.org/system/files/LM_Indicator_Menu_Not_Prgm_Specific_20072.pdf)
- --. 2010. *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers*. Cambridge, MA: MSH. Available online at <http://www.msh.org/resource-center/health-systems-in-action.cfm>.
- MEASURE DHS. 2006. *Key Indicators Survey (KIS): A Manual for Implementing Small-Scale Surveys on Reproductive and Child Health, HIV/AIDS and Malaria*. Calverton, MD: ORC Macro. Available online at: <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/KIS.cfm>.

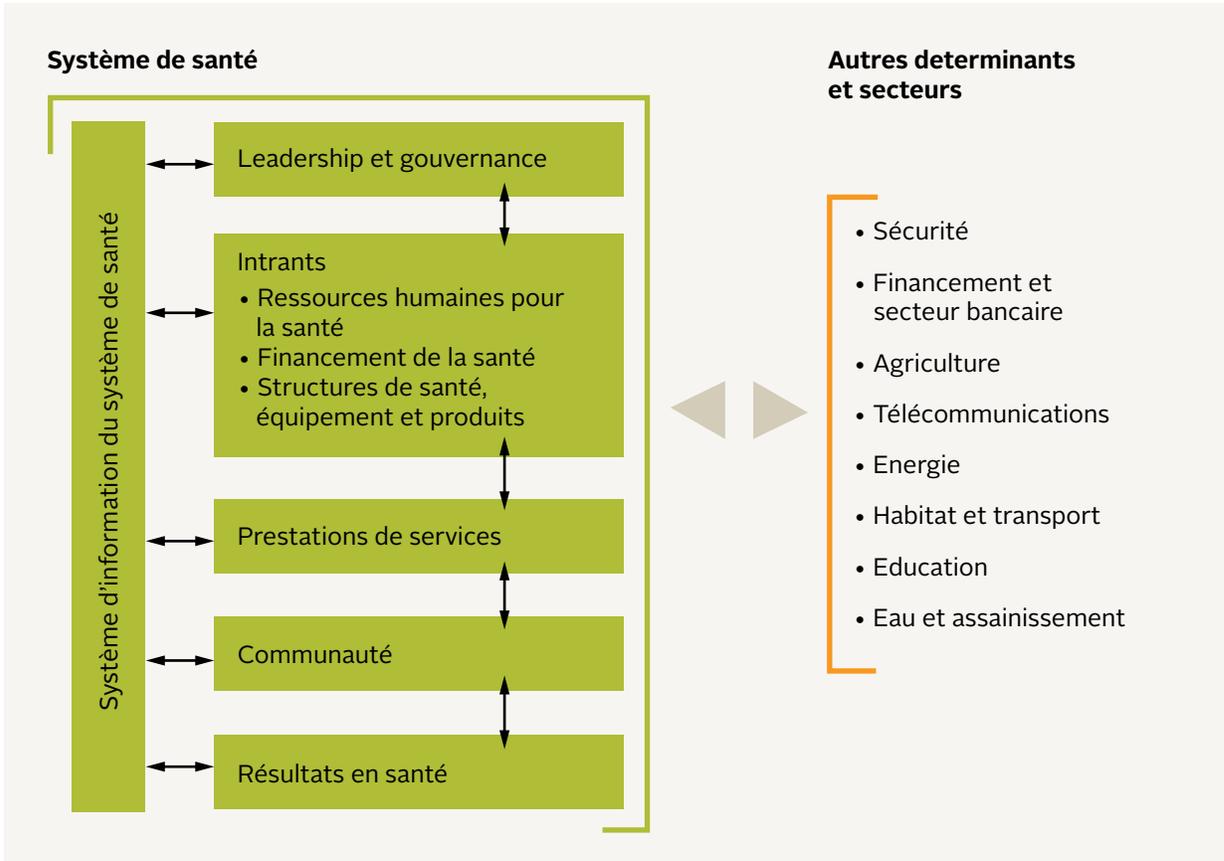
# ANNEXE 1

## Bibliographie

- Murray, C. J. L, and D. Evans (eds.). 2003. "Monitoring the health financing function." In *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization. Available online at: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-hspa](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-hspa).
- Pacqué-Margolis, Sara, Crystal Ng, and Sylvia Kauffman. 2011. *Human Resources for Health (HRH) Indicator Compendium*. CapacityPlus project. Available online at: [http://www.capacityplus.org/files/resources/HRH\\_Indicator\\_Compendium.pdf](http://www.capacityplus.org/files/resources/HRH_Indicator_Compendium.pdf).
- Peters, D. H., S. El-Saharty, B. Siadat, K. Janovsky, and M. Vujicic (eds). 2009. *Improving Health Service Delivery in Developing Countries: From Evidence to Action*. Washington, DC: World Bank.
- Rifkin, S. B., F. Muller, and W. Bichmann. 1988. "Primary Health Care: On Measuring Participation." *Social Science and Medicine* 26:931–940.
- Sapirie, S. 2000. *Assessing Health Information Systems: Design and Implementation of Health Information Systems*. Geneva: World Health Organization.
- Siddiqi, S., et al. 2008. "Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance." *Health Policy* 90(1): 13–25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005
- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM). 2009. *Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria*, 3rd edition. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
- --. 2010. *Community Systems Strengthening Framework*. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
- USAID. 2009. *Measuring the Impact of Health Systems Strengthening: A Review of the Literature*. Washington, DC: USAID.
- WHO. 2007. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: World Health Organization.
- --. 2010a. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: World Health Organization. Available online at: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit\\_hss/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html).
- --. 2010b. *The World Health Report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.
- --. 2011. *World Health Statistics 2011 Indicator Compendium*. Geneva: World Health Organization.

# ANNEXE 2

## Cadre conceptuel de FHI 360 pour les systèmes de santé



# ANNEXE 3

## Les participants d'un projet de diagnostic rapide

### LES INITIATEURS DU PROJET

Les personnes qui identifient la nécessité du diagnostic et qui débutent le diagnostic. Les initiateurs du projet peuvent devenir membres du comité directeur ou de l'EPP.

### COMITÉ DIRECTEUR

Un groupe de personnes qui aideront à assurer la direction et la surveillance du projet. Les membres du Comité directeur peuvent provenir de FHI 360, du gouvernement et/ou d'autres partenaires dans le domaine du développement ou des bailleurs de fonds.

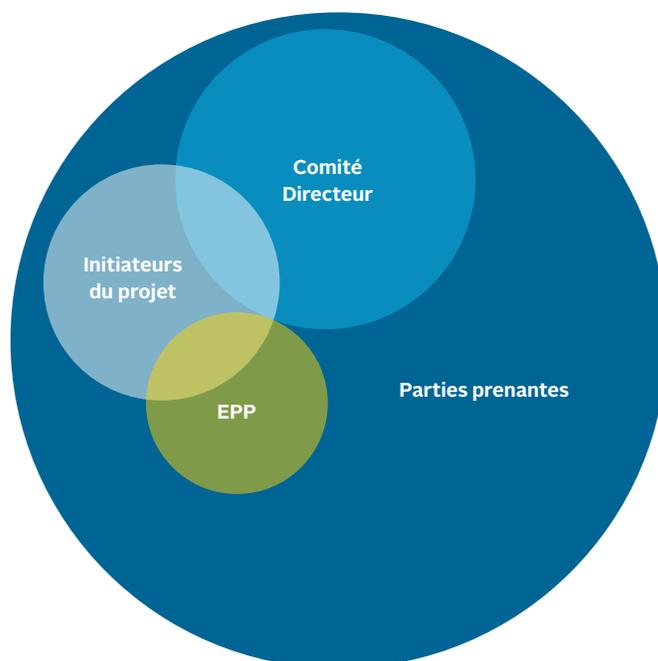
### L'ÉQUIPE PRINCIPALE DU PAYS

Une équipe de trois à cinq personnes chargée de la mise en œuvre du diagnostic. Les membres de l'EPP peuvent être des employés de FHI 360, des représentants du gouvernement et/ou d'autres partenaires dans le domaine du développement.

### LES PARTIES PRENANTES

Toute personne ayant un intérêt particulier dans les résultats du diagnostic.

FIGURE 7: DIAGRAMME DE VENN ILLUSTRANT LE CHEVAUCHEMENT POTENTIEL DES MEMBRES ENTRE LES GROUPES IMPLIQUÉS DANS CE PROJET



# ANNEXE 4

## Formulaire d'auto-évaluation

	CHOISISSEZ UN NIVEAU POUR CHAQUE LIGNE ET EXPLIQUER			
	AUCUN	MOYEN	APPROFONDI	TRÈS APPROFONDI
<b>Compréhension conceptuelle des systèmes de santé</b>				
<b>Connaissances contextuelles du système de santé en cours d'évaluation</b>				
<b>Expertise dans le S &amp; E et le développement de questions d'évaluation et d'indicateurs</b>				
<b>Disponibilité (temps disponible à consacrer à ce projet au cours des trois à cinq prochains mois)</b>				
<b>Familiarité avec les principales sources d'information sur le système de santé</b>				
<b>Niveau des relations avec les principaux bureaux du gouvernement</b>				

## Sources de données les plus communes

### BASES DE DONNÉES ET RAPPORTS OFFICIELS DES GOUVERNEMENTS

Les rapports officiels du gouvernement (national et sous-national) seront une source précieuse de données pour le diagnostic. Idéalement, en tant que gestionnaire du système de santé, le gouvernement mesure de nombreux indicateurs sélectionnés et présente ces données avec une analyse des implications pour le système de santé dans son ensemble (par exemple, le pays atteint-il ses objectifs? Quelles sont les causes et les conséquences des problèmes? Etc.) Toutefois, les données du gouvernement peuvent parfois être problématiques. Dans de nombreux pays, les données du gouvernement ne couvrent que le secteur public et, quand les systèmes d'information sont faibles, les données du gouvernement peuvent être inexactes, peu fiables, pas mises à jour, incomplètes et/ou non recueillies régulièrement. Lorsque l'on se fie à des sources de données gouvernementales, l'EPP doit enquêter et tenir compte de ces limitations dans l'analyse et valider ces données à l'aide d'autres sources de données et d'entretiens avec les informateurs clés.

### BASES DE DONNÉES INTERNATIONALES ET RÉGIONALES

Il y a beaucoup d'efforts internationaux pour suivre et diffuser des indicateurs du système de santé, telles que l'Observatoire mondial de la Santé<sup>22</sup> de l'OMS, les indicateurs de gouvernance de la Banque Mondiale<sup>23</sup> et les profils pharmaceutiques des pays. Ces bases de données font souvent appel à des données provenant de sources nationales. Les créateurs de ces bases de données fournissent beaucoup d'efforts pour normaliser ces données et veiller à leur exactitude. Le projet Health Systems 20/20 a rassemblé de nombreuses sources de données sur les indicateurs des systèmes de santé sur une plate-forme unique,<sup>24</sup> ce qui en fait une bonne source d'informations pour commencer une recherche. Bien que les bases de données internationales fournissent souvent des données utiles au niveau mondial, leur validité doit être vérifiée car elles sont souvent déclarées par les ministères de la santé et peuvent ne pas avoir été validées ou peuvent être basées sur des estimations approximatives. Une

autre limitation de ces bases de données est qu'elles fournissent une vue d'ensemble des indicateurs nationaux mais les données sont rarement désagrégées au niveau sous-national (régions, districts) ce qui limite la compréhension des variations de performance entre les sous-unités nationales qui sont analysées.

### LA LITTÉRATURE GRISE DES AGENCES INTERNATIONALES NON-GOUVERNEMENTALES

De nombreux organismes de santé internationaux, tels que le Fonds mondial, USAID et le programme PEPFAR entre autres surveillent et font des rapports sur les systèmes de santé des pays dans le cadre de leur programmation et de leur suivi. Cette littérature grise comprend souvent des données et des analyses qui peuvent compléter d'autres bases de données. Par exemple, l'USAID a pu financer une recherche et une analyse sur un programme de formation sur la santé des travailleurs nationaux, ou la Banque Mondiale a peut-être effectué une évaluation de la capacité de gestion financière dans le secteur de la santé dans le cadre d'une analyse de la situation pour un programme de prêts. Ces données pourraient ne pas être saisies dans une base de données internationale, mais elles peuvent fournir des informations utiles axées sur les pays. L'inconvénient, cependant, est que, parfois, ces données ont une portée limitée, lorsqu'elles ne couvrent que leurs programmes, leurs domaines d'activité, ou leurs sites de prestation de services et/ou lorsqu'elles ne sont qu'un exercice ponctuel.

### ÉVALUATIONS OU TRAVAUX DE RECHERCHE

La plupart des indicateurs d'évaluation retenus ont pu être couverts par des évaluations indépendantes ou des études qui se penchent sur des fonctions particulières du système de santé. Par exemple, le programme PEPFAR et DfID ont financé conjointement une évaluation détaillée des ressources humaines pour la santé au Mozambique, en Ethiopie et en Zambie

<sup>22</sup> [www.who.int/gho/en/](http://www.who.int/gho/en/)

<sup>23</sup> <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>

<sup>24</sup> <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/>

# ANNEXE 5

## Sources de données les plus communes

qui a fourni une analyse en profondeur de nombreux aspects du «cycle de vie» des travailleurs de la santé et de la gouvernance du secteur des ressources humaines de la santé.<sup>25</sup> Ces types d'exercices offrent souvent des preuves et des analyses détaillées sur leur sujet d'intérêt. Ils peuvent également combler d'importantes lacunes dans les données nationales s'ils proviennent d'une collecte rigoureuse de données primaires. L'inconvénient, cependant, est que ce sont souvent des exercices ponctuels (ce qui limite l'analyse des tendances) et ils peuvent ne pas être représentatifs au niveau national.

---

<sup>25</sup> Le rapport sur le Mozambique est disponible sur le site suivant: [www.hrhresourcecenter.org/node/2307](http://www.hrhresourcecenter.org/node/2307).

# ANNEXE 5

## Sources de données les plus communes

	RAPPORTS ET ENSEMBLES DE DONNÉES OFFICIELS DES GOUVERNEMENTS	RAPPORTS DES AGENCES INTERNATIONALES ET NON GOUVERNEMENTALES	EVALUATION OU TRAVAUX DE RECHERCHE	BASES DE DONNÉES INTERNATIONALES ET RÉGIONALES
<b>Transversal</b>	Les rapports annuels du secteur de la santé, les stratégies et les plans du secteur de la santé; examens conjoints annuels; Rapports sur la Santé des Pays <sup>26</sup>	Plans et rapports de/ pour les principaux bailleurs de fonds du secteur de la santé qui investissent dans le RSS (USAID; PEPFAR, IGS; CDC; DfID, l'Alliance GAVI, Fonds Mondial, Banque Mondiale ou tout autre)	Les évaluations du système de santé du projet Health Systems 20/20 <sup>27</sup>	Observatoire mondial de la Santé de l'OMS; <sup>28</sup> Les Indicateurs de Développement Mondiaux de la Banque Mondiale; <sup>29</sup> La base de données de HS 20/20; <sup>30</sup> les données PAHO; <sup>31</sup> les données EMRO; <sup>32</sup> les données EURO; <sup>33</sup> les données SEARO; <sup>34</sup> les données WPRO <sup>35</sup>
<b>Prestation de services</b>	Les systèmes de notifications systématiques d'informations des établissements de santé (ex: SIGS); enquête sur les établissements de MS; cartographie de la disponibilité des services (CDS); <sup>36</sup> évaluation de la prestation des services (EPS); <sup>37</sup> enquêtes auprès des ménages; Étude sur la mesure du niveau de vie (EMNV); <sup>38</sup> enquête sur les dépenses des ménages en santé		Des études sur l'accès et les systèmes de référence, les outils d'évaluation de la qualité des soins de RAND Santé	Enquête sur la santé mondiale; <sup>39</sup> évaluations de la prestation des services; <sup>40</sup> DHS <sup>41</sup>
<b>Leadership &amp; gouvernance</b>	Documents constitutifs des MS; documents et rapports de l'organe législatif	Publications et sites web des associations professionnelles		Les Indicateurs de gouvernance de la Banque Mondiale 1996-2009; <sup>42</sup> CPIA de la Banque Mondiale <sup>43</sup>

<sup>26</sup> <http://rochr.qrc.com/>

<sup>27</sup> [www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/](http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/)

<sup>28</sup> [www.who.int/gho/en/](http://www.who.int/gho/en/)

<sup>29</sup> <http://data.worldbank.org/country>

<sup>30</sup> <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/>

<sup>31</sup> [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2470&Itemid=2003](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003)

<sup>32</sup> <http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/Database/Forms/Database.aspx>

<sup>33</sup> [www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence)

<sup>34</sup> <http://searo.who.int/EN/Section313.htm>

<sup>35</sup> [www.wpro.who.int/information\\_sources/databases/](http://www.wpro.who.int/information_sources/databases/)

<sup>36</sup> Des rapports sont disponibles pour six pays sur le site de l'OMS: [www.who.int/healthinfo/systems/samdocs/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/systems/samdocs/en/index.html)

<sup>37</sup> <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgType=main&SrvyTp=type>

<sup>38</sup> <http://iresearch.worldbank.org/lsmssurveyFinder.htm>

<sup>39</sup> Cela couvre 70 pays et inclut des informations sur les comportements sanitaires, la couverture des services, et des évaluations par les patients de la qualité des services: [www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html)

<sup>40</sup> L'EPS se concentre sur cinq domaines de services prioritaires: [www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa/start.cfm](http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa/start.cfm)

<sup>41</sup> [www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/start.cfm](http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/start.cfm)

<sup>42</sup> <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>

<sup>43</sup> <http://go.worldbank.org/S2THW11X60>

# ANNEXE 5

## Sources de données les plus communes

	RAPPORTS ET ENSEMBLES DE DONNÉES OFFICIELS DES GOUVERNEMENTS	RAPPORTS DES AGENCES INTERNATIONALES ET NON GOUVERNEMENTALES	EVALUATION OU TRAVAUX DE RECHERCHE	BASES DE DONNÉES INTERNATIONALES ET RÉGIONALES
<b>Le financement du système de santé</b>	Comptes nationaux de la santé (et sous comptes); <sup>44</sup> des documents sanitaires régionaux, départementaux, provinciaux et locaux; les justificatifs des dépenses et les rapports budgétaires des MS; le budget et les données sur les dépenses des gouvernements central et local; les budgets de coûts récurrents; les enquêtes sur les dépenses des ménages en santé			Coûts et prix utilisés dans l'analyse WHO-CHOICE <sup>45</sup>
<b>Le personnel de santé</b>	Des stratégies ou des plans de RHS au niveau national/des districts; Systèmes d'Informations des Ressources Humaines; les enquêtes sur le travail au niveau des populations; les enquêtes auprès du personnel de santé; la masse salariale de la fonction publique; les plans et les politiques du ministère du travail; les plans et les politiques du ministère des finances; les manuels de politiques ou la documentation des ressources humaines	Publications et sites web des associations professionnelles	Le Centre des Ressources Globales des RHS <sup>46</sup>	L'Atlas mondial du personnel de santé <sup>47</sup>

<sup>44</sup> [www.who.int/nha/country/en/](http://www.who.int/nha/country/en/)

<sup>45</sup> [www.who.int/choice/costs/en/](http://www.who.int/choice/costs/en/)

<sup>46</sup> Utiliser la fonction "recherche avancée" pour localiser des documents spécifiques à un pays et pour des sujets précis: [www.hrresourcecenter.org](http://www.hrresourcecenter.org).

<sup>47</sup> <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>

# ANNEXE 5

## Sources de données les plus communes

	RAPPORTS ET ENSEMBLES DE DONNÉES OFFICIELS DES GOUVERNEMENTS	RAPPORTS DES AGENCES INTERNATIONALES ET NON GOUVERNEMENTALES	EVALUATION OU TRAVAUX DE RECHERCHE	BASES DE DONNÉES INTERNATIONALES ET RÉGIONALES
<b>Les systèmes d'informations du système de santé</b>	Directives techniques du niveau central, les directives de programmes spécifiques et des directives sur la collecte de données, le reportage et l'analyse; système de déclarations systématiques des établissements de santé (une SIGS ou autres); rapports des SIS; des bulletins, des rapports de supervision, des rapports au niveau central aux régions et aux districts, minutes des réunions d'évaluation	Analyse de la situation des pays CHeSS <sup>48</sup>		Base de données UNStats sur les pratiques des pays vis-à-vis des statistiques nationales officielles (pour évaluer s'ils respectent principes fondamentaux des statistiques officielles) <sup>49</sup>  Profils de pays des systèmes statistiques (UNStats) <sup>50</sup>
<b>Systèmes de logistiques</b>	Politiques/stratégies/plans sur les médicaments au niveau national/des districts; rapports de l'autorité de réglementation pharmaceutique nationale; systèmes d'information de gestion de la logistique; des études du MS sur les médicaments essentiels; la liste/les documents et la politiques nationale sur les médicaments essentiels; les lignes directrices nationales de passation des marchés, les rapports des bureaux d'achat, les rapports de laboratoire de contrôle de qualité, les rapports sur les ruptures de stock (SIGS); les enquêtes auprès des établissements de santé		Audit indépendant des pratiques de passation des marchés pour les produits; les évaluations des chaînes d'approvisionnement de médicaments essentiels (secteur public et privé); les études sur les chaînes d'approvisionnement médicales, les médicaments essentiels, etc.	Profils pharmaceutiques des pays

<sup>48</sup> [www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/situation/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/situation/en/index.html)

<sup>49</sup> <http://unstats.un.org/unsd/dnss/gp/searchgp.aspx>

<sup>50</sup> <http://unstats.un.org/unsd/dnss/cp/searchcp.aspx>

# ANNEXE 5

## Sources de données les plus communes

	RAPPORTS ET ENSEMBLES DE DONNÉES OFFICIELS DES GOUVERNEMENTS	RAPPORTS DES AGENCES INTERNATIONALES ET NON GOUVERNEMENTALES	EVALUATION OU TRAVAUX DE RECHERCHE	BASES DE DONNÉES INTERNATIONALES ET RÉGIONALES
<b>Communauté</b>	Les documents publics, les déclarations et les communiqués de presse; les documents du MS, les minutes distribuées des réunions du MS, les rapports sur des forums de santé publique, les rapports ou les minutes des réunions multisectorielles; minutes publiées et diffusées des réunions portant sur l'agenda de la politique de santé	Rapports des groupes consultatifs de citoyens au niveau national ou sous-national, les rapports des organismes de surveillance du gouvernement		Les indicateurs de gouvernance de la Banque Mondiale 1996-2009 <sup>51</sup>
<b>Déterminants de la santé et résultats</b>	Enquêtes auprès des ménages	Enquête de couverture vaccinale de l'Alliance GAVI		Années de vie ajustées sur l'incapacité, Espérance de vie en bonne santé et espérance de vie; <sup>52</sup> DHS; <sup>53</sup> L'InfoBase globale de l'OMS; <sup>54</sup> les données sur la mortalité de l'OMS; <sup>55</sup> L'Atlas mondial de la santé de l'OMS <sup>56</sup>

<sup>51</sup> <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>

<sup>52</sup> [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_country/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html)

<sup>53</sup> [www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/start.cfm](http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/start.cfm)

<sup>54</sup> <http://apps.who.int/infobase/>

<sup>55</sup> [www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html)

<sup>56</sup> <http://apps.who.int/globalatlas/>

# ANNEXE 6

## Modèle d'un tableau pour les mesures de performance

FONCTION PRIORITAIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ:

	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	CIBLES DE PERFORMANCE	SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODES
Indicateurs de performance de la fonction prioritaire				
Procédé pour exécuter la fonction				
Les effets de l'exécution de la fonction				

# ANNEXE 7

## Le tableau de bord des indicateurs du Kenya

FIGURE 8: CAPTURE D'ÉCRAN DU FORMULAIRE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES AU NIVEAU DU DISTRICT DU KENYA (EN ANGLAIS)

	A	B	C	D	E
2	District_Name				
3	Date of visit				
4	<b>Assessment Question</b>		<b>Yes/no</b>	<b>Notes</b>	<b>Suggested data sources</b>
5	Ind_101	Have any members of the DHMT been trained in health syervice management?			Training report, Interview with DHMT members
6	Ind_102	Did the districty complete its AOP this past year?			AOP
7	Ind_103	Has the DHMT reviewed the AOP in the past 6 months?			Minutes of DHSF meetings from DMOH's office
8	Ind_104	Does the district formally assess the implementation of the AOP?			Minutes of DHMT meetings
	Ind_201	Has the DHMT been oriented in both the DHSF guidelines and community strateev?			Report of dissemination of DHSF guidelines

FIGURE 9: CAPTURE D'ÉCRAN D'UN TABLEAU QUE LE KENYA A UTILISÉ POUR STOCKER LEURS DONNÉES BRUTES AU NIVEAU DU DISTRICT

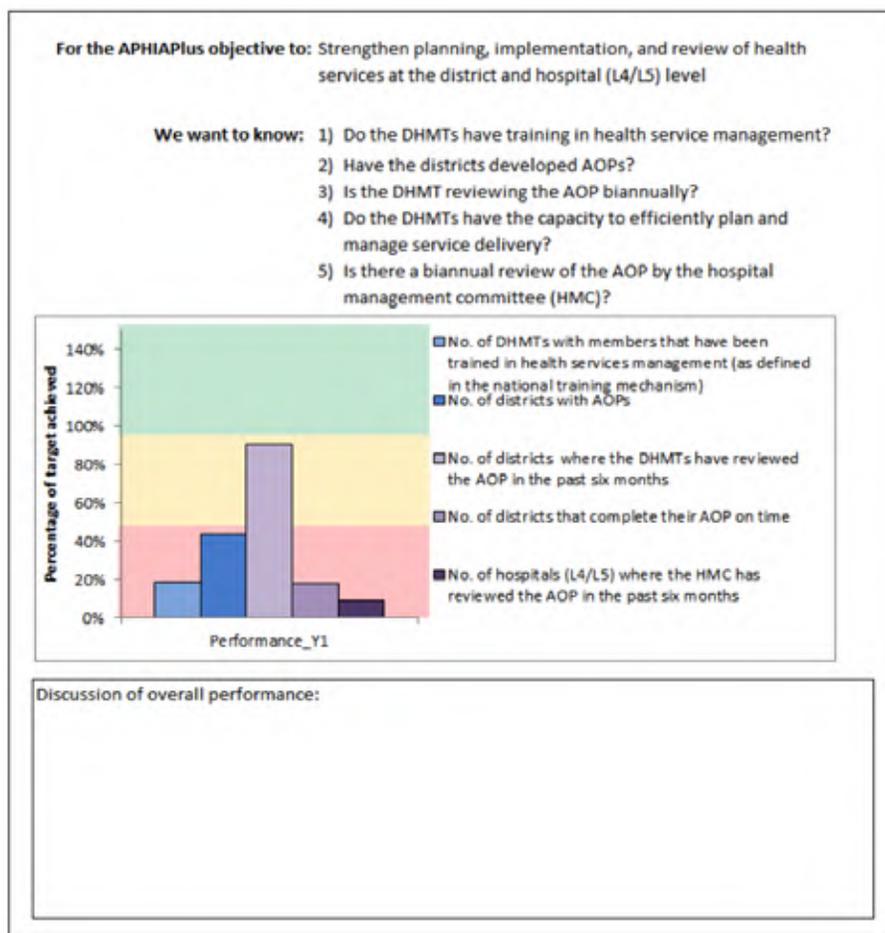
	A	B	C	D	E	
1	<b>Sample: 32 Districts</b>		<b>Results:</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	
2	ID	District_Name	Date of visit	Ind_101	Ind_102	Ind_10
3				Have any members of the DHMT been trained in health syervice management?	Did the district complete its AOP this past year?	Has the reviewe the pas
4				Source: Training report,	Source: AOP	Source:
5		Baringo North		[yes=1, no=0]	[yes=1, no=0]	[yes=1,
6		Gilgil		1	1	
7		Kaijado Central		1	1	
8		Kaijado North		1	1	
9		Kaijado South		0	1	
10		Koibatek		0	1	
11		Kuresoi		1	1	
12		Kwanza		0	1	
13		Laikipia Central		0	1	

## Le tableau de bord des indicateurs du Kenya

FIGURE 10: CAPTURE D'ÉCRAN DU TABLEAU DE BORD DES INDICATEURS DU KENYA

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Ind_ID	HSS Objective	Assessment question	Indicator	Units	Target_Y1	Value_Y1	Performance_Y1	
2	101	Strengthen planning, implementation, and review of health services at the district and hospital (L4/L5) level	Do the DHMTs have training in health service management?	No. of DHMTs with members that have been trained in health services management (as defined in the national training mechanism)	32	32	0	✗	0%
3	102		Have the districts developed AOPs?	No. of districts with AOPs	32	32	0	✗	0%
4	103		Is the DHMT reviewing the AOP biannually?	No. of districts where the DHMTs have reviewed the AOP in the past six months	32	10	0	✗	0%
5	104		Do the DHMTs have the capacity to efficiently plan and manage service delivery?	No. of districts that complete their AOP on time	32	22	0	✗	0%
6	105		Is there a biannual review of the AOP by the hospital management committee (HMC)?	No. of hospitals (L4/L5) where the HMC has reviewed the AOP in the past six months	?	22	2	✓	9%

FIGURE 11: CAPTURE D'ÉCRAN D'UN EXEMPLE DE RAPPORT POUR UNE DES FONCTIONS PRIORITAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ÉQUIPE DU KENYA



# ANNEXE 8

## Méthodes pour prioriser des idées

La priorisation en groupe est nécessaire à quelques étapes dans le processus de DR:

- A l'étape 6, l'EPP et le comité directeur doivent décider sur quelles fonctions du système de santé le diagnostic doit se concentrer.
- A l'étape 7a, le comité directeur et l'EPP doivent sélectionner les questions d'évaluation de performance auxquelles ils vont essayer de répondre avec le diagnostic.
- A l'étape 7b, l'EPP devra sélectionner les indicateurs à utiliser.
- A l'étape 13, l'EPP (avec le soutien potentiel du comité directeur) devra sélectionner les faiblesses sur lesquelles concentrer leur ACF.

Les fonctions du système de santé, les questions, les indicateurs et les points faibles peuvent être des sujets complexes. Chaque processus de hiérarchisation/sélection nécessite une discussion en groupe sur les articles à prioriser, suivi d'un processus de classement pour déterminer les priorités. Ces deux étapes (discussion et classement) peuvent être structurée ou non structurée selon ce qui convient pour le groupe. Cependant, nous suggérons d'être aussi systématiques que possible, ce qui implique de solliciter tous les participants, d'établir des critères standards sur lesquels les participants doivent fonder leurs jugements, et d'appliquer ces critères de manière identique à toutes les idées. La technique du groupe nominal est un processus pour qu'un groupe discute et classe systématiquement un ensemble d'idées. D'autres méthodes pour prioriser les idées peuvent être trouvées dans le module *Creative Trainer* sur l'évaluation des idées (Rebernik et Bradac 2008).<sup>57</sup>

### LA TECHNIQUE DU GROUPE NOMINAL<sup>58</sup>

Cette technique fournit une méthode structurée pour recueillir et organiser les pensées d'un groupe. La méthode collecte des informations en demandant aux participants de répondre à des questions, puis en demandant aux participants de prioriser les idées ou les suggestions de tous les membres du groupe. Le procédé empêche qu'une seule personne domine la discussion,

encourage tous les membres du groupe à participer, et mène à un ensemble de solutions ou des recommandations prioritaires qui représentent les préférences du groupe. Suivez ces étapes pour hiérarchiser les idées à chaque étape de décision pertinente du diagnostic:

1. La génération anonyme d'idées écrite commence avec le facilitateur/leader qui pose le problème et donne aux participants un maximum de 10 minutes pour noter toutes les idées initiales en privé. Le chef écrit aussi ses propres idées.
2. Par la suite, chaque participant lit une idée que le facilitateur/leader écrit sur un tableau à feuilles mobiles à la vue de tous et les numérote séquentiellement. Cette opération est répétée en faisant le tour du groupe jusqu'à ce que toutes les idées soient épuisées et les répétitions éliminées.
3. Discuter de chaque idée pour clarifier les idées et vérifier la communication, encouragé par le facilitateur/leader. Examiner chaque idée de manière systématique, en posant des questions ou en exprimant des commentaires en vue de développer une compréhension commune d'une idée. Les discussions sont contrôlées pour faciliter la clarification, ce ne sont pas de vifs débats.
4. Des critères de classement ou de notation des articles sont ensuite proposés, discutés et adoptés.
5. Une notation, un classement ou un vote préliminaire sur un article d'importance est alors effectué. Les méthodes possibles comprennent le vote anonyme, une matrice d'évaluation, ou d'autres méthodes de priorisation (Rebernik et Bradac 2008, pages 21, 33-34, et 50-51, respectivement).

Davantage de discussions et de votes ont lieu si le vote n'est pas conforme. Les étapes 3-4 peuvent être répétées, et toutes les idées qui ont reçu des votes seront rediscutées pour arriver à des éclaircissements.

<sup>57</sup> Rebernik, M., and B. Bradac. 2008. "Module 4: Idea evaluation methods and techniques." *The Creative Trainer project*. Disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://bit.ly/b2jphC>

<sup>58</sup> Ces instructions ont été adaptées de Rebernik et Bradac (2008, pg. 45)

## Liste illustrative des fonctions du système de santé

Ci-dessous se trouve une liste illustrative de fonctions génériques du système de santé, qui sont fondées sur les indicateurs de processus présentés dans les guides d'évaluation des systèmes de santé et les guides de référence des indicateurs que nous avons utilisés pour élaborer les tableaux d'indicateurs (Annexes 13-19).

### LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

#### 1. Formuler une politique/stratégie

- 1.1 Accéder, analyser et utiliser des données pour l'élaboration des politiques
- 1.2 Représenter de manière juste les intérêts de différents groupes dans l'élaboration des politiques

#### 2. Aligner et coordonner l'action

- 2.1 Coordonner les acteurs clés pour développer des stratégies et plans dans le secteur de la santé harmonisés/alignés
- 2.2 Engager les secteurs non sanitaires dans le développement et la mise en œuvre de la politique de santé

#### 3. Réguler le système de santé

- 3.1 Encourager le rôle du secteur privé
- 3.2 Protéger les consommateurs
- 3.3 Accréditer les institutions de prestation de services et licencier les professionnels de la santé

#### 4. Faciliter la participation sociale dans les processus de gestion

- 4.1 Représenter les intérêts des différents groupes dans la gestion des processus de décision à tous les niveaux du système de santé

#### 5. Rendre les acteurs du système de santé responsables

- 5.1 Informer le public sur les grandes décisions et actions dans le système de santé
- 5.2 Justifier les grandes décisions et actions du système de santé au public ou à un agent de la population
- 5.3 Sanctionner les acteurs du secteur de la santé pour des décisions et des actions inacceptables

### LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

#### 1. Collecter des recettes

- 1.1 Coordonner les responsabilités et l'autorité pour le financement entre les acteurs (les différents niveaux de gouvernement, les partenaires dans le domaine du développement et les citoyens)
- 1.2 Collecter/décaisser les fonds
- 1.3 Gérer les paiements directs pour les produits et les services de santé

#### 2. Mettre en commun les risques

- 2.1 Mettre en place et gérer les mécanismes de mutualisation des risques (en particulier le ciblage des pauvres, marginalisés, et autres populations vulnérables)

#### 3. Allocation des ressources

- 3.1 Etablir un budget (en tant qu'outil pour l'évaluation annuelle et la gestion)
- 3.2 Utiliser les données sur la santé de la population pour éclairer les décisions d'allocation des ressources
- 3.3 Utiliser des analyses de coût-efficacité pour éclairer les décisions d'allocation des ressources

# ANNEXE 9

## Liste illustrative des fonctions du système de santé

### 4. Effectuer des paiements pour les services de santé et les coûts du système de santé

- 4.1 Fournir/contracter des services de santé et d'autres fonctions du système de santé
- 4.2 Gérer les flux de financement de la source au consommateur final

### 5. Gestion comptable et financière

- 5.1 Suivre les revenus et les dépenses
- 5.2 Surveiller l'utilisation des finances publiques à tous les niveaux
- 5.3 Vérifier l'exactitude des documents financiers

### LES SYSTÈMES D'INFORMATIONS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

#### 1. Définir les besoins en informations et les objectifs

- 1.1 Définition des indicateurs de base et exigences relatives aux données
- 1.2 Elaboration de politiques coordonnées SISS, des plans et des stratégies

#### 2. La collecte de données

- 2.1 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) sur le recensement
- 2.2 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) sur l'état civil
- 2.3 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) provenant d'enquêtes axées sur la population
- 2.4 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) pour surveiller les maladies à déclaration obligatoire («dossiers individuels»)

2.5 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) sur l'état des services

2.6 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) sur les infrastructures, l'équipement et les fournitures des établissements de santé

2.7 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) sur les ressources humaines

2.8 Recueillir des données (à jour, complètes, et exactes) financières

#### 3. Gestion des données

3.1 Coordonner et intégrer des données provenant d'un ensemble de sous-systèmes d'informations différents

#### 4. L'assurance de la qualité des données

4.1 Mener des audits systématiques sur la qualité des données

#### 5. L'amélioration de la qualité du système

5.1 Améliorer continuellement les systèmes d'informations (par exemple, identifier et réduire les charges de déclaration inutiles, simplifier les processus et/ou utiliser les TIC pour renforcer les processus)

#### 6. Analyse: transformer les données en informations

6.1 Analyser et synthétiser des données pour produire des informations utiles sur l'état de santé de la population, les besoins et la performance du système de santé

#### 7. Diffusion de l'information

7.1 Diffuser les informations du SISS aux décideurs politiques, aux gestionnaires, aux fournisseurs et aux autres parties prenantes à tous les niveaux et dans toutes les agences/départements

## Liste illustrative des fonctions du système de santé

### LE PERSONNEL DE SANTÉ

- 1. La planification et la politique du personnel de santé**
  - 1.1 Coordonner les efforts de développement du personnel de santé
  - 1.2 Planifier le développement du personnel de santé (réaliste et fondé sur les besoins)
  - 1.3 Allouer l'autorité et les responsabilités en matière de développement du personnel de santé
- 2. Financement des RHS**
  - 2.1 Allouer les financements pour développer et maintenir un personnel de santé efficace
- 3. Gestion de la main-d'œuvre à l'entrée dans le système de santé: la formation initiale**
  - 3.1 Produire des diplômés ayant les compétences cliniques, techniques et de gestion requises
  - 3.2 Former des travailleurs de la santé à travers des programmes avec une orientation vers les soins de santé primaires, les besoins de santé communautaires et la formation interprofessionnelle
  - 3.3 Gérer la qualité des programmes de formation initiale
- 4. Gestion de la main-d'œuvre à l'entrée dans le système de santé: l'embauche**
  - 4.1 Embaucher le personnel clinique, de gestion et de soutien
- 5. Gestion de la performance du personnel: la supervision, le soutien, l'accréditation**
  - 5.1 Soutenir, superviser et surveiller la performance du personnel de santé
- 6. Gestion de la performance du personnel: rémunération**
  - 6.1 Payer le personnel de santé
- 7. Gestion de la performance du personnel: formation continue (et développement professionnel)**
  - 7.1 Assurer le développement professionnel à travers la formation continue pour le personnel de santé
- 8. Gestion du maintien en poste et de l'attrition du personnel de santé**
  - 8.1 Atténuer l'attrition précoce
  - 8.2 Atténuer l'absentéisme
  - 8.3 Assurer la protection sociale pour le personnel de santé
  - 8.4 Encourager les travailleurs de la santé à travailler dans «leurs communautés»
  - 8.5 Assurer la satisfaction et la motivation du personnel

### L'INFRASTRUCTURE, L'ÉQUIPEMENT ET LES PRODUITS DE SANTÉ

- 1. La sélection des produits**
  - 1.1 Développer et mettre à jour une liste officielle des médicaments essentiels conformes aux priorités de santé de la population
  - 1.2 Sélectionner des produits en conformité avec la liste nationale de médicaments essentiels
- 2. Prévision et approvisionnement**
  - 2.1 Planifier l'achat de produits de manière coordonnée (achats groupés, coordination des cycles d'envoi, etc.)

# ANNEXE 9

## Liste illustrative des fonctions du système de santé

- 2.2 Prévoir avec exactitude les besoins/consommation des médicaments
- 2.3 Obtenir des produits de manière efficiente et efficace (c'est-à-dire, obtenir les meilleurs médicaments pour le meilleur prix)
- 3. Stockage des stocks et de la distribution**
  - 3.1 Stocker et distribuer Les stocks
  - 3.2 Eliminer les déchets de produits médicaux essentiels (que ce soit en raison d'expiration, d'endommagement ou de corruption)
- 4. Servir les clients**
  - 4.1 Établir et maintenir des points de prestation de services pour dispenser des médicaments et des produits essentiels
  - 4.2 Suivre les directives cliniques pour la distribution de médicaments essentiels
- 5. Qualité et surveillance de la sécurité**
  - 5.1 Réglementer les produits achetés pour assurer l'efficacité et la sécurité
  - 5.2 Surveiller la qualité des produits médicaux (puissance, étiquetage adéquat, expiration, dommage ou altération)
  - 5.3 S'assurer que des pratiques d'utilisation rationnelle soient suivies
- 6. La logistique de la gestion du système d'informations**
  - 6.1 Fournir aux responsables de la logistique en temps opportun des données précises, essentielles sur, au minimum, le stock disponible, le taux de consommation, et les pertes et les ajustements

### LE VOLET COMMUNAUTAIRE

- 1. Concevoir des systèmes et des services de santé**
  - 1.1 Faciliter la participation des communautés dans la prise de décision à tous les niveaux du système de santé
  - 1.2 Faciliter la participation des communautés dans l'amélioration de la qualité de service
  - 1.3 Inclure les organisations/réseaux communautaires dans les processus décisionnels politiques au niveau national et/ou infranational
- 2. Prestation des services de santé (prévention, traitement, soins et soutien)**
  - 2.1 Etablir des structures institutionnelles pour une prestation de services communautaire
  - 2.2 Etablir des systèmes de gestion et de responsabilisation pour les organismes communautaires
  - 2.3 Surveiller et évaluer la prestation des services par les organismes communautaires
  - 2.4 Intégrer les services communautaires dans le SISS
- 3. Superviser la performance du système de santé**
  - 3.1 Surveiller la qualité des soins par les communautés

### PRESTATION DE SERVICES

- 1. Planification de la prestation des services**
  - 1.1 Réviser et planifier annuellement la prestation des services

## Liste illustrative des fonctions du système de santé

- 1.2 Utiliser des informations fiables (informations sur les besoins en santé des populations, les performances passées, et les coûts) pour la planification et la prise de décision des services routiniers
- 1.3 Inclure les patients et des populations ciblées dans la planification et la prise de décision routinière
- 1.4 Elaborer des objectifs clairs et réalistes pour la prestation de services
- 2. Gestion de la continuité des soins (services intégrés, références, des services centrés sur le patient)**
  - 2.1 Fournir des services essentiels
  - 2.2 Rendre les services «centrés sur le patient»
  - 2.3 Établir et maintenir un système de référence
  - 2.4 Mobiliser les communautés et la société civile dans la prestation de services
- 3. Gestion de la qualité des services**
  - 3.1 Surveiller et assurer la qualité clinique et la satisfaction des patients
  - 3.2 Améliorer la qualité
- 4. Gestion des services de sensibilisation et des problèmes d'accès**
  - 4.1 Mettre les communautés au courant des services et encourager leur utilisation
  - 4.2 Identifier les obstacles à l'accès, en particulier pour les populations pauvres et marginalisées
- 5. Établir une collaboration entre les secteurs public et privé pour la prestation de services**
  - 5.1 Inclure les organisations de la société civile pour fournir des services de santé
  - 5.2 Etablir des partenariats public-privé pour soutenir et fournir des services

# ANNEXE 10

## Instructions pour les tableaux des indicateurs génériques du système de santé

Ces instructions et les tableaux qui suivent sont un outil pour aider les équipes principales des pays (EPP) à identifier les indicateurs qu'ils peuvent utiliser pour répondre aux questions sur l'évaluation de la performance du système de santé qu'ils ont sélectionnées. Ces tableaux sont destinés à être utilisés au cours de l'étape 7b du processus de diagnostic pour élaborer un ensemble d'indicateurs pour un diagnostic personnalisé du système de santé. Avant d'utiliser ces tableaux, l'EPP devrait déjà avoir identifié les fonctions prioritaires du système de santé et avoir défini les questions clés au sujet de l'exécution de ces fonctions (voir l'étape 7a). A partir de ce point de départ, les EPP se serviront de ces tableaux pour trouver des indicateurs génériques du système de santé qu'ils discuteront et affineront ou élimineront. Dans ce dernier cas, l'EPP élaborera ensuite ses propres indicateurs.

Nous avons organisé ces tableaux d'indicateurs génériques par éléments essentiels du système de santé selon le cadre conceptuel de FHI 360 (Annexe 2). Pour chacun des sept éléments essentiels, nous présentons une page des matières (PDM) qui décrit la structure utilisée pour organiser les tableaux d'indicateurs. La plupart des indicateurs présentés dans ces tableaux proviennent des guides internationaux sur les indicateurs/la surveillance/l'évaluation; mais nous n'avons pas indiqué tous les indicateurs de ces guides, ni ne prétendons qu'il n'y a pas d'autres guides qui peuvent contenir des indicateurs utiles. L'ensemble d'indicateurs génériques que nous présentons est destiné à donner un aperçu des mesures de performance pour chaque élément essentiel. Des références sont fournies dans la colonne de droite (voir l'Annexe 1 de l'ODR pour les références complètes). Les numéros de page sont fournis pour que l'EPP puisse obtenir des informations plus détaillées sur l'indicateur générique. Les indicateurs génériques sans référence proviennent de notre projet pilote de mise en œuvre de l'ODR au Cambodge et au Kenya.

Les indicateurs génériques dans ces tableaux ne sont ni exhaustifs, ni prêts à l'emploi dans leur forme actuelle. Ces tableaux sont destinés à aider les EPP dans des contextes très différents à obtenir des idées sur les types de mesures qui sont recommandées par des experts et des organisations internationales pour l'évaluation de la performance du système de santé. Les indicateurs génériques que l'EPP choisit parmi ces tableaux peuvent avoir besoin d'être adaptés

### Les étapes suivantes peuvent aider à localiser des indicateurs génériques potentiels pour chaque fonction prioritaire du système de santé:

1. Sélectionner une des fonctions pour commencer et écrire la fonction dans la ligne du haut de la «fiche pour construire un indicateur» (un exemple et un modèle vierge de la feuille de calcul sont fournis à la fin de ces instructions dans les Annexes 11 et 12).
2. Inscrire les questions liées au **«processus d'exécution de la fonction prioritaire»** sur la fiche.
3. Utiliser le cadre conceptuel des systèmes de santé de FHI 360 (Annexe 2) pour identifier l'élément du système de santé auquel cette fonction appartient, et aller au tableau d'indicateurs génériques pour cet élément essentiel (Annexes 13-19).
4. Identifier, dans la table des matières de cet élément essentiel, la ou les question(s) générique(s) qui correspond à celle(s) identifiée(s) à l'étape 2, probablement dans les sections sur les «indicateurs de processus» des tableaux.
5. Identifier les numéros des questions génériques et l'inscrire sur la fiche.
6. Trouver et copier sur la fiche les indicateurs génériques figurant à côté des questions identifiées.

# ANNEXE 10

## Instructions pour les tableaux des indicateurs génériques du système de santé

7. Ensuite, passer par le processus d'identification des indicateurs génériques de nouveau (étapes 2 à 6 ci-dessus), mais cette fois pour les questions d'évaluation de performance liées aux «effets de l'exécution de la fonction.» Copier ces questions sur la fiche. Ensuite, ouvrir les tableaux pour l'élément essentiel connecté, identifier la question générique qui ressemble à la vôtre (celles-ci peuvent être trouvées dans la section des tableaux sur les indicateurs de processus ou les indicateurs de produits), noter le numéro de référence, cliquer ou retourner à la section du tableau, puis copier les indicateurs génériques correspondants sur la fiche.
8. Une fois cet exercice terminé pour chaque question sur les «effets», passer aux questions liées aux **«déterminants de la performance de la fonction prioritaire»**, et répéter les étapes ci-dessus.
9. Après avoir identifié les indicateurs génériques liés à chacune des questions de performance, il faut les partager, les discuter et les adapter avec le reste de votre équipe et les autres parties prenantes lors de l'Atelier de conception #2 (voir l'étape 7 du DR).

# ANNEXE 11

## Fiche vierge pour construire des indicateurs

Cette fiche peut être utilisée pour élaborer des indicateurs pour évaluer la performance d'une fonction du système de santé (étape 6). Cette fiche sera utilisée après avoir fait les cartes de performance et avoir défini les questions clés d'évaluation de la performance (étape 7a).

Numéro de la fonction:	FONCTION DU SS:		
	DÉTERMINANTS DE LA PERFORMANCE POUR LA FONCTION PRIORITAIRE	PROCESSUS POUR EXÉCUTER LA FONCTION	EFFETS DE L'EXÉCUTION DE LA FONCTION
Questions d'évaluation de la performance			
Numéro(s) de référence de la/les question(s)			
Indicateurs candidats (à partir des stratégies existantes, du tableau d'indicateurs génériques, ou proposées par l'EPP)			
Indicateurs choisis/ affinés pour être utilisés pour le diagnostic			

## Exemple de la fiche d'indicateurs pour une fonction du SISS

Numéro de la fonction	FONCTION DU SISS: UTILISATION DES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS AU NIVEAU DES DISTRICTS ET DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ		
1	DÉTERMINANTS DE LA PERFORMANCE POUR LA FONCTION PRIORITAIRE	PROCESSUS POUR EXERCER LA FONCTION	EFFETS D'EXERCER LA FONCTION
<b>Questions d'évaluation de la performance</b>	Des données complètes, exactes et à jour sont-elles disponibles dans le SIS du district?	La discussion des données est-elle à l'ordre du jour lors des réunions mensuelles de l'EGSD?	Y a-t-il des preuves de décisions prises sur la base de données du SIS au niveau du district ?
<b>Question Numéro de référence</b>	HSIS_O_1.1 Des données sont-elles disponibles pour les indicateurs de la santé et du système de santé de base?	L&G_P_1.1 Des arrangements et des mécanismes institutionnels sont-ils mis en place pour que les décideurs accèdent, analysent et utilisent les données pour l'élaboration des politiques? HSIS_P_6.1 Les données sont-elles analysées et synthétisées pour produire des informations utiles sur l'état de santé, les besoins de la population et la performance du système de santé?	HSIS_O_2.1 Des informations du SIS et des enquêtes de la population sont-elles utilisées comme base pour décider comment les ressources seront réparties entre les domaines de services, les niveaux de prestation de services, et les zones géographiques? HSIS_O_2.2 Des informations provenant des SIS, SIRH, SIGL et des systèmes de comptabilité financière sont-elles utilisées pour informer la gestion des programmes et des services?
<b>Indicateurs candidats</b> (à partir des stratégies existantes, du tableau d'indicateurs génériques, ou proposées par l'EPP)	Le reportage d'un ensemble minimal d'indicateurs de base se produit régulièrement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les cadres supérieurs et les décideurs politiques exigent des informations de HIS complètes, en temps voulu, exactes, pertinentes et validées</li> <li>La mesure dans laquelle les données tirées des dossiers sur les services de santé sont utilisées pour estimer la couverture des services essentiels (par exemple, les soins prénatals, l'accouchement avec personnel qualifié et l'immunisation) % de districts avec les données comme ordre du jour de leur réunion mensuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les informations du SIS sont utilisées pour plaider en faveur de l'équité et de l'augmentation des ressources aux groupes et aux communautés défavorisés (par exemple, en établissant le poids des maladies et l'accès aux services des pauvres)</li> <li>Les gestionnaires dans les bureaux administratifs de santé à tous les niveaux utilisent l'information sanitaire pour la gestion de la prestation des services de santé, la surveillance continue et l'évaluation périodique</li> </ul>
<b>Indicateurs choisis/affinés pour être utilisés pour le diagnostic</b>	% d'établissements de santé qui ont envoyé au district des rapports de données mensuelle à temps et complets	% de districts avec les données comme ordre du jour de leur réunion mensuelle	% de districts avec des éléments d'action/points de décisions dans les trois derniers mois qui répondent à un problème identifié par les données du SIS du district

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

### PROCESSUS DE LEADERSHIP/GOVERNANCE ..... PAGES 66-68

#### 1. Formuler une politique/une stratégie

- 1.1 Des arrangements et des mécanismes institutionnels sont-ils mis en place pour que les décideurs accèdent, analysent et utilisent les données pour l'élaboration des politiques? .....L&G\_P\_1.1
- 1.2 Les intérêts des différents groupes sont-ils effectivement représentés lors des processus d'élaboration des politiques?.....L&G\_P\_1.2

#### 2. Aligner et coordonner les actions

- 2.1 Les stratégies et les plans du secteur santé sont ils alignés/harmonisés/coordonnés entre les principaux acteurs?.....L&G\_P\_2.1
- 2.2 Le secteur de la santé engage-t-il les autres secteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé?.....L&G\_P\_2.2

#### 3. Réguler le système de santé

- 3.1 Le rôle du secteur privé est-il encouragé?.....L&G\_P\_3.1
- 3.2 Les consommateurs sont-ils protégés? .....L&G\_P\_3.2
- 3.3 Y-a-t-il une accréditation des institutions de prestation de services et une homologation des professionnels de la santé systématique?.....L&G\_P\_3.3

#### 4. Faciliter la participation sociale dans les processus de gestion

- 4.1 Les intérêts des différents groupes sont-ils effectivement représentés dans les processus décisionnels de gestion à tous les niveaux du système de santé?.....L&G\_P\_4.1

#### 5. Rendre les acteurs du système de santé responsable (informer, justifier, sanctionner)

- 5.1 Existe-t-il des processus officiels pour informer le public sur les grandes décisions et les actions du système de santé?.....L&G\_P\_5.1
- 5.2 Existe-t-il des processus officiels pour que les décideurs du système de santé principaux justifient leurs décisions et leurs actions devant le public ou un représentant du public? .....L&G\_P\_5.2
- 5.3 Existe-t-il des mécanismes pour que le public, ou un représentant du public, sanctionne efficacement les principaux décideurs du secteur de la santé pour les décisions et les actions inacceptables? .....L&G\_P\_5.3

### RESULTATS DU LEADERSHIP/DE LA GOUVERNANCE ..... PAGE 69-72

#### 1. Vision/direction pour le secteur de la santé

- 1.2 Existe-t-il une vision et des directives nationales claires pour le système de santé, définies et expliquées dans des documents/cadres de politique généraux? .....L&G\_O\_1.1

#### 2. La direction technique

- 2.1 Les services fournis sont-ils en ligne avec les standards des autorités nationales et/ou internationales ainsi que les meilleures pratiques? .....L&G\_O\_2.1

#### 3. Voix

- 3.1 Les communautés ont-elles une voix effective dans les décisions clés du système de santé? .....L&G\_O\_3.1

<sup>59</sup> Le cadre et les indicateurs pour cet élément essentiel sont tirés de: Brinkerhoff and Bossert 2008; Islam 2007, Chapter 6; WHO 2010a; Murray and Evans 2003; HMN 2008; Luoma et al 2010; Rifkin et al 1988; et Siddiqi et al 2008

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

### 4. Responsabilité

4.1 La corruption dans le secteur de la santé est-elle efficacement identifiée et prise en compte? ..... L&G\_O\_4.1

### 5. Équité/justice

5.1 Les ressources du secteur public sont-elles allouées équitablement en fonction des besoins? ..... L&G\_O\_5.1

### 6. Alignement/Harmonisation

6.1 Les fonds publics et le financement des bailleurs de fonds sont-ils alignés/harmonisés? ..... L&G\_O\_6.1

6.2 Les budgets et plans de travail sont-ils élaborés dans le cadre d'un processus de planification coordonné?..... L&G\_O\_6.2

6.3 Les systèmes de S & E et des SIS sont-ils alignés/harmonisés?..... L&G\_O\_6.3

6.4 Les stratégies/plans de développement des RHS sont-ils alignés/harmonisés?..... L&G\_O\_6.4

### 7. Des partenariats solides avec le secteur privé

7.1 Y-a-t-il un engagement solide du secteur privé dans le système de santé? .....L&G\_O\_7.1

### 8. Engagement

8.1 Le gouvernement dépense-t-il suffisamment sur la santé? ..... L&G\_O\_8.1

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>PROCESSUS DE GOUVERNANCE OU DE LEADERSHIP</b>			
<b>1. Formuler une politique/une stratégie</b>	1.1 Des arrangements et des mécanismes institutionnels sont-ils mis en place pour que les décideurs accèdent, analysent et utilisent les données pour l'élaboration des politiques?	Les cadres supérieurs et les décideurs politiques exigent des informations de HIS complètes, en temps voulu, exactes, pertinentes et validées	HMN 2008b, pg. 66
		Des informations sur la santé (état de santé de la population, système de santé, facteurs de risque) sont manifestement utilisées dans les processus de planification et d'allocation des ressources (par exemple, pour les plans annuels de développement intégrés, les cadres de dépenses à moyen terme, les plans stratégiques à long terme et les examens annuels)	HMN 2008b, pg. 67; Islam 2007, pg. 6.3
		Les informations du SIS sont utilisées pour plaider en faveur de l'équité et une augmentation des ressources dédiées aux groupes et aux communautés défavorisés (par exemple, en documentant leur fardeau de la maladie et leur faible accès aux services)	HMN 2008b, pg. 67
		L'utilisation régulière d'évaluations des besoins dans le cadre de l'élaboration des politiques	Siddiqi et al 2008, pg. 9
	1.2 Les intérêts des différents groupes sont-ils effectivement représentés lors des processus d'élaboration des politiques?	L'existence de mécanismes (telles que des enquêtes) pour obtenir des commentaires opportuns de la part des clients sur l'accès aux services de santé adéquats, en temps voulu, et efficace	Islam 2007, pg. 6.3; WHO 2010a, pg. 87
		L'existence de mécanismes pour consulter le secteur privé, la société civile, les ministères et d'autres parties prenantes dans la prise de décision	Siddiqi et al 2008, pg. 8
<b>2. Aligner et coordonner les actions</b>	2.1 Les stratégies et les plans du secteur santé sont-ils alignés/harmonisés/coordonnés entre les principaux acteurs?	L'existence d'évaluations annuelles conjointes et de processus de planification	
		Au cours des trois derniers mois, le département/groupe de travail a organisé des réunions de coordination avec des partenaires internes ou externes dans le but d'aligner les attentes, les intérêts et/ou les plans d'action	MSH 2006, pg. 80
		% de districts et d'établissements qui ont accès aux prévisions budgétaires et aux cadres des dépenses pour informer leur planification annuelle	Luoma et al 2010, pg. 40

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	2.2 Le secteur de la santé engage-t-il les autres secteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé?	L'existence d'un processus par lequel le ministère des finances, le ministère du genre, le ministère de l'agriculture, et/ou d'autres ministères clés participent officiellement aux processus d'évaluation annuel et de planification	
<b>3. Réguler le système de santé</b>	3.1 Le rôle du secteur privé est-il encouragé?	L'existence de politiques/règles pour favoriser la contribution du secteur privé à la réalisation des objectifs du système de santé	Islam 2007, pg. 6.4
	3.2 Les consommateurs sont-ils protégés?	L'existence de lois/règlements pour la sécurité du consommateur liée aux services de santé, à l'infrastructure, à la technologie, et/ou aux produits pharmaceutiques	Siddiqi et al 2008, pg. 8
		L'existence de mécanismes (avec les budgets, le personnel et l'équipement nécessaires) pour faire respecter la protection du consommateur/les lois de sécurité/les réglementations	
	3.3 Y-a-t-il une accréditation des institutions de prestation de services et une homologation des professionnels de la santé systématique?	Existence d'outils/instruments pour les fournisseurs d'accréditation et la certification du personnel de santé	Siddiqi et al 2008, pg. 9
		% de points de prestation de services de santé (hôpitaux, établissements, dispensaires, etc.) qui sont officiellement accrédités	
		% du personnel de santé qui est officiellement homologué	
<b>4. Faciliter la participation sociale dans les processus de gestion</b>	4.1 Les intérêts des différents groupes sont-ils effectivement représentés dans les processus décisionnels de gestion à tous les niveaux du système de santé?	L'existence de comités des établissements de santé ou d'autres forums	
		La participation des populations marginalisées au sein des comités des établissements de santé ou autres forums	
		Des réunions régulières des comités des établissements de santé ou autres forums	
		La participation des organisations de la société civile dans l'évaluation annuelle conjointe et les processus de planification	

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>5. Rendre les acteurs du système de santé responsable (informer, justifier, sanctionner)</b>	5.1 Existe-t-il des processus officiels pour informer le public sur les grandes décisions et les actions du système de santé?	L'existence de mécanismes de surveillance pour assurer la transparence des décisions (par exemple, la sélection des produits, l'approvisionnement, l'embauche, etc.)	Siddiqi 2008, pg. 9; Islam 2007, pg. 6.4
		La disponibilité des informations sur les procédures financières et administratives	Siddiqi et al 2008, pg. 9
		L'existence de règles sur la publication d'informations sur le secteur de la santé (par exemple: des plans; des données sur la santé, y compris des statistiques sur la santé; des barèmes d'honoraires)	Islam 2007, pg. 6.3
		L'existence de mécanismes de diffusion des informations sur les services de santé et les décisions politiques majeures au public (par exemple, des émissions de radio en langues locales)	Luoma et al 2010, pg. 40
	5.2 Existe-t-il des processus officiels pour que les décideurs du système de santé principaux justifient leurs décisions et leurs actions devant le public ou un représentant du public?	Le décalage entre le décaissement des fonds et la disponibilité des informations d'audit financier	Siddiqi et al 2008, pg. 9
	5.3 Existe-t-il des mécanismes pour que le public, ou un représentant du public, sanctionne efficacement les principaux décideurs du secteur de la santé pour les décisions et les actions inacceptables?	L'existence de procédures de réparation des griefs (a) de consommateurs (b) d'entrepreneurs	Siddiqi et al 2008, pg. 9
		L'existence de politiques visant à lier la rémunération/ promotion professionnelle à des enquêtes de satisfaction des patients	
		La perception des communautés/patients de leur propre pouvoir à dénoncer la corruption et faire que ces problèmes soient résolus	

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>RESULTATS DU LEADERSHIP/DE LA GOUVERNANCE</b>			
<b>1. Vision/ direction pour le secteur de la santé</b>	1.2 Existe-t-il une vision et des directives nationales claires pour le système de santé, définies et expliquées dans des documents/ cadres de politique généraux?	L'existence d'une stratégie de santé nationale à jour liée aux besoins et aux priorités nationales et indiquant les objectifs à atteindre, avec les délais et les ressources	Islam 2007, pg. 6.3; WHO 2010a, pg. 87; Siddiqi et al 2008, pg. 8
		Un ensemble de services de santé de base défini dans la politique ou par la loi	
		Tuberculose – L'existence d'un plan stratégique national pour la tuberculose qui reflète les six principales composantes de la stratégie «Halte à la tuberculose», tels que décrits dans le Plan mondial pour arrêter la tuberculose 2006-2015	WHO 2010a, pg. 88
		Paludisme – L'existence d'une stratégie nationale de lutte antipaludique ou d'une politique qui inclut la surveillance de l'efficacité des médicaments, la lutte anti-vectorielle et la surveillance de la résistance aux insecticides	WHO 2010a, pg. 88
		VIH/SIDA – Remplissage du questionnaire de UNGASS pour l'Index de Politique Nationale pour le VIH/SIDA	WHO 2010a, pg. 89
		Santé maternelle – L'existence d'une politique de santé reproductive complète et compatible avec le plan d'action CIPD	WHO 2010a, pg. 87
		Santé infantile – L'existence d'un plan mis à jour, pluriannuel pour la vaccination des enfants	WHO 2010a, pg. 87
<b>2. Leadership technique</b>	2.1 Les services fournis sont-ils en ligne avec les standards des autorités nationales et/ou internationales ainsi que les meilleures pratiques?	La disponibilité de normes cliniques mises à jour pour les domaines prioritaires du MS, les zones fortement touchées par les maladies et/ou les zones ayant une forte morbidité et mortalité	Islam 2007 pg. 8.14
		% des sites de prestation de services qui mettent en œuvre les dernières versions des guides cliniques et des normes opérationnelles au moment de la visite	

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>3. Voix</b>	3.1 Les communautés ont-elles une voix effective dans les décisions clés du système de santé?	L'existence de forums/comités de gestion pour les parties prenantes pour discuter des questions de politique et/ou des décisions de planification	Luoma et al 2010, pp. 40-41
		Les taux de participation et la représentativité des forums des parties prenantes ou d'autres forums pour le débat public	Rifkin et al 1988
		Adhésion formelle des organisations de la société civile (organisations confessionnelles, associations de fournisseurs du secteur privé, etc.) aux organismes de santé dans le secteur de la planification	Luoma et al 2010, pg. 40
<b>4. Responsabilité</b>	4.1 La corruption dans le secteur de la santé est-elle efficacement identifiée et prise en compte?	Évaluation indépendante de la corruption dans les institutions du secteur de la santé (tel que l'Indice de corruption d'Afrique de l'Est de Transparency International)	Luoma et al 2010, pg. 39
		Les perceptions du public/patients sur la corruption dans le secteur de la santé	
<b>5. Équité/ justice</b>	5.1 Les ressources du secteur public sont-elles allouées équitablement en fonction des besoins?	La proportion du financement de la santé qui atteint le quintile le plus pauvre	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
<b>6. Alignement/ Harmonisation</b>	6.1 Les fonds publics et le financement des bailleurs de fonds sont-ils alignés/harmonisés?	La proportion du financement des bailleurs de fonds qui correspond au budget et/ou au plan (avec une présentation transparente des montants et des autres activités) au niveau national/provincial/étatique/régional/des établissements	Luoma et al 2010, pg. 38
		Les plans de travail à tous les niveaux du système de santé sont liés à des budgets	Luoma et al 2010, pg. 38
	6.2 Les budgets et plans de travail sont-ils élaborés dans le cadre d'un processus de planification coordonné?	Le pourcentage ou le nombre de plans de travail qui n'ont pas un budget détaillé ou qui ne sont pas financés	

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	6.3 Les systèmes de S & E et des SIS sont-ils alignés/harmonisés?	L'existence et la mise en œuvre de plans de S & E coordonnés au niveau national, pluriannuels, spécifiques à certaines maladies et avec un calendrier pour la réalisation de l'enquête et l'analyse des données	GFATM 2009, pg. 288
		L'existence et la mise en œuvre d'un système national intégré et routinier d'informations de la santé dans les domaines de prestation de services et comprenant les prestataires de services des secteurs publics et privés	
	6.4 Les stratégies/ les plans de développement des RHS sont-ils alignés/harmonisés?	La participation officielle des organisations de la société civile, des bailleurs de fonds et des représentants des ministères dans le développement des plans sectoriels et stratégies de santé	Luoma et al 2010, pg. 39
		L'existence de structures de gouvernance parallèles et spécifiques à un bailleur de fonds	Luoma et al 2010, pg. 39
		L'existence et la mise en œuvre d'une stratégie de développement des RHS planifiée et financée ensemble (gouvernement, bailleurs de fonds, et représentant du secteur privé)	WHO 2010a, pg. 33; Islam 2007, pg. 9.10
	<b>5. Équité/ justice</b>	5.1 Les ressources du secteur public sont-elles allouées équitablement en fonction des besoins?	La proportion du financement de la santé qui atteint le quintile le plus pauvre
<b>6. Alignement/ Harmonisation</b>	6.1 Les fonds publics et le financement des bailleurs de fonds sont-ils alignés/harmonisés?	La proportion du financement des bailleurs de fonds qui correspond au budget et/ou au plan (avec une présentation transparente des montants et des autres activités) au niveau national/provincial/étatique/régional/des établissements	Luoma et al 2010, pg. 38
	6.2 Les budgets et plans de travail sont-ils élaborés dans le cadre d'un processus de planification coordonné?	Les plans de travail à tous les niveaux du système de santé sont liés à des budgets	Luoma et al 2010, pg. 38
		Le pourcentage ou le nombre de plans de travail qui n'ont pas un budget détaillé ou qui ne sont pas financés	

# ANNEXE 13

## Indicateurs génériques de performance pour le leadership et la gouvernance<sup>59</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	6.3 Les systèmes de S & E et des SIS sont-ils alignés/harmonisés?	L'existence et la mise en œuvre de plans de S & E coordonnés au niveau national, pluriannuels, spécifiques à certaines maladies et avec un calendrier pour la réalisation de l'enquête et l'analyse des données	GFATM 2009, pg. 288
		L'existence et la mise en œuvre d'un système national intégré et routinier d'informations de la santé dans les domaines de prestation de services et comprenant les prestataires de services des secteurs publics et privés	
	6.4 Les stratégies/les plans de développement des RHS sont-ils alignés/harmonisés?	La participation officielle des organisations de la société civile, des bailleurs de fonds et des représentants des ministères dans le développement des plans sectoriels et stratégies de santé	Luoma et al 2010, pg. 39
		L'existence de structures de gouvernance parallèles et spécifiques à un bailleur de fonds	Luoma et al 2010, pg. 39
		L'existence et la mise en œuvre d'une stratégie de développement des RHS planifiée et financée ensemble (gouvernement, bailleurs de fonds, et représentant du secteur privé)	WHO 2010a, pg. 33; Islam 2007, pg. 9.10
	<b>7. Des partenariats solides avec le secteur privé</b>	7.1 Y-a-t-il un engagement solide du secteur privé dans le système de santé?	Le pourcentage d'établissements du secteur privé qui ont référé des patients ou reçus des patients référés par des établissements du secteur public
Le pourcentage d'hôpitaux du secteur privé/établissements/dispensaires qui sont officiellement accrédités			
Le pourcentage d'hôpitaux du secteur privé/établissements/dispensaires qui ont été inspectés/audités			
Le pourcentage d'hôpitaux du secteur privé/établissements/dispensaires qui sont intégrés dans le système public de référence			
Le nombre de contrats émis par le secteur public (établissements, districts, provinces et/ou agences nationales) à des partenaires du secteur privé (PPP)			
<b>8. Engagement</b>	8.1 Le gouvernement dépense-t-il suffisamment sur la santé?	Dépenses publiques générales pour la santé en pourcentage des dépenses publiques générales	WHO 2010a, pg. 76

# ANNEXE 14

## Indicateurs génériques de performance du financement du système de santé<sup>60</sup>

### PROCESSUS DE FINANCEMENT ..... PAGES 74-76

#### 1. Recueillir des recettes

- 1.1 Les responsabilités en matière de financement sont-elles clairement définies et convenues entre tous les acteurs (les différents niveaux de gouvernement, les partenaires dans le domaine du développement et les citoyens)? HSF\_P\_1.1
- 1.2 Les fonds engagés sont-ils collectés/décaissés en temps opportun et prévisible?..... HSF\_P\_1.2
- 1.3 Les paiements directs pour les produits et les services de santé sont-ils bien gérés?..... HSF\_P\_1.3

#### 2. Mettre en commun les risques

- 2.1 Des mécanismes de mutualisation des risques sont-ils mis en place, en particulier ceux ciblant les plus vulnérables (à savoir les populations pauvres et marginalisées)? ..... HSF\_P\_2.1

#### 3. Allouer les ressources

- 3.1 Les budgets sont-ils utilisés efficacement pour la planification et la mise en œuvre? ..... HSF\_P\_3.1
- 3.2 Les informations sur les besoins en santé de la population servent-elles à éclairer les décisions d'allocation des ressources?..... HSF\_P\_3.2
- 3.3 Une analyse du rapport coût-efficacité est-elle utilisée pour éclairer les décisions d'allocation des ressources? ..... HSF\_P\_3.3

#### 4. Faire des paiements pour les coûts des services de santé et du système de santé

- 4.1 Le pays réalise-t-il des économies grâce à la réforme/l'innovation dans les pratiques d'achat et les pratiques contractuelles?..... HSF\_P\_4.1
- 4.2 Les fonds vont-ils facilement de la source au dernier utilisateur prévu?..... HSF\_P\_4.2

#### 5. Gestion comptable et financière

- 5.1 Existe-t-il un système fonctionnel pour les recettes et le suivi des dépenses? .....HSF\_P\_5.1
- 5.2 Existe-t-il des mécanismes pour un contrôle public des finances à tous les niveaux? ..... HSF\_P\_5.2
- 5.3 L'exactitude des registres financiers est-elle vérifiée? ..... HSF\_P\_5.3

### RESULTATS DU FINANCEMENT .....PAGE 77

#### 1. Prestation de services

- 1.1 La dépense totale en matière de santé est-elle suffisante pour permettre une couverture universelle des interventions essentielles en santé? .....HSF\_O\_1.1
- 1.2 Est-ce que le gouvernement dépense suffisamment sur la santé?.....HSF\_O\_1.2
- 1.3 Les pauvres peuvent-ils se payer les services de santé essentiels? ..... HSF\_O\_1.3

#### 2. Financer le personnel de santé

- 2.1 Des fonds suffisants sont-ils disponibles pour payer le personnel de santé nécessaire?.....HSF\_O\_2.1

#### 3. Financer le SISS

- 3.1 Des fonds suffisants sont-ils disponibles pour le SISS?.....HSF\_O\_3.1

#### 4. Financer les organisations communautaires

- 4.1 Les organisations communautaires ont-elles des sources de financement sûres?.....HSF\_O\_4.1

#### 5. L'équité/justice financière

- 5.1 Les contributions des ménages aux coûts des soins de santé sont-elles proportionnelles à leurs capacités de payer? .....HSF\_O\_5.1

#### 6. La protection contre le risque financier

- 6.1 Les personnes, surtout les pauvres, sont-elles protégées contre les risques financiers liés à la mauvaise santé?HSF\_O\_6.1

<sup>60</sup> Le cadre et les indicateurs pour cet élément essentiel sont tirés de: WHO 2010a; WHO 2010b; Islam 2007; MSH 2010; USAID 2009; Murray and Evans 2003; Gottret and Schieber 2006; et MSH 2006.

# ANNEXE 14

## Indicateurs génériques de performance du financement du système de santé<sup>60</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>PROCESSUS DE FINANCEMENT</b>			
<b>1. Recueillir des recettes</b>	1.1 Les responsabilités en matière de financement sont-elles clairement définies et convenues entre tous les acteurs (les différents niveaux de gouvernement, les partenaires dans le domaine du développement et les citoyens)?	L'existence d'un processus conjoint d'évaluation et de planification annuel, où les engagements financiers sont pris, impliquant tous les principaux partenaires au développement	
	1.2 Les fonds engagés sont-ils collectés/décaissés en temps opportun et prévisible?	Les taux de décaissement de fonds dévoués pour la santé provenant de toutes les sources (bailleurs de fonds internationaux, budget du gouvernement national, régimes d'assurance)	
		L'inclusion des fonds provenant de toutes les sources (publiques, bailleurs de fonds, dépenses des ménages, etc.) dans les plans annuels nationaux/provinciaux/de district/établissements et/ou les budgets.	
	1.3 Les paiements directs pour les produits et les services de santé sont-ils bien gérés?	% des établissements/dispensaires qui affichent les prix pour les biens et les services	
		% des établissements/dispensaires qui utilisent une caisse et un système de reçus	
		% des patients qui pensent que les frais d'utilisation/co-paiements sont bien gérés	
<b>2. Mettre en commun les risques</b>	2.1 Des mécanismes de mutualisation des risques sont-ils mis en place, en particulier ceux ciblant les plus vulnérables (à savoir les populations pauvres et marginalisées)?	L'existence de régimes d'assurance maladie ciblant les pauvres et les plus vulnérables	
		L'existence de régimes communautaires pour le financement de la santé	

# ANNEXE 14

## Indicateurs génériques de performance du financement du système de santé<sup>60</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>3. Allouer les ressources</b>	3.1 Les budgets sont-ils utilisés efficacement pour la planification et la mise en œuvre?	Le budget est lié au plan opérationnel annuel pour l'année en cours	MSH 2006, pg. 55
		% des régions/provinces/districts/municipalités qui utilisent des procédures de planification et de budgétisation afin de renforcer la performance de la prestation des services	MSH 2006, pg. 58
		L'organisation prépare des budgets en utilisant la méthode du calcul des coûts par activités (ABC)	MSH 2006, pg. 59
	3.2 Les informations sur les besoins en santé de la population servent-elles à éclairer les décisions d'allocation des ressources?	Evaluation des données sanitaires de la population lors du processus d'évaluation annuel	
	3.3 Une analyse du rapport coût-efficacité est-elle utilisée pour éclairer les décisions d'allocation des ressources?	Le coût et le rapport coût-efficacité de la prestation des services, l'extension des services, et l'introduction de nouveaux services sont mesurés, analysés et utilisés dans l'évaluation annuelle et le processus de planification	
<b>4. Effectuer des paiements pour les coûts des services de santé et du système de santé</b>	4.1 Le pays réalise-t-il des économies grâce à la réforme/l'innovation dans les pratiques d'achat et des pratiques contractuelles?	Les principes pour les achats actifs <sup>61</sup> sont suivis par le gouvernement	
		L'existence de stratégies visant à réduire le prix des médicaments et autres produits de santé (par exemple, l'achat de médicaments génériques, achats groupés, les réductions de prix négociées, etc.)	
		L'existence de dispositions juridiques visant à permettre la substitution de médicaments génériques dans le secteur privé	
	4.2 Les fonds vont-ils facilement de la source au dernier utilisateur prévu?	% des fonds alloués pour une utilisation au niveau provincial/des districts/des établissements/des communautés qui arrivent au niveau voulu	

<sup>61</sup> L'achat actif (par opposition à l'achat passif, qui est basé sur la pratique antérieure) implique la décision d'achat basée sur l'analyse suivante: les besoins en biens et services, les activités qui répondent le mieux à ces besoins, les différents effets potentiels de la passation de marchés ou des modalités de paiement; et à qui les biens et services peuvent être achetés.

# ANNEXE 14

## Indicateurs génériques de performance du financement du système de santé<sup>60</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>5. Gestion comptable et financière</b>	5.1 Existe-t-il un système fonctionnel pour les recettes et le suivi des dépenses?	La responsabilité pour les comptes nationaux de santé a été déléguée à un organisme spécifique et assorti d'un budget pour la mise en œuvre	WHO 2010a, pg. 78
		Une évaluation a été faite des ressources humaines existantes (nombre et capacité) et de l'infrastructure pour générer des données des CNS	WHO 2010a, pg. 78
		Une évaluation des sources de données pour les données des CNS a été faite	WHO 2010a, pg. 78
		L'existence d'un mécanisme pour évaluer périodiquement l'exhaustivité et l'exactitude des informations fournies ou recueillies pour le CNS, avec une stratégie systématique pour faire des commentaires sur les sources de données pour améliorer la disponibilité et la qualité des informations nécessaires	WHO 2010a, pg. 78
		Le système de gestion financière produit des renseignements exacts et en temps voulu sur les dépenses	MSH 2006 pg. 56
		Le système de comptabilité génère des rapports réguliers pour suivre les dépenses par rapport aux écarts budgétaires et documente ces variations	MSH 2006, pg. 54
		L'information obtenue à partir du système de gestion financière est utilisée pour prendre des décisions de gestion	MSH 2006, pg. 57
		L'organisation prépare des rapports financiers mensuels en utilisant la méthode du calcul des coûts par activités (ABC)	MSH 2006, pg. 60
	5.2 Existe-t-il des mécanismes pour un contrôle public des finances à tous les niveaux?	L'existence d'organes/comités indépendants au niveau national/provincial/des districts/des communautés qui évaluent régulièrement les dépenses publiques	
	5.3 L'exactitude des registres financiers est-elle vérifiée?	% des établissements qui ont eu un audit financier effectué au cours de l'année écoulée	

# ANNEXE 14

## Indicateurs génériques de performance du financement du système de santé<sup>60</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>RÉSULTATS DU FINANCEMENT</b>			
<b>1. Prestation de services</b>	1.1 La dépense totale en matière de santé est-elle suffisante pour permettre une couverture universelle des interventions essentielles en santé?	Les dépenses totales en matière de santé par habitant (par exemple, au moins 40 \$US par habitant)	WHO 2010a, pg. 75
	1.2 Est-ce que le gouvernement dépense suffisamment sur la santé?	Le pourcentage des dépenses publiques (que représentent les dépenses publiques générales) en matière de santé	WHO 2010a, pg. 76
	1.3 Les pauvres peuvent-ils se payer les services de santé essentiels?	Le pourcentage des dépenses totales en matière de santé que représentent les dépenses des ménages (un pourcentage de plus de 60% indique une barrière financière)	Islam. 2007, pg. 8.19
<b>2. Financer le personnel de santé</b>	2.1 Des fonds suffisants sont-ils disponibles pour payer le personnel de santé nécessaire?	% des dépenses publiques en matière de santé consacrées aux salaires	Islam. 2007, pg. 7.18
		% des dépenses totales en matière de santé consacrées aux salaires	
<b>3. Financer le SISS</b>	3.1 Des fonds suffisants sont-ils disponibles pour le SISS?	Les dépenses par habitant pour le SISS (selon RMS, elle devrait se situer entre 0,53 USD et 2,99 USD)	WHO 2010a, pg. 36
<b>4. Financer les organisations communautaires</b>	4.1 Les organisations communautaires ont-elles des sources de financement sûres?	Le nombre et le pourcentage des organisations communautaires qui ont obtenu un financement de base assuré pour au moins deux ans	GFATM 2010, pg. 55
<b>5. L'équité/la justice financière</b>	5.1 Les contributions des ménages aux coûts des soins de santé sont-elles proportionnelles à leurs différentes facultés à payer?	Le pourcentage des dépenses des ménages qui représente des dépenses en matière de santé	Islam. 2007, pg. 8.19
		Les exemptions ou dérogations aux frais pour les groupes vulnérables	Islam. 2007, pg. 8.20
<b>6. La protection contre le risque financier</b>	6.1 Les personnes, surtout les pauvres, sont-elles protégées contre les risques financiers liés à la mauvaise santé?	La proportion de la population ayant des dépenses de santé catastrophiques en raison de paiements, par rapport au revenu, à la fortune ou aux quintile de dépenses (si les données sont disponibles)	WHO 2010a, pg. 73; WHO 2010a, pg. 76

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

### INTRANTS DU SISS .....PAGES 80-83

#### 1. Financement

1.1 Le financement disponible est-il suffisant pour le SISS? .....HSIS\_I\_1.1

#### 2. RHS

2.1 Y a-t-il suffisamment de ressources humaines (gestionnaires, professionnel et/ou cliniciens) employés pour mettre en œuvre un SISS efficace?.....HSIS\_I\_2.1

#### 3. Équipement

3.1 Y a-t-il un équipement qui fonctionne pour la collecte, la gestion et la transmission de données?.....HSIS\_I\_3.1

#### 4. Leadership

4.1 Des structures sont-elles en place pour diriger et gérer les SISS? .....HSIS\_I\_4.1

### PROCESSUS DU SISS .....PAGES 84-95

#### 1. Définir les besoins en information et les objectifs

1.1 Une liste d'indicateurs essentiels et des besoins en données ont-ils été définis? .....HSIS\_P\_1.1

1.2 Des politiques, des plans et des stratégies coordonnés ont-ils été élaborés pour les SISS? .....HSIS\_P\_1.2

#### 2. Recueillir des données

2.1 Des données à jour, complètes et précises de recensement sont-elles recueillies?.....HSIS\_P\_2.1

2.2 Des données à jour, complètes et précises sur l'état civil sont-elles recueillies? .....HSIS\_P\_2.2

2.3 Des données à jour, complètes et précises provenant d'enquêtes axées sur la population sont-elles recueillies?.....HSIS\_P\_2.3

2.4 Des données à jour, complètes et précises sont-elles recueillies pour la surveillance des maladies à déclaration obligatoire ("dossiers individuels")?.....HSIS\_P\_2.4

2.5 Des données à jour, complètes et précises sur l'utilisation des services sont-elles recueillies? .....HSIS\_P\_2.5

2.6 Des données à jour, complètes et précises sur l'infrastructure, l'équipement et les fournitures des établissements de santé sont-elles recueillies? .....HSIS\_P\_2.6

2.7 Des données à jour, complètes et précises sur les ressources humaines sont-elles recueillies?.....HSIS\_P\_2.7

2.8 Des données financières à jour, complètes et précises sont-elles recueillies?.....HSIS\_P\_2.8

#### 3. Gérer des données

3.1 Les données provenant de différents sous-systèmes sont-elles gérées de façon coordonnée et intégrée? .....HSIS\_P\_3.1

#### 4. L'assurance de qualité des données

4.1 Une vérification systématique de la qualité des données est-elle en place dans les différents domaines fonctionnels des SISS? .....HSIS\_P\_4.1

#### 5. Améliorer la qualité du système

5.1 Des mécanismes sont-ils en place pour améliorer en permanence les systèmes d'information, tels que l'identification et la réduction des charges de travail non nécessaires pour la déclaration des données, la simplification des processus et/ou l'utilisation des TIC pour renforcer les processus? .....HSIS\_P\_5.1

#### 6. Analyse: Transformer des données en informations

6.1 Les données sont-elles analysées et synthétisées pour produire des informations utiles sur l'état de santé, les besoins de la population et la performance du système de santé?.....HSIS\_P\_6.1

<sup>62</sup> Le cadre et les indicateurs pour cet élément essentiel sont tirés de: HMN 2008b; WHO 2010; GFATM 2009; Islam 2007; de Vries 1998; Sapirie 2000; HMN 2008a; et USAID 2009.

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

### 7. Diffusion de l'information

- 7.1 Existe-il un système efficace pour diffuser des informations sur le SISS aux décideurs politiques, aux gestionnaires, aux fournisseurs et aux autres parties prenantes à tous les niveaux et dans les agences/départements?.....HSIS\_P\_7.1

### LES RESULTATS DU SISS ..... PAGES 96-97

#### 1. Surveiller les indicateurs de base

- 1.1 Des données sont-elles disponibles pour les indicateurs de la santé et du système de santé de base? .....HSIS\_O\_1.1

#### 2. Utiliser des informations pour prendre des décisions de planification et de gestion

- 2.1 Des informations du SIS et des enquêtes de la population sont-elles utilisées comme base pour décider comment les ressources seront réparties entre les domaines de services, les niveaux de prestation de services, et les zones géographiques?.....HSIS\_O\_2.1
- 2.2 Des informations provenant des SIS, SIRH, SIGL et des systèmes de comptabilité financière sont-elles utilisées pour informer la gestion des programmes et des services? ..... HSIS\_O\_2.2

#### 3. Utiliser l'information pour influencer des comportements sains

- 3.1 Des informations provenant d'enquêtes de la population et/ou des SIS routinier sont-elles utilisées pour informer le public sur les comportements sains?.....HSIS\_O\_3.1

#### 4. Utiliser les informations pour identifier et répondre aux épidémies

- 4.1 Les épidémies sont-elles identifiées en temps voulu?.....HSIS\_O\_4.1

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>INTRANTS DU SISS</b>			
<b>1. Financement</b>	1.1 Le financement disponible est-il suffisant pour le SISS?	Les dépenses par habitant sur les SISS (selon RMS, elles devraient se situer entre 0,53 USD et 2,99 USD)	WHO 2010a, pg. 36
		Il existe des postes budgétaires dans le budget national pour différents secteurs pour assurer de manière adéquate un SIS fonctionnant pour toutes les sources de données pertinentes au ministère de la santé	HMN 2008b, pg. 22
		Il existe des postes budgétaires dans le budget national pour différents secteurs pour assurer de manière adéquate un système de statistiques fonctionnant pour toutes les sources de données du bureau national des statistiques	HMN 2008b, pg. 22
<b>2. RHS</b>	2.1 Y a-t-il suffisamment de ressources humaines (gestionnaires, professionnel et/ou cliniciens) employés pour mettre en œuvre un SISS efficace?	Le système d'information sanitaire dispose de personnels qualifiés qui ont au moins deux années de formation spécialisée et sont en place au niveau du district	HMN 2008b, pg. 41
		Les travailleurs des établissements de santé (cliniques et hôpitaux) reçoivent une formation régulière sur les systèmes d'informations sanitaires qui est soit intégrée à la formation continue ou à la formation sur les lieux du travail pour le secteur public	HMN 2008b, pg. 41
		Le nombre de membres du personnel à l'intérieur et à l'extérieur des établissements formés au S & E (par niveau)	GFATM 2009, pg. 321
		Le nombre et le pourcentage d'organisations de la société civile avec au moins un membre du personnel formé en S & E	GFATM 2009, pg. 324
		Le ministère de la santé a une capacité suffisante en sciences fondamentales pour gérer les informations sanitaires (épidémiologie, démographie, statistiques, informations et TIC)	HMN 2008b, pg. 20

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le bureau national des statistiques a une capacité suffisante en matière de statistiques (démographie, statistiques, TIC)	HMN 2008b, pg. 20
		Aux niveaux sous-nationaux (par exemple, les régions/provinces et districts) il y a des postes désignés d'agents à temps plein et remplis pour la gestion des informations sanitaires	HMN 2008b, pg. 20
		Des activités de renforcement des capacités SIS ont eu lieu au cours de la dernière année pour le personnel SIS du ministère de la santé (statistiques, maintenance des logiciels et des bases de données et/ou épidémiologie) aux niveaux national et infranational	HMN 2008b, pg. 21
		Des activités de renforcement des capacités ont eu lieu au cours de la dernière année pour le personnel du bureau national des statistiques (statistiques, maintenance des logiciels et des bases de données) aux niveaux national et infranational	HMN 2008b, pg. 21
		Des activités de renforcement des capacités SIS ont eu lieu au cours de la dernière année pour le personnel des établissements de santé (sur la collecte de données, l'auto-évaluation, l'analyse et la présentation)	HMN 2008b, pg. 21
		De l'aide est offerte pour le personnel de santé et les SIS aux niveaux national et sous-national pour la conception, la gestion et le soutien des bases de données et des logiciels	HMN 2008b, pg. 21
		Le taux acceptable de renouvellement du personnel d'informations de la santé au niveau national au sein du ministère de la santé	HMN 2008b, pg. 21
		Le taux acceptable de renouvellement du personnel d'information de la santé au niveau national dans le bureau national des statistiques	HMN 2008b, pg. 21
		Le pays dispose de capacités suffisantes pour: (1) mettre en œuvre la collecte des données (recensement, état civil et enquêtes auprès des ménages), (2) le traitement des données, et (3) l'analyse des données	HMN 2008b, pp. 33, 35, 37

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le pays dispose de capacités suffisantes pour: (1) diagnostiquer et enregistrer les cas de maladies à déclaration obligatoire, (2) transmettre des données à jour et complètes sur ces maladies, et (3) analyser et agir sur les données pour répondre aux épidémies et planifier des interventions de santé publique	HMN 2008b, pg. 39
		Le pourcentage de travailleurs de la santé faisant des diagnostics primaires qui peuvent citer correctement les définitions de cas de la majorité des maladies à déclaration obligatoire	HMN 2008b, pg. 39
		Il y a des ressources humaines et des équipements pour l'entretien et la mise à jour de la base de données et des cartes des établissements de santé et des services	HMN 2008b, pg. 42
		Il y a des ressources humaines pour le maintien et la mise à jour de la base de données nationale des ressources humaines	HMN 2008b, pg. 43
		Un nombre suffisant de personnel qualifié et à long terme est régulièrement déployé pour travailler sur le compte national de santé (CNS), qu'ils soient employés ou non par le ministère de la santé	HMN 2008b, pg. 44
<b>3. Equipment</b>	3.1 Y a-t-il un équipement qui fonctionne pour la collecte, la gestion et la transmission de données?	Les formulaires pour classer, du papier, des crayons et d'autres fournitures qui sont nécessaires pour la collecte des données sont disponibles	HMN 2008b, pg. 22
		Les ordinateurs sont disponibles dans les bureaux pertinents aux niveaux national, régional/provincial et des districts pour permettre la compilation rapide des données infranationales	HMN 2008b, pg. 23
		Une infrastructure de base pour TIC (téléphone, accès internet, et e-mail) est en place aux niveaux national, régional/provincial et des districts	HMN 2008b, pg. 23
		Un soutien pour la maintenance des équipements de TIC est disponible au niveau national, régional/provincial et des districts	HMN 2008b, pg. 23

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>4. Leadership</b>	4.1 Des structures sont-elles en place pour diriger et gérer les SISS?	Il y a un représentant et un comité national fonctionnel en charge de la coordination du SIS	HMN 2008b, pg. 19
		Le bureau national des statistiques et le ministère de la santé ont mis en place des mécanismes de coordination (par exemple, un groupe de travail sur les statistiques de santé); ce mécanisme peut être multisectoriel	HMN 2008b, pg. 19
		Il y a des unités administratives du SIS fonctionnelles pour concevoir, développer, et soutenir la collecte, la gestion, l'analyse, la diffusion et l'utilisation pour la planification et la gestion des informations de santé	HMN 2008b, pg. 20
		Il y a des réunions et un plan pluriannuel pour coordonner le calendrier, les principales variables mesurées, et le financement d'enquêtes de population représentatives au niveau national qui mesurent les indicateurs de santé	HMN 2008b, pg. 38
		Les groupes sanitaires et statistiques dans le pays collaborent étroitement sur la conception et la mise en œuvre des enquêtes et l'analyse et l'utilisation des données	HMN 2008b, pg. 38

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>PROCESSUS DU SISS</b>			
<b>1. Définir les besoins en information et les objectifs</b>	1.1 Une liste d'indicateurs essentiels et des besoins en données ont-ils été définis?	L'existence d'un ensemble national d'indicateurs avec des objectifs et des rapports annuels pour informer les évaluations annuelles sectorielles de santé et d'autres cycles de planification	WHO 2010a, pg. 53
		Des indicateurs nationaux de base minimales ont été définies aux niveaux national et infranational, couvrant toutes les catégories d'indicateurs de santé (déterminants de la santé; intrants du système de santé, les produits et les résultats, ainsi que l'état de santé)	HMN 2008b, pg. 27
		Il y a une stratégie officielle claire et explicite pour mesurer chacun des indicateurs des OMD liés à la santé pertinents pour le pays	HMN 2008b, pg. 27
		Les indicateurs de base sont définis en collaboration avec toutes les parties prenantes clés (par exemple, le ministère de la santé [MS], Office national des statistiques [ONS], autres ministères concernés, organisations professionnelles, experts infranationaux et les grands programmes axés sur des maladies)	HMN 2008b, pg. 27
		Les principaux indicateurs ont été sélectionnés en fonction de critères explicites y compris l'utilité, la validité scientifique, la fiabilité, la représentativité, la faisabilité et l'accessibilité	HMN 2008b, pg. 27
	1.2 Des politiques, des plans et des stratégies coordonnés ont-ils été élaborés pour les SISS?	Le pays dispose d'un plan de sondage chiffré pour 10 ans qui couvre tous les sujets prioritaires de santé et prend en compte d'autres sources de données pertinentes	WHO 2010a, pg. 49
		Un plan de S & E pluriannuel, coordonné au niveau national et spécifique à certaines maladies avec un calendrier de réalisation de l'enquête et de l'analyse des données a été élaboré et est en cours d'exécution	GFATM 2009, pg. 322
		Le pays a une législation mise à jour définissant le cadre de l'information sanitaire qui couvre les éléments spécifiques suivants: les registres d'état civil; les maladies à déclaration obligatoire; les données du secteur privé (y compris les assurances sociales), la confidentialité, et les principes fondamentaux des statistiques officielles	HMN 2008b, pg. 19

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le pays a des règlements et des procédures mises à jour pour transformer les principes fondamentaux de la statistique officielle dans de bonnes pratiques, et veiller à l'intégrité des services statistiques nationaux (en veillant au professionnalisme, l'objectivité, la transparence et le respect des normes éthiques pour la collecte, le traitement et la diffusion des données relatives à la santé)	HMN 2008b, pg. 19
		Il y a un plan SIS stratégique écrit et utilisé abordant toutes les principales sources de données décrites dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire (recensements, état civil, enquêtes de population, dossiers individuels, les états des services, et les dossiers des ressources), et il est mis en œuvre au niveau national	HMN 2008b, pg. 19
<b>2. Recueillir des données</b>	2.1 Des données à jour, complètes et précises de recensement sont-elles recueillies?	Un recensement a été effectué au cours des 10 dernières années	HMN 2008b, pg. 33
		Des questions sur la mortalité ont été incluses dans le dernier recensement: a) les questions pour estimer la mortalité des enfants (les enfants nés et les enfants encore en vie); et b) des questions pour estimer la mortalité adulte (décès dans les ménages au cours des 12 (ou 24) derniers mois, y compris le sexe de la personne décédée et l'âge au moment du décès)	HMN 2008b, pg. 33
		L'évaluation de l'exhaustivité des données sur la mortalité des adultes lors du dernier recensement a été entreprise et les résultats ont été publiés en même temps que les statistiques sur la mortalité ont été publiées	HMN 2008b, pg. 33
	2.2 Des données à jour, complètes et précises sur l'état civil sont-elles recueillies?	Il existe une source fiable de statistiques vitales à l'échelle nationale: l'état civil; système d'enregistrement sanitaire (SRS) ou système de surveillance démographique (SSD)	HMN 2008b, pg. 35
		Les décès sont enregistrés par l'état civil	GFATM 2009, pg. 323; WHO 2010, pg. 51
		Des informations sur la cause de la mort sont enregistrées sur le formulaire pour signaler un décès si l'état civil est en place	HMN 2008b, pg. 35

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		La classification internationale des maladies et problèmes de santé (CIM) est utilisée pour enregistrer les causes des décès	HMN 2008b, pg. 35
		La proportion des décès qui sont codés comme étant dus à des causes mal définies (codes non-définis)	HMN 2008b, pg. 35
		Les statistiques publiées à partir des états civils ou du système d'enregistrement sont désagrégés par: 1) le sexe 2) l'âge 3) la région géographique ou administrative (ou urbain/rural)	HMN 2008b, pg. 35
	2.3 Des données à jour, complètes et précises provenant d'enquêtes axées sur la population sont-elles recueillies?	Au cours des cinq dernières années, une enquête nationale représentative a mesuré le pourcentage de la population concernée qui reçoit les principaux services de santé maternelle et infantile (par exemple, le planning familial, les soins prénatals, les accouchements assistés par des professionnels, les vaccinations)	HMN 2008b, pg. 37
		Au cours des cinq dernières années, une enquête nationale représentative a fourni des estimations suffisamment précises et exactes de la mortalité infantile et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans	HMN 2008b, pg. 37
		Au cours des cinq dernières années, une enquête de la population, nationale représentative a mesuré la prévalence de certaines maladies non transmissibles/problèmes de santé prioritaires (par exemple, le handicap, la maladie mentale, l'hypertension, le diabète, les accidents, la violence) et des facteurs de risque principaux (par exemple, le tabagisme, la consommation de drogues, l'alimentation, la sédentarité)	HMN 2008b, pg. 37
		Les enquêtes respectent les normes internationales sur l'obtention du consentement, la confidentialité et l'accès aux données à caractère personnel (par exemple, les directives de l'OCDE)	HMN 2008b, pg. 37
		Les données peuvent être désagrégées au niveau de l'âge, du sexe, de la localité (urbain/rural, unité géographique ou administrative majeure), et du statut socio-économique (revenu et éducation)	HMN 2008b, pg. 37

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	2.4 Des données à jour, complètes et précises sont-elles recueillies pour la surveillance des maladies à déclaration obligatoire ("dossiers individuels")?	Des métadonnées (conception, mise en œuvre de l'échantillonnage, questionnaires) sont disponibles à partir des études récentes	HMN 2008b, pg. 38
		Pour chacune des principales maladies à potentiel épidémique (par exemple, le choléra, la diarrhée sanguine, la rougeole, la méningite, la peste, les fièvres hémorragiques virales, fièvre jaune, le SRAS, la grippe aviaire) et les maladies ciblées pour l'éradication et/ou l'élimination (par exemple, la poliomyélite, le tétanos néonatal, la lèpre), les définitions des cas ont été établis et les cas peuvent être signalés en utilisant le format de déclaration actuel	HMN 2008b, pg. 38
		La cartographie des populations à risque spécifiques est en place (par exemple, les populations ayant des niveaux élevés de malnutrition et de pauvreté) et de la population générale exposée aux risques spécifiques (par exemple, les vecteurs, la pollution environnementale et industrielle)	HMN 2008b, pg. 39
		Le pourcentage d'établissements de santé qui soumettent des rapports de surveillance hebdomadaires ou mensuels à temps au niveau du district	HMN 2008b, pg. 39
		Le pourcentage de districts transmettant des rapports de surveillance hebdomadaires ou mensuels à temps au niveau immédiatement supérieur	HMN 2008b, pg. 39
		La classification internationale des maladies et problèmes de santé (CIM) est actuellement utilisée pour déclarer les diagnostics des sorties d'hôpital	HMN 2008b, pg. 39
		L'existence d'un système de surveillance et d'une liste de contrôle pour épidémies	MSH 2006, pg. 50
		Le pourcentage de centres de santé qui effectuent des tâches de surveillance et de contrôle des épidémies mesurées par une liste de contrôle (checklist)	MSH 2006, pg. 51
		Les données sur la prévalence du VIH pour les populations surveillées concernées sont disponibles et publiées dans les 12 mois de l'année précédente	WHO 2010a, pg. 52

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le nombre et le pourcentage d'organisations de la société civile qui transmettent des données routinières sur le VIH, la tuberculose et le paludisme à l'entité nationale désignée conformément aux directives nationales (nombre et pourcentage)	GFATM 2009, pg. 327
		Les technologies modernes de communication sont utilisées pour déclarer les maladies à déclaration obligatoire	WHO 2010a, pg. 52
	2.5 Des données à jour, complètes et précises d'enregistrement des services sont-elles recueillies?	Il y a un système d'informations basé sur les services de santé qui rassemble des données provenant de tous les établissements publics et privés	HMN 2008b, pg. 40
		Le pourcentage de districts qui soumettent des rapports SIGS actuels, complets et exacts pour les séries de données clés (défini par le pays) au niveau national (cible de 90%)	WHO 2010a, pg. 52; GFATM 2009, pg. 326;
		Le nombre et le pourcentage d'organisations de la société civile utilisant des formats standard de collecte de données conformément aux directives nationales	GFATM 2009, pg. 325
		Le pourcentage des données déclarées avec exactitude dans les rapports de gestion des systèmes d'informations	MSH 2006, pg. 48
	2.6 Des données à jour, complètes et précises sur l'infrastructure, l'équipement et les fournitures des établissements de santé sont-elles recueillies?	Il existe une liste/base de données nationale des établissements de santé publics et du secteur privé et chaque établissement de santé a un code d'identification unique qui permet de fusionner les données des établissements	HMN 2008b, pg. 42
		Des coordonnées du système de positionnement global (GPS) sont incluses pour chaque établissement de santé dans la base de données	HMN 2008b, pg. 42
		Période écoulée depuis que la base de données nationale des établissements ait été mise à jour	HMN 2008b, pg. 42

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Chaque établissement est tenu de déclarer au moins annuellement l'inventaire et l'état des équipements et des infrastructures physiques (par exemple, construction, entretien, système d'approvisionnement en eau, électricité et égout) dans le secteur public	HMN 2008b, pg. 46
		La périodicité et l'exhaustivité des déclarations sur l'équipement et les infrastructures physiques dans le secteur public	HMN 2008b, pg. 46
		Chaque établissement est tenu de déclarer au moins tous les trimestres son niveau d'approvisionnement et matières premières (par exemple, médicaments, vaccins et contraceptifs) dans le secteur public	HMN 2008b, pg. 46
		Des données annuelles sont produites sur la disponibilité des médicaments et des produits traceurs dans les établissements publics et privés	WHO 2010, pg. 52
		La périodicité et l'exhaustivité des déclarations sur les fournitures et matières premières dans le secteur public	HMN 2008b, pg. 46
		Un recensement national dans les établissements ou une enquête auprès des établissements a été complété dans les cinq dernières années	
	2.7 Des données à jour, complètes et précises sur les ressources humaines sont-elles recueillies?	Il existe une base de données nationale des ressources humaines (RH) qui permet de suivre le nombre de professionnels de la santé selon les catégories professionnelles majeures travaillant dans le secteur public ou privé	HMN 2008b, pg. 43; WHO 2010a, Pg. 52;
		Il y a une base de données nationale qui permet de suivre le nombre annuel de diplômés de toutes les institutions de formation en santé	HMN 2008b, pg. 43
		Période écoulée depuis que la base de données statistiques nationales des RH a été mise à jour	HMN 2008b, pg. 43

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	2.8 Des données financières à jour, complètes et précises sont-elles recueillies?	Les dossiers financiers sur les dépenses publiques générales de santé et de ses composants sont disponibles (par exemple, par le ministère de la santé, d'autres ministères, la sécurité sociale, les gouvernements régionaux et locaux, ainsi que les entités budgétaires supplémentaires) ainsi que sur les dépenses privées de santé et de ses composants (par exemple, les dépenses des ménages, l'assurance maladie privée, les ONG et les entreprises et les sociétés)	HMN 2008b, pg. 44
		Il existe un système de suivi des budgets et des dépenses de tous les agents financiers désagrégées au niveau infranational ou des districts	HMN 2008b, pg. 44
		La responsabilité des CNS a été déléguée à un organisme spécifique et assorti d'un budget pour la mise en œuvre	WHO 2008, pg. 78
		La périodicité et les délais de CNS routiniers	HMN 2008b, pg. 44
		Des CNS fournissent régulièrement des informations sur les quatre classifications de flux financiers: (1) les sources de financement, (2) les agents financiers, (3) les fournisseurs, et (4) les fonctions (les types de biens et de services fournis et les activités exercées)	HMN 2008b, pg. 45
		Des CNS fournissent des informations sur les dépenses de santé par grandes maladies, domaines d'activité de la santé, régions géographiques ou administratives et/ou par populations cibles (en fonction des préoccupations politiques majeures)	HMN 2008b, pg. 45

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>3. Gérer des données</b>	3.1 Les données provenant de différents sous-systèmes sont-elles gérées de façon coordonnée et intégrée?	Y a-t-il des formats standardisés et des codes utilisés dans les sous-systèmes d'information (pour faciliter l'échange de données et l'agrégation)?	[MSH, 2010, pg. 8.8]
		Il existe un ensemble de procédures écrites pour la gestion des données, y compris la collecte de données, le stockage, le nettoyage, le contrôle qualité, l'analyse et la présentation pour des publics cibles, et celui-ci est appliqué dans tout le pays	HMN 2008b, pg. 48
		Les tâches de gestion des données ont été définies et des responsabilités identifiées	FHI 360 Kenya
		L'intégration des déclarations pour la surveillance des maladies et d'autres programmes de santé publique spécifiques (par exemple, les soins maternels, la planification familiale, et le suivi de la croissance)	HMN 2008b, pg. 40
		L'unité SIS au niveau national met actuellement en œuvre une base de données intégrée qui contient des données provenant de toutes les sources de données basées sur la population et les établissements (y compris tous les programmes clés de santé) et dispose d'un logiciel facile à utiliser et accessible à des publics d'utilisateurs différents	HMN 2008b, pg. 48
		Au niveau infranational, une base de données équivalente à celle au niveau national existe et a un logiciel pour les déclarations accessible aux différents utilisateurs	HMN 2008b, pg. 48
		Un dictionnaire des métadonnées existe et fournit des définitions complètes sur les données; les définitions incluent des informations dans les domaines suivants: (1) l'utilisation des données pour des indicateurs, (2) la spécification des méthodes de collecte utilisées, (3) la périodicité, (4) des indications géographiques (urbain/rural), (5) les techniques d'analyse utilisées, et (6) les biais possibles	HMN 2008b, pg. 48

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Des codes d'identification uniques sont disponibles pour les unités administratives géographiques (par exemple, région/province, district ou municipalité) afin de faciliter la fusion de plusieurs bases de données provenant de différentes sources	HMN 2008b, pg. 48
		Un service national d'archives de micro-données pour les enquêtes et les recensements dans le domaine de la santé est en place et opérationnel	WHO 2010, pg. 53
		La mesure dans laquelle les systèmes de déclaration verticaux (par exemple, pour la tuberculose ou la vaccination) communiquent bien avec le système de déclaration des services de santé général	HMN 2008b, pg. 41
		La mesure dans laquelle les systèmes de déclaration pour les différentes fournitures et les matières premières sont intégrés dans le secteur public	HMN 2008b, pg. 46
<b>4. L'assurance de la qualité des données</b>	4.1 Une vérification systématique de la qualité des données est-elle en place dans les différents domaines fonctionnels des SISS?	L'existence d'une évaluation de la qualité des données réalisée et publiée dans les trois dernières années en utilisant un standard internationalement reconnu, comme le cadre d'évaluation de la qualité des données du FMI	WHO 2010, pg. 52
		La fréquence de l'évaluation de l'exhaustivité des données des registres d'état civil	HMN 2008b, pg. 35
		C'est la politique officielle de tenir des réunions régulières dans les établissements de santé et les bureaux de l'administration de la santé (par exemple, au niveau national, régional/provincial ou du district) pour consulter les informations du SIS et agir sur la base de ces informations	HMN 2008b, pg. 20
		Des mécanismes sont en place aux niveaux national et infranational pour superviser et recevoir des commentaires sur les pratiques pour l'information dans le secteur public	HMN 2008b, pg. 41
		Il y a un mécanisme en place du district au niveau national pour vérifier l'exhaustivité et la cohérence des données provenant des établissements	HMN 2008b, pg. 41

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		La mesure dans laquelle les gestionnaires et les analystes, aux niveaux national et infranational utilisent fréquemment les résultats des enquêtes et des registres d'état civil (ou d'autres systèmes vitaux de statistiques) afin d'évaluer la validité de données au niveau des cliniques.	HMN 2008b, pg. 42
		Les gestionnaires aux niveaux national et infranational cherchent systématiquement à rapprocher les données sur la consommation de produits avec des données sur les cas de maladie signalés dans le secteur public	HMN 2008b, pg. 46
<b>5. Améliorer la qualité du système</b>	5.1 Des mécanismes sont-ils en place pour améliorer en permanence les systèmes d'information, tels que l'identification et la réduction des charges de reportage inutiles, la simplification des processus et/ou l'utilisation des TIC pour renforcer les processus?	Il existe un système routinier en place pour surveiller la performance du SIS et de ses différents sous-systèmes	HMN 2008b, pg. 19
		Une analyse des charges des déclarations au niveau des établissements, des districts ou au niveau régional a été menée au cours des trois dernières années	
		Des mesures pour rationaliser/coordonner la collecte, la gestion et/ou les processus d'analyse des données sont inclus dans les stratégies/plans de S & E nationaux	
		Les grands programmes financés par des bailleurs de fonds s'appuient sur les systèmes d'information gérés au niveau national pour leur suivi et leur évaluation du programme	
<b>6. Analyse: Transformer des données en informations</b>	6.1 Les données sont-elles analysées et synthétisées pour produire des informations utiles sur l'état de santé, les besoins de la population et la performance du système de santé?	L'existence d'un mécanisme désigné, fonctionnel et institutionnel chargé de l'analyse des statistiques de la santé, de la synthèse des données provenant de différentes sources, et de la validation des données provenant de sources basées dans la population et les établissements	WHO 2010a, pg. 53
		Les données des enquêtes au niveau des populations, des SIS routiniers et des enquêtes auprès des établissements sont utilisées pour analyser les différents besoins et les expériences des femmes, des hommes, des filles et des garçons	

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Des projections démographiques précises en fonction de l'âge et du sexe sont disponibles pour les petites zones (districts ou en-dessous) pour l'année en cours	HMN 2008b, pg. 34
		Le pourcentage des unités de planification organisationnelle utilisant des données sur la gestion des systèmes d'information comme base pour les projections d'intrants/produits annuelles	MSH 2006, pg. 18
		Les informations provenant des registres de l'état civil/SRS/SSD sur 1) les taux de mortalité et 2) les causes de la mort sont utilisées pour l'analyse nationale et infranationale	HMN 2008b, pg. 36
		La mesure dans laquelle les données tirées des dossiers sur les services de santé sont utilisées pour estimer la couverture des services essentiels (par exemple, les soins prénatals, l'accouchement avec personnel qualifié et l'immunisation)	HMN 2008b, pg. 42
		Les gérants et les analystes, aux niveaux national et des districts, évaluent l'accès physique aux services en associant des informations sur l'emplacement des établissements et des services de santé avec la répartition de la population	HMN 2008b, pg. 43
<b>7. Diffusion de l'information</b>	7.1 Existe-il un système efficace pour diffuser des informations sur le SISS aux décideurs politiques, aux gestionnaires, aux fournisseurs et aux autres parties prenantes à tous les niveaux et dans les agences/départements?	L'existence d'un site web pour les statistiques de santé d'un pays, ce qui rend les derniers rapports et les données disponibles au grand public	WHO 2010, pg. 52
		Les graphiques sont largement utilisés pour afficher des informations dans les bureaux administratifs de santé infranationaux (par exemple, régional/provincial, district) et les établissements de santé, et ils sont à jour et bien compris	HMN 2008b, pg. 66
		Les cartes sont largement utilisés pour afficher des informations dans les bureaux administratifs de santé infranationaux (par exemple, régional/provincial, district) et les établissements de santé, et elles sont à jour et bien compris	HMN 2008b, pg. 66

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		L'intégration des déclarations pour la surveillance des maladies et d'autres programmes de santé publique spécifiques (par exemple, les soins maternels, la planification familiale, et le suivi de la croissance)	HMN 2008b, pg. 40
		Les résumés des rapports SIS intégrés contiennent des informations sur un ensemble minimal d'indicateurs de base (y compris ceux qui sont utilisés pour mesurer le progrès vers la réalisation des OMD et ceux utilisés par les partenariats mondiaux pour la santé, si c'est applicable) et sont distribués régulièrement à tous les groupes concernés	HMN 2008b, pg. 66
		Un rapport comprenant des statistiques descriptives (âge, sexe, résidence au plus petit niveau administratif) du recensement le plus récent est disponible et largement diffusé (en ligne ou sur papier)	HMN 2008b, pg. 33
		Les données de surveillance sur les maladies à potentiel épidémique sont diffusées et publiées régulièrement à travers des bulletins hebdomadaires, mensuels ou trimestriels	HMN 2008b, pg. 40
		Le délai entre la collecte des données (recensement et état civil) et le moment où les statistiques descriptives ont été publiées	HMN 2008b, pg. 34
		Le temps écoulé depuis qu'un résumé annuel des statistiques sur les services de santé a été publié avec des statistiques désagrégées par régions géographiques ou administratives majeures	HMN 2008b, pg. 41
		Des cartes sont disponibles dans la plupart des districts indiquant l'emplacement des infrastructures de santé, le personnel de santé et les services de santé essentiels	HMN 2008b, pg. 43
		Les conclusions des CNS sont largement diffusées et facilement accessibles	HMN 2008b, pg. 45
		Les micro-données sont accessibles au public	HMN 2008b, pg. 34, 37

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>LES RESULTATS DU SISS</b>			
<b>1. Surveiller les indicateurs de base</b>	1.1 Des données sont-elles disponibles pour les indicateurs de la santé et du système de santé de base?	Le reportage d'un ensemble minimal d'indicateurs de base <sup>63</sup> se produit régulièrement	HMN 2008b, pg. 27
	<b>2. Utiliser des informations pour prendre des décisions de planification et de gestion</b>	2.1 Des informations du SIS et des enquêtes de la population sont-elles utilisées comme base pour décider comment les ressources seront réparties entre les domaines de services, les niveaux de prestation de services, et les zones géographiques?	Les informations sur la santé (état de santé de la population, système de santé, facteurs de risque) sont manifestement utilisées dans les processus de planification et d'allocation des ressources (par exemple, pour les plans annuels de développement intégrés, les cadres de dépenses à moyen terme, les plans stratégiques à long terme et les évaluations annuelles du secteur de la santé)
		Les informations du SIS sont largement utilisées par les équipes de gestion des districts et infranationales pour définir l'allocation des ressources dans les processus budgétaires annuels	HMN 2008b, pg. 68
		Les informations du SIS sont utilisées pour plaider en faveur de l'équité et de l'augmentation des ressources aux groupes et aux communautés défavorisés (par exemple, en établissant le poids des maladies et l'accès aux services des pauvres)	HMN 2008b, pg. 67
		Les projections démographiques sont utilisées pour l'estimation de la couverture et de la planification des services de santé	HMN 2008b, pg. 34
		Les CNS ont été utilisés pour la formulation des politiques et l'allocation des ressources	HMN 2008b, pg. 45

<sup>63</sup> Selon RMS (2008b), les indicateurs de base comprennent: la mortalité des enfants de moins de 5 ans (toutes causes confondues, pg 51.), la mortalité maternelle (p. 52), la couverture vaccinale contre la rougeole (pp. 54-55), les accouchements assistés (pp. 55 - 56), le traitement de la tuberculose (p. 57), les dépenses de santé générales du gouvernement (DPGS; pg 58), les dépenses privées (pp. 59-60), la densité de main-d'œuvre (p. 61), et la prévalence du tabagisme (p. 62). Selon l'OMS (WHO 2010, pp 49-53), les indicateurs de base comprennent: la mortalité infantile, la mortalité maternelle, les accouchements institutionnels, la prévalence du VIH, la couverture des interventions sanitaires essentielles; les naissances et les décès, la cause de la mort, et le tabagisme et l'état nutritionnel des adultes.

# ANNEXE 15

## Indicateurs génériques de performance du système d'information du système de santé<sup>62</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	2.2 Des informations provenant des SIS, HRIS, LMIS et des systèmes de comptabilité financière sont-elles utilisées pour informer la gestion des programmes et des services?	Les gestionnaires de bureaux administratifs de santé à tous les niveaux (national, régional/provincial, district) utilisent les informations sanitaires pour la gestion de la prestation de services de santé, la surveillance continue et l'évaluation périodique	HMN 2008b, pg. 68
		Le personnel de santé à tous les niveaux (national, régional/provincial, les hôpitaux de district et centres de santé) utilise l'information sanitaire pour la gestion de la prestation des services de santé, la surveillance continue et l'évaluation périodique	HMN 2008b, pg. 68
		La mesure dans laquelle les districts ou autres unités administratives compilent leurs propres résumés de rapports mensuels/trimestriels et annuels désagrégés par établissement de santé	MSH 2006, Pg. 41
		Les unités organisationnelles utilisent systématiquement l'information pour planifier et suivre la performance	MSH 2006, Pg. 49
		L'utilisation des dossiers médicaux des patients par les établissements pour soutenir la qualité et la continuité des soins	HMN 2008b, pg. 39
<b>3. Utiliser l'information pour informer des comportements sains</b>	3.1 Des informations provenant d'enquêtes de la population et/ou des SIS routinier sont-elles utilisées pour informer le public sur les comportements sains?	Les informations sur les facteurs de risque pour la santé sont systématiquement utilisées pour plaider en faveur de l'adoption de comportements à moindre risque par le grand public et par les groupes vulnérables ciblés	HMN 2008b, pg. 68
<b>4. Utiliser les informations pour identifier et répondre aux épidémies</b>	4.1 Les épidémies sont-elles identifiées en temps voulu?	La proportion des épidémies investiguées avec des résultats de laboratoire	HMN 2008b, pg. 39
		La proportion d'épidémies notées au niveau régional/provincial ou national (à travers l'analyse des données de surveillance) initialement détectées au niveau des districts	HMN 2008b, pg. 40

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

### PROCESSUS DE GESTION DU PERSONNEL DE SANTE.....PAGES 100-104

#### 1. La planification et la politique du personnel de santé

- 1.1 Existe-t-il une planification régulière et coordonnée du personnel de santé impliquant les institutions régionales et/ou les ministères nationaux de la santé, de l'éducation et de la finance, les grands acteurs du secteur privé, les partenaires dans le domaine du développement et les autres parties prenantes? ..... HW\_P\_1.1
- 1.2 Existe-t-il des plans réalistes et fondés sur les besoins pour le développement du personnel de santé? ..... HW\_P\_1.2
- 1.3 Existe-t-il une unité chargée du leadership en matière de développement des RHS? .....HW\_P\_1.3

#### 2. Le financement des RHS

- 2.1 Des fonds sont-ils alloués pour développer et maintenir un personnel de santé efficace? ..... HW\_P\_2.1

#### 3. La gestion de l'entrée de la main-d'œuvre: la formation initiale

- 3.1 Les établissements d'enseignement fournissant une formation initiale ont-ils une capacité suffisante pour former des étudiants ayant les compétences cliniques, techniques et de gestion requises? ..... HW\_P\_3.1
- 3.2 Les institutions de formation pour les sciences sanitaires cliniques axent-elles leur éducation vers les soins de santé primaires et les besoins communautaires de santé, et ont-elles adopté des stratégies de formation interprofessionnelles?..... HW\_P\_3.2
- 3.3 Les programmes de formation initiale offrent-ils une formation de haute qualité? ..... HW\_P\_3.3

#### 4. La gestion de l'entrée de la main-d'œuvre: l'embauche

- 4.1 Le secteur public est-il en mesure de pourvoir les postes vacants? ..... HW\_P\_4.1

#### 5. La gestion de la performance du personnel: supervision, soutien, accréditation

- 5.1 Existe-t-il un système efficace de gestion des ressources humaines qui comprend le soutien, la supervision et la surveillance de la performance des RHS? .....HW\_P\_5.1

#### 6. La gestion de la performance du personnel: la rémunération

- 6.1 Les rémunérations sont-elles versées comme convenu (au complet et à temps)? ..... HW\_P\_6.1

#### 7. La gestion de la performance du personnel: la formation continue (et le développement professionnel)

- 7.1 Le personnel de santé reçoit-il suffisamment de soutien pour le développement professionnel/ la formation continue? ..... HW\_P\_7.1

#### 8. Gestion du maintien en poste du personnel de santé et de l'attrition

- 8.1 Y a-t-il des taux d'attrition élevés? ..... HW\_P\_8.1
- 8.2 Y-a-t-il des taux d'absentéisme élevés? ..... HW\_P\_8.2
- 8.3 Le personnel de santé bénéficie-t-il de la protection sociale? ..... HW\_P\_8.3
- 8.4 Le personnel de santé travaille-t-il au sein de «leurs propres communautés»? ..... HW\_P\_8.4
- 8.5 Le personnel de santé est-il satisfait des conditions de travail? ..... HW\_P\_8.5

### RESULTATS DE LA GESTION DU PERSONNEL DE SANTE.....PAGES 105-107

#### 1. La prestation de services

- 1.1 Existe-t-il suffisamment de RHS cliniques, pour la gestion et/ou professionnelles pour fournir des services essentiels qui répondent aux normes de qualité? .....HW\_O\_1.1
- 1.2 Le personnel de santé est-il réparti convenablement pour répondre aux besoins des populations en matière de santé? .....HW\_O\_1.2
- 1.3 Le personnel de santé possède-t-il une combinaison de compétences nécessaires? ..... HW\_O\_1.3

<sup>64</sup> Le cadre et les indicateurs pour cet élément essentiel sont tirés de: Pacqué-Margolis et al 2011; Islam 2007; WHO 2010; et USAID 2009.

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

- 1.4 Les cadres cliniques diplômés possèdent-ils les compétences requises pour occuper les postes nécessaires? ..... HW\_O\_1.4
- 1.5 Le personnel de santé représente-t-il convenablement la diversité démographique (langue, sexe, origine ethnique)? .....HW\_O\_1.5
- 1.6 Existe-t-il un taux élevé de double emploi? ..... HW\_O\_1.6

### 2. SISS

- 2.1 Y a-t-il suffisamment de RHS ayant les compétences cliniques, pour la gestion et/ou professionnelles nécessaires pour recueillir, déclarer et utiliser les informations sur l'état de santé, les déterminants de la santé, et la performance du système de santé? .....HW\_O\_2.1

### 3. Communauté

- 3.1 Existe-t-il suffisamment de travailleurs de la santé communautaires (professionnels et/ou bénévoles) pour engager et servir efficacement les communautés? .....HW\_O\_3.1

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>PROCESSUS DE GESTION DU PERSONNEL DE SANTÉ</b>			
<b>1. La planification et la politique du personnel de santé</b>	1.1 Existe-t-il une planification régulière et coordonnée du personnel de santé impliquant les institutions régionales et/ou les ministères nationaux de la santé, de l'éducation et de la finance, les grands acteurs du secteur privé, les partenaires dans le domaine du développement et les autres parties prenantes?	L'existence d'un processus conjoint de planification annuel pour les RHS qui implique les principaux intervenants de l'ensemble des ministères et des partenaires dans le domaine du développement	
		L'existence de lignes d'autorité claires sur l'embauche, le licenciement, la discipline, la rémunération, les récompenses, les promotions et le déploiement des travailleurs	Islam 2007, pg. 9.5
		L'existence de modèles institutionnels pour la projection, le suivi et l'évaluation des besoins en personnel	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 5
		La mise en place d'un code de pratiques et de normes éthiques pour le recrutement international (au niveau du pays)	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 8
		L'existence d'une politique pour l'autosuffisance en RHS	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 4
	1.2 Existe-t-il des plans réalistes et fondés sur les besoins pour le développement du personnel de santé?	L'existence d'une approche globale, fondée sur des preuves, priorisée et chiffrée pour le développement et/ou la gestion du personnel de santé au niveau national	WHO 2010a, pg. 33; Islam 2007, pg. 9.10
	1.3 Existe-t-il une unité chargée du leadership en matière de développement des RHS?	Le niveau de développement/des capacités d'une unité de RHS	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 4
<b>2. Le financement des RHS</b>	2.1 Des fonds sont-ils alloués pour développer et maintenir un personnel de santé efficace?	Dépenses des RHS, au total, par habitant et en pourcentage des dépenses totales en matière de santé (en unités monétaires nationales, en dollars américains, et le dollar converti en termes de parité du pouvoir d'achat)	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 4

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		La répartition des dépenses des RHS en fonction du lieu de travail (hôpitaux, centres de soins ambulatoires, bureaux de santé publique), du secteur (public, privé à but lucratif, organisme privé sans but lucratif), du statut d'emploi (salariés permanents, travailleurs indépendants), de la fonction professionnelle (fournisseurs de services de santé [soins directs aux patients], personnel de gestion et de soutien pour le système de santé).	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 4
		% du budget consacré à la gestion des ressources humaines ou au développement des ressources humaines par année	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 4
		L'existence de provisions budgétaires pour des formations continues	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 5
<b>3. La gestion de l'entrée de la main-d'œuvre: la formation initiale</b>	3.1 Les établissements d'enseignement fournissant une formation initiale ont-ils une capacité suffisante pour diplômer des étudiants ayant les compétences cliniques, techniques et de gestion requises?	Le nombre de diplômés des établissements de formation en santé pour 10.000 habitants, en fonction du cadre	WHO 2010, 31; USAID 2009, 32; GFATM 2009, pg. 287
		Le nombre de diplômés de l'école secondaire, par exemple, exprimé en % de tous les enfants en âge de scolarité secondaire	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 6
		Le nombre de lieux d'enseignement et de formation en fonction du cadre et de l'institution d'éducation sanitaire	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7
		Le nombre et le % de candidats admis à des programmes d'éducation sanitaire de formation en fonction du cadre	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 6
		% actuels de programmes de formation pour les groupes professionnels désignés (infirmières, aides-soignants, techniciens de santé et personnel de santé communautaire) qui correspondent ou dépassent les exigences établies pour les postes actuels	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 6
		La proportion de cours consacrés aux maladies prioritaires du pays	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	3.2 Les institutions de formation pour les sciences sanitaires cliniques axent-elles leur éducation vers les soins de santé primaires et les besoins communautaires de santé, et ont-elles adopté des stratégies de formation interprofessionnelles?	% des établissements où la formation (pour les médecins, infirmières et sages-femmes) n'est pas centrée sur un modèle biomédical	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7
		% des établissements où les soins de santé primaires sont inclus dans le programme	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7
		% des établissements où la pratique des soins de santé primaires est inclus dans le programme (par exemple, grâce à l'expérience clinique dans la communauté ou les centres de soins primaires)	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7
		% des établissements où les stratégies de formation interprofessionnelles sont utilisées	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7
		% des établissements où il y a un soutien financier pour la formation interprofessionnelle	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7
	3.3 Les programmes de formation initiale offrent-ils une formation de haute qualité?	Les écoles de sciences sanitaires cliniques et, en particulier, de santé publique accréditées par un organisme d'accréditation reconnu	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 6
		Le nombre d'étudiants (à temps plein) en fonction du nombre d'instructeurs qualifiés, du cadre et des institutions d'éducation sanitaire	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7; WHO 2010, pg. 33
		Le taux d'attrition (remplacement du personnel) parmi les instructeurs, par cadres et institutions d'éducation sanitaire (sur une période donnée)	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7
		Le taux d'attrition (abandon) par cohorte d'élèves, par cadres et par institutions d'éducation à la santé (sur une période donnée)	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 7

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>4. La gestion de l'entrée de la main-d'œuvre: l'embauche</b>	4.1 Le secteur public est-il en mesure de pourvoir les postes vacants?	Le pourcentage de postes désignés qui sont remplis	Islam 2007, pg. 11.23
		Le nombre de travailleurs dans le domaine de la santé nouvellement recrutés dans les établissements de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois, exprimé en pourcentage des objectifs de recrutement prévus	WHO 2010a, pg. 33
		L'existence de pratiques d'embauche explicites, transparentes et efficaces dans le secteur public qui sont régulièrement suivies	
<b>5. La gestion de la performance du personnel: supervision, soutien, accréditation</b>	5.1 Existe-t-il un système efficace de gestion des ressources humaines qui comprend le soutien, la supervision et la surveillance de la performance des RHS?	% de prestataires de services de santé ou dans les centres de soins de santé primaires qui ont reçu une supervision individuelle au cours des six derniers mois, dans les établissements publics et privés	GFATM 2009, pg. 287; WHO 2010a, 34; USAID 2009, 78; SWEF
		[Le nombre de visites de supervision aux centres de santé menées dans la dernière année pour laquelle des données sont disponibles]/[le nombre de visites de supervision prévues aux centres de santé pour la même année]	Islam 2007, pg. 9.20
		Le nombre de cadres supérieurs dans les centres de soins de santé primaires qui ont reçu une formation de gestion en travail (avec un programme approuvé au niveau national) au cours des 12 derniers mois	WHO 2010a, pg. 34
		Le personnel de la société civile et les bénévoles qui ont reçu une supervision individuelle au cours des six derniers mois (nombre et pourcentage)	GFATM 2009, pg. 287
<b>6. La gestion de la performance du personnel: la rémunération</b>	6.1 Les rémunérations sont-elles versées comme convenu (au complet et à temps)?	La proportion de paiement des salaires versés à temps et en totalité	Islam 2007, pg. 9.17
		La proportion du personnel de santé qui reçoit un salaire minimum de subsistance	Islam 2007, pg. 9.17

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>7. La gestion de la performance du personnel: la formation continue (et le développement professionnel)</b>	7.1 Le personnel de santé reçoit-il suffisamment de soutien pour le développement professionnel/la formation continue?	Le pourcentage du personnel de l'établissement recevant une formation en travail/continue chaque année au cours d'une période de référence (par exemple, annuellement), par cadres et type de formation (également mesurée par jours de formation par membre du personnel par an)	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 8
		L'existence d'une composante de formation formelle à tous les niveaux du personnel	Islam 2007, pg. 9.22
		L'existence d'un système coordonné pour la formation continue à travers le Ministère de la santé, le secteur privé et les programmes de développement des bailleurs de fonds	
<b>8. La gestion du maintien en poste du personnel de santé et de l'attrition</b>	8.1 Y a-t-il des taux d'attrition élevés?	Le taux de rétention des prestataires de services de santé dans les établissements de soins de santé primaires désagrégée par régions et cadres	WHO 2010a
		Le ratio des sorties du personnel de santé (il peut être subdivisé selon les données disponibles par cadres, la raison du départ, etc.)	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 9
	8.2 Y a-t-il des taux d'absentéisme élevés?	Le nombre de jours que le personnel de santé est absent relatif au nombre total de jours de travail sur une période donnée parmi le personnel de soins de santé primaires, désagrégé par régions et cadres	WHO 2010a, pg. 24
		Le nombre moyen de jours travaillés par semaine par catégorie des RHS	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 10
	8.3 Le personnel de santé bénéficie-t-il de la protection sociale?	Le nombre total de postes dans les services de santé dans le pays qui sont sans protection sociale/ le nombre total de postes dans le domaine de la santé dans le pays	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 9
	8.4 Le personnel de santé travaille-t-il au sein de «leurs propres communautés» <sup>65</sup>	Le pourcentage du personnel de santé dont le milieu principal où il fournit des soins de santé a le même emplacement géographique que sa propre communauté	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 9
8.5 Le personnel de santé est-il satisfait des conditions de travail?	Le personnel se sent satisfait et bien traité par l'organisation	Pacqué-Margolis et al 2011, Appendix B	

<sup>65</sup> «Leur propre communauté» est défini comme la situation géographique (ville/village et pays) que le travailleur en santé primaire identifie comme étant son lieu de naissance

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>RESULTATS DE LA GESTION DU PERSONNEL DE SANTE</b>			
<b>1. La prestation de services</b>	1.1 Existe-t-il suffisamment de RHS cliniques, pour la gestion et/ou professionnelles pour fournir des services essentiels qui répondent aux normes de qualité?	Le nombre de personnel de santé pour 1.000 habitants désagrégé par cadre	GFATM 2009, pg. 287; USAID 2009, pg. 31; WHO 2010a, pg. 29; Islam. 2007, pg. 9.77
		Le nombre et % du nouveau personnel de santé formé au niveau national à qui a été accordé une certification professionnelle/une autorisation d'exercer par cadre	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 8
		Le nombre et % du nouveau personnel de santé formé à l'étranger à qui est accordé une certification professionnelle/autorisation d'exercer par cadre	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 8
		La proportion des RHS active (salariés) dans le personnel de santé	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 9
		Le nombre de diplômés provenant d'institutions d'éducation pour les professions sanitaires au cours de la dernière année/le nombre total des travailleurs de santé	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 8
	1.2 Le personnel de santé est-il réparti convenablement pour répondre aux besoins des populations en matière de santé?	Le nombre de travailleurs de santé pour 1.000 habitants (par cadre) désagrégé par districts, zones rurales/urbaines, ou autres unités géographiques	GFATM 2009, pg. 287; WHO 2010a, pg. 30; USAID 2009, pg. 32
		Le pourcentage du nombre total de médecins qui sont des médecins fournissant des soins primaires	Pacqué-Margolis et al 2011
		La répartition de la main-d'œuvre parmi les établissements (publics/privés, les hôpitaux/ autres établissements)	GFATM 2009, pg. 287; WHO 2010a, pg. 30; USAID 2009, pg. 19; Islam 2007, pg. 9.8

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	1.3 Le personnel de santé possède-t-il une combinaison de compétences nécessaires?	La répartition des employés des RHS par profession, spécialité, ou autres caractéristiques liées aux compétences	GFATM 2009, pg. 287; WHO 2010a, pg. 30; USAID 2009, pg. 19
		% des gestionnaires des services de santé et des programmes certifiés en gestion de la santé	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 5
		L'existence d'équipes de soins de santé primaires	Pacqué-Margolis et al 2011, Appendix B
	1.4 Les cadres cliniques diplômés possèdent-ils les compétences requises pour occuper les postes nécessaires?	Les différences entre la demande (l'éventail de compétences/cadres nécessaires dans le secteur de la santé) et l'approvisionnement (l'éventail de compétences/cadre des nouveaux diplômés qui sortent des établissements de formation)	
	1.5 Le personnel de santé représente-t-il convenablement la diversité démographique (langue, sexe, origine ethnique)?	Le nombre de travailleurs de santé dans tous les secteurs désagrégé par sexe, âge, origine ethnique, langue	GFATM 2009, pg. 287
	1.6 Existe-t-il un taux élevé de double pratique/emploi?	La proportion des RHS qui travaillent actuellement à plus d'un endroit	Pacqué-Margolis et al 2011, pg. 10
<b>2. SISS</b>	2.1 Y a-t-il suffisamment de RHS ayant les compétences cliniques, pour la gestion et/ou professionnelles nécessaires pour recueillir, déclarer et utiliser les informations sur l'état de santé, les déterminants de la santé, et la performance du système de santé?	Les membres du personnel du MS formés en S & E (par niveau) (nombre)	GFATM 2009, pg. 288
		Les organisations de la société civile avec au moins un membre du personnel formé en S & E (nombre et pourcentage)	GFATM 2009, pg. 288

# ANNEXE 16

## Indicateurs génériques de performance pour la gestion des RHS<sup>64</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
3. Communauté	3.1 Existe-t-il suffisamment de travailleurs de la santé communautaires (professionnels et/ou bénévoles) pour engager et servir efficacement les communautés?	Les décès dus au paludisme (pour 100.000 habitants)	WHO 2011, pg. 66
		Le nombre et le pourcentage de travailleurs de santé communautaires et des bénévoles qui travaillent actuellement avec des organismes communautaires qui ont reçu une formation ou une reformation en matière de prestation de services pour le VIH, la tuberculose ou le paludisme selon les directives nationales (là où de telles directives existent) au cours des 12 derniers mois	GFATM 2010, pg. 50
		Le nombre et le pourcentage de membres du personnel et des bénévoles travaillant actuellement pour des organisations communautaires qui ont travaillé pour l'organisation pendant plus d'un an	GFATM 2010, pg. 51
		Le nombre et le pourcentage de bénévoles qui travaillent pour des organismes communautaires qui perçoivent une allocation/une indemnité	GFATM 2010, pg. 53
		Le nombre et le pourcentage de membres du personnel et des bénévoles des organismes communautaires avec un mandat écrit et des tâches définies	GFATM 2010, pg. 63
		Le taux d'attrition des travailleurs de santé communautaires	

# ANNEXE 17

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

### LES PROCESSUS DES INFRASTRUCTURES, DES EQUIPEMENTS ET DES PRODUITS DE SANTE .....PAGES 109-115

#### 1. La sélection de produits

- 1.1 Existe-t-il une liste officielle des médicaments essentiels conformes aux priorités de santé de la population? .....HIEP\_P\_1.1
- 1.2 Le choix des produits se fait-il en conformité avec la liste nationale des médicaments essentiels? .....HIEP\_P\_1.2

#### 2. La prévision et approvisionnement

- 2.1 Les parties prenantes sont-elles engagées dans un plan de passation des marchés pour les produits (achats groupés, coordination des cycles d'envoi, etc.)? ..... HIEP\_P\_2.1
- 2.2 Quelle est la précision des prévisions des besoins/de la consommation de médicaments? .....HIEP\_P\_2.2
- 2.3 Le processus d'approvisionnement est-il efficace et efficient, par exemple obtenir les meilleurs médicaments pour le meilleur prix? .....HIEP\_P\_2.3

#### 3. L'entreposage des stocks et la distribution

- 3.1 Existe-t-il un niveau inacceptable de déchets de produits médicaux essentiels (que ce soit en raison de l'expiration, l'endommagement ou la corruption)? ..... HIEP\_P\_3.1
- 3.2 Les stocks sont-ils entreposés et distribués de manière efficace et efficiente? .....HIEP\_P\_3.2

#### 4. Servir les clients

- 4.1 Les directives cliniques sont-elles suivies pour la distribution de médicaments essentiels? .....HIEP\_P\_4.1
- 4.2 Des prestataires de services sont-ils en place pour distribuer des médicaments et produits essentiels? .....HIEP\_P\_4.2

#### 5. La qualité et le contrôle de la sécurité

- 5.1 Les produits achetés sont-ils efficacement réglementés pour l'efficacité et la sécurité? ..... HIEP\_P\_5.1
- 5.2 Les produits médicaux sont-ils surveillés au niveau de la qualité (principe actif, étiquetage adéquat, expiration, endommagement ou altération)? ..... HIEP\_P\_5.2
- 5.3 Les pratiques d'utilisation rationnelle sont-elles suivies? .....HIEP\_P\_5.3

#### 6. Le système d'information de la gestion logistique

- 6.1 Les responsables de la logistique ont-ils accès à des informations exactes et en temps opportun des données essentielles sur, au moins: le stock disponible, le taux de consommation et les pertes et les ajustements? .....HIEP\_P\_6.1

### LES RESULTATS DES INFRASTRUCTURES, DES EQUIPEMENTS ET DES PRODUITS DE SANTE .....PAGES 116-117

#### 1. Les infrastructures physiques pour la prestation des services

- 1.1 Les sites de prestation de services (cliniques, hôpitaux, laboratoires, etc) sont-ils bien répartis et équipés pour fournir des services essentiels? ..... HIEP\_O\_1.1

#### 2. Les médicaments et les fournitures nécessaires pour les services essentiels sont disponibles au bon endroit, au bon moment, en bonne quantité, de bonne qualité et au meilleur coût

- 2.1 La population a-t-elle accès aux médicaments dont elle a besoin, quand elle en a besoin? ..... HIEP\_O\_2.1
- 2.2 Les médicaments essentiels sont-ils abordables pour les clients? ..... HIEP\_O\_2.2

<sup>66</sup> Le cadre et les indicateurs pour cet élément essentiel sont tirés de: Aronovich et al 2010; Islam 2007; WHO 2010; et DELIVER 2009. Dans notre recherche de la documentation sur l'évaluation de la performance du système de santé nous avons trouvé une lacune dans les indicateurs de processus liés à la gestion des infrastructures et des équipements. Par conséquent, les indicateurs de processus se concentrent sur le système de la logistique pour les médicaments, les matières premières et les autres fournitures.

# ANNEXE 17

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
<b>PROCESSUS DES INFRASTRUCTURES, DES ÉQUIPEMENTS ET DES PRODUITS DE SANTÉ</b>			
<b>1. La sélection de produits</b>	1.1 Existe-t-il une liste officielle des médicaments essentiels conformes aux priorités de santé de la population?	L'existence et l'année de la dernière mise à jour d'une politique nationale des médicaments publiée	WHO 2010a, pg. 65
		L'existence et l'année de la dernière mise à jour d'une liste nationale des médicaments essentiels publiée	WHO 2010a, pg. 65
		L'existence d'un comité actif national chargé de gérer le processus de maintien d'une liste nationale des médicaments	Islam 2007, pg. 10–17
	1.2 Le choix des produits se fait-il en conformité avec la liste nationale des médicaments essentiels?	Le pourcentage de produits sélectionnés qui sont sur la liste nationale des médicaments essentiels	Aronovich et al 2010, pg. 7
<b>2. Préviation et approvisionnement</b>	2.1 Les parties prenantes sont-elles engagées dans un plan de passation des marchés pour les produits (achats groupés, coordination des cycles d'envoi, etc.)?	Les parties prenantes témoignent d'un engagement (temps, argent, mandats émis) pour mener à bien un plan d'approvisionnement établi par produit	Aronovich et al 2010, pg. 10
	2.2 Quelle est la précision des prévisions des besoins/de la consommation de médicaments?	Le pourcentage de la différence entre les prévisions faites précédemment et la consommation actuelle ou les données réelles ou pour l'année	Aronovich et al 2010, pg. 8
	2.3 Le processus d'approvisionnement est-il efficace et efficient, par exemple obtenir les meilleurs médicaments pour le meilleur prix?	L'existence de politiques et/ou de procédures normalisées sur les achats de médicaments qui spécifient les médicaments les plus rentables en bonne quantité et un appel d'offres ouvert et compétitif entre fournisseurs de produits de qualité	WHO 2010a, pg. 88; Islam 2007 pp. 10–19
		L'existence de dispositions juridiques pour autoriser/encourager la substitution générique dans le secteur privé	WHO 2010a, pg. 65

# ANNEXE 17

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
		Le pourcentage de contrats émis sous la forme de contrats-cadres <sup>67</sup>	Aronovich et al 2010, pg. 11
		Le gouvernement participe dans un achat actif <sup>68</sup>	
		Le décalage dans le temps entre le moment où les décisions d'achat sont prises et le moment où les contrats ou les commandes sont émis	Aronovich et al 2010, pg. 11
		Le décalage dans le temps entre le moment où l'ordre d'achat ou les contrats sont émis et le moment où le contrat est signé	Aronovich et al 2010, pg. 12
		Le pourcentage du prix international moyen payé pour les achats réguliers de médicaments, de matières premières et de fournitures	MSH 2006, pg. 68; Aronovich et al 2010, pg. 13
		Le pourcentage de majoration sur les produits dans le système de recouvrement des coûts	Aronovich et al 2010, pg. 13
		Le ratio des prix unitaires payés à travers un approvisionnement d'urgence par rapport à un processus d'appel d'offres	Aronovich et al 2010, pg. 14
		Le pourcentage de commandes/de contrats émis sous forme d'ordonnances d'urgence	Aronovich et al 2010, pg. 16
		Le coût fixe d'une commande = le coût moyen estimé pour utiliser l'unité d'approvisionnement entier par commande dans une période de temps donné (par exemple, le mois, le trimestre, l'année).	Aronovich et al 2010, pg. 15
		Les coûts totaux d'approvisionnement sur une période définie	Aronovich et al 2010, pg. 20
		Le nombre moyen de commandes traitées par personnel équivalent temps plein dans l'approvisionnement	Aronovich et al 2010, pg. 15

<sup>67</sup> Les contrats-cadres sont ceux portant sur des commandes sur une période de temps (plusieurs années) spécifié, plutôt que de faire des contrats pour chaque commande.

<sup>68</sup> L'achat actif (par opposition à l'achat passif, qui est basé sur la pratique antérieure) implique la décision d'achat basée sur l'analyse suivante: les besoins en biens et services, les activités qui répondent le mieux à ces besoins, les différents effets potentiels de la passation de marchés ou des modalités de paiement; et de qui les biens et services peuvent être achetés.

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
<b>3. L'entreposage des stocks et la distribution</b>	3.1 Existe-t-il un niveau inacceptable de déchets de produits médicaux essentiels (que ce soit en raison de l'expiration, l'endommagement ou la corruption)?	Les pertes de produits en valeur à cause de médicaments périmés, endommagés ou volés par valeur reçue (pourcentage et nombre)	Aronovich et al 2010, pp. 28, 35, 39, 40; GFATM 2009, pg. 288
		Les niveaux d'inventaire des stocks déclarés sont compatibles avec les niveaux réels	MSH 2006, pg. 63
	3.2 Les stocks sont-ils entreposés et distribués de manière efficace et efficiente?	Les établissements avec un personnel formé à la gestion des stocks (nombre et pourcentage)	GFATM 2009, pg. 288
		Les établissements qui maintiennent des conditions de stockage et des procédures de manutention acceptables (nombre et pourcentage)	GFATM 2009, pg. 288; MSH 2006, pg. 67
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui maintiennent des conditions de stockage et des procédures de manutention adéquates pour les denrées de première nécessité	GFATM 2010, pg. 59
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires avec un personnel ou des bénévoles formés ou reformés dans la gestion des stocks au cours des 12 derniers mois	GFATM 2010, pg. 58
		Le taux de précision de l'inventaire: le pourcentage de sites de stockage qui n'ont pas de divergences quand les fiches de stock sont comparées à l'inventaire physique	Aronovich et al 2010, pp. 23, 32
		Les lignes directrices/procédures standardisée définies qui sont en place pour empêcher le vol et la fuite de produits	Aronovich et al 2010, pg. 25
		Le temps de traitement des commandes aux entrepôts	Aronovich et al 2010, pg. 25
		Le coût total pour entreposer/stocker	Aronovich et al 2010, pp. 27, 39
Le coût de transport total (et/ou le coût moyen par km/volume/poids)	Aronovich et al 2010, pg. 49		

# ANNEXE 17

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
		Le ratio des frais de transport à la valeur du produit	Aronovich et al 2010, pg. 50
		Le pourcentage de l'espace total réservé au stockage effectivement utilisé par rapport à l'espace total réservé au stockage qui est disponible	Aronovich et al 2010, pg. 28
		Le taux de commandes remplies (les bonnes quantités des bons produits livrés en bon état)	Aronovich et al 2010, pp. 32, 45, 46
		Les arrivées en temps voulu	Aronovich et al 2010, pg. 45
		Le stock qui respecte le plan (le pourcentage d'établissements ayant des fournitures supérieures au minimum et en-dessous du maximum)	Aronovich et al 2010, pg. 33
		Un plan est en place pour ajuster les stocks lors de changements prévisibles de la demande (par exemple, les variations saisonnières, les campagnes, etc.)	Aronovich et al 2010, pg. 36
		Le temps moyen nécessaire entre le moment où une commande est passée par un centre de niveau inférieur et le moment où la commande est reçue	Aronovich et al 2010, pg. 38
		Le taux de renouvellement des stocks (les établissements de stockage qui fonctionnent bien renouvellent leur valeur 6 à 12 fois par an)	Aronovich et al 2010, pg. 41
		Le temps moyen que les produits demeurent en stockage	Aronovich et al 2010, pg. 42
		A chaque niveau du système de distribution (central, régional, districts, établissements), les unités de réfrigération (comme les réfrigérateurs ou les glacières) avec un contrôle de la température fonctionnel sont en place	Islam 2007, pp. 10–26
		Le pourcentage de commandes passées à travers le système de commande électronique	Aronovich et al 2010, pg. 42

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
<b>4. Servir les clients</b>	4.1 Les directives cliniques sont-elles suivies pour la distribution de médicaments essentiels?	L'existence de directives de traitement standard écrites pour les médicaments essentiels/ les produits	Delivery 2009; Islam 2007, pp. 10–28
		Les directives de traitement sont utilisées pour la formation initiale et continue du personnel de santé	Islam 2007, pp. 10–28
		La disponibilité/la connaissance des directives de traitement standard aux points de prestation de services	Delivery 2009
		Le pourcentage de points de prestation de services où les pratiques de prescription sont régulièrement contrôlées et comparées aux directives de traitement standard	Delivery 2009
	4.2 Des prestataires de services sont-ils en place pour distribuer des médicaments et produits essentiels?	Le nombre d'habitants par pharmacien ou technicien en pharmacie licencié	Islam 2007, pp. 10–32
		Le nombre d'habitants par prescripteur autorisé	Islam 2007, pp. 10–32
		Le pourcentage de ménages à plus de 5/10/20 km d'un centre de santé/d'une pharmacie qui devrait distribuer un ensemble d'éléments traceurs en stock	Islam 2007, pp. 10–33
		Le nombre d'habitants par point de vente de médicaments dans le secteur privé	Islam 2007, pp. 10–33

# ANNEXE 17

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
<b>5. La qualité et le contrôle de la sécurité</b>	5.1 Les produits achetés sont-ils efficacement réglementés pour l'efficacité et la sécurité?	Le pourcentage de produits achetés déclarés dans le pays	Aronovich et al 2010, pg. 8
		Le pourcentage de produits achetés répondant aux normes strictes des autorités de réglementation ou de l'OMS	Aronovich et al 2010, pg. 10
		L'existence de mécanismes pour l'octroi de licences, l'inspection et le contrôle (1) du personnel pharmaceutique, (2) des fabricants, (3) des distributeurs/des importateurs, et (4) des pharmacies/des magasins de médicaments au détail	Islam 2007, pp. 10-15
	5.2 Les produits médicaux sont-ils surveillés au niveau de la qualité (puissance, étiquetage adéquat, expiration, endommagement ou altération)?	L'existence de procédures normalisées pour le contrôle de la qualité des produits de santé lors de la réception initiale au niveau central	GFATM 2009, pg. 289
		L'existence d'un système de collecte de données sur l'efficacité, la qualité et la sécurité des produits commercialisés (surveillance post-commercialisation)	Islam 2007, pp. 10-15
		Les lots de produits pharmaceutiques qui ont subi un processus de contrôle de qualité lors de la réception initiale selon des procédures standardisées (en pourcentage)	GFATM 2009, pg. 289; Aronovich et al 2010, pg. 9
		Le pourcentage d'établissements de santé qui ont une procédure en place pour signaler les problèmes de qualité des produits	GFATM 2009, pg. 289
	5.3 Les pratiques d'utilisation rationnelle sont-elles suivies?	Le pourcentage de médicaments prescrits sur la base des directives nationales des traitements ou une liste de médicaments essentiels ou d'un formulaire	GFATM 2009, pg. 289
		Le pourcentage de médicaments distribués correctement étiquetés avec les instructions de dosage	GFATM 2009, pg. 289
		Les établissements de santé avec un registre d'adhésion ou un autre système similaire de registre qui permet de déclarer les taux d'adhésion (en pourcentage)	GFATM 2009, pg. 289

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
<b>6. Le système d'information de la gestion logistique</b>	6.1 Les responsables de la logistique ont-ils accès à des informations exactes et en temps opportun des données essentielles sur, au moins: le stock disponible, le taux de consommation et les pertes et les ajustements?	Le pourcentage d'établissements qui gardent des données logistiques précises pour la gestion des stocks	GFATM 2009, pg. 288
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui maintiennent des données précises pour la gestion des stocks	GFATM 2010, pg. 57
		Le taux de déclaration des établissements = le pourcentage d'établissements qui complètent et soumettent des rapports selon un calendrier établi et défini	Aronovich et al 2010, pg. 43
		Le laps de temps entre le moment où une commande est reçue et le moment où elle est saisie dans un document ou un système électronique	Aronovich et al 2010, pg. 37
		Le pourcentage de commandes qui ont été saisies correctement et intégralement dans les dossiers	Aronovich et al 2010, pg. 36
		Le pourcentage de factures traitées qui correspondent parfaitement avec les articles commandés (produit, quantité, prix)	Aronovich et al 2010, pg. 37

# ANNEXE 17

## Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
<b>LES RESULTATS DES INFRASTRUCTURES, DES ÉQUIPEMENTS ET DES PRODUITS DE SANTÉ</b>			
<b>1. Les infrastructures physiques pour la prestation de services</b>	1.1 Les sites de prestation de services (cliniques, hôpitaux, laboratoires, etc.) sont-ils bien répartis et équipés pour fournir des services essentiels?	La répartition des établissements de santé pour 10.000 habitants (nombre)	GFATM 2009, pg. 286
		La répartition des lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants (nombre)	GFATM 2009, pg. 286
		Les établissements de santé qui répondent aux normes fondamentales de la capacité des services (nombre et pourcentage)	WHO 2010a, pp. 11, 17; GFATM 2009, pg. 286; USAID 2009, pg. 24
		La répartition des établissements de santé ayant la capacité de fournir des services spécifiques (pour les maladies prioritaires) pour 10.000 habitants (nombre)	GFATM 2009, pg. 286
<b>2. Les médicaments et les fournitures nécessaires pour les services essentiels sont disponibles au bon endroit, au bon moment, en bonne quantité, de bonne qualité et au meilleur coût</b>	2.1 La population a-t-elle accès aux médicaments dont elle a besoin, quand elle en a besoin?	Le pourcentage d'établissements publics et privés avec tous les médicaments traceurs (14 médicaments essentiels) en stock le jour de la visite	GFATM 2009, pg. 288; WHO 2010a, pg. 63
		Le pourcentage d'établissements (points de prestation de services et entrepôts) qui connaissent des ruptures de stock en médicaments essentiels et autres produits pour la planification familiale	Aronovich et al 2010, pg. 31; MSH 2006, pg. 62
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires n'ayant signalé aucune rupture de stock de produits de première nécessité pendant la période considérée	GFATM 2010, pg. 56
		Le pourcentage des médicaments/de matières premières non-périmés indexés disponibles aux points de prestation de services	MSH 2006, pg. 64
		Le temps moyen en rupture de stock pour un ensemble de médicaments traceurs	MSH 2006, pg. 65

## ANNEXE 17

### Indicateurs génériques de performance pour les infrastructures, les équipements et les produits de santé<sup>66</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCE
		Le pourcentage d'amélioration de la disponibilité des médicaments, des contraceptifs et des matières premières chirurgicales et médicales au niveau central, provincial ou au niveau des établissements de santé du district	MSH 2006, pg. 66
		Le pourcentage de cliniques et de centres de santé qui connaissent une diminution de la rupture des stocks de médicaments essentiels et des autres fournitures	MSH 2006, pg. 69
	2.2 Les médicaments essentiels sont-ils abordables pour les clients?	Le ratio du prix médian pour les consommateurs de 14 médicaments essentiels sélectionnés dans les établissements de santé publics et privés	WHO 2010a, pg. 64

# ANNEXE 18

## Indicateurs génériques de performance pour le volet communautaire<sup>69</sup>

### PROCESSUS DU VOLET COMMUNAUTAIRE ..... PAGES 119-121

#### 1. Concevoir des systèmes de santé et des services de santé

- 1.1 Les communautés participent-elles dans les processus décisionnels et pour l'amélioration de la qualité des services à tous les niveaux du système de santé? ..... C\_P\_1.1
- 1.2 Les organisations/les réseaux communautaires sont-ils véritablement impliqués dans les processus de décision au niveau national et/ou infranational? ..... C\_P\_1.2

#### 2. Prestation des services de santé (prévention, traitement, soins et soutien)

- 2.1 Existe-t-il une structure institutionnelle pour un système communautaire de prestation de services? ..... C\_P\_2.1
- 2.2 Des systèmes de gestion et de responsabilisation solides sont-ils en place pour les organisations communautaires? ..... C\_P\_2.2
- 2.3 Les organisations communautaires contribuent-elles au S & E et au SISS? ..... C\_P\_2.3

#### 3. Superviser la performance du système de santé

- 3.1 Existe-t-il des mécanismes pour que la communauté exprime ses mécontentements avec les services de santé, surveille ou fasse des commentaires sur la qualité des soins? ..... C\_P\_3.1

### RESULTATS DU VOLET COMMUNAUTAIRE ..... PAGE 122

#### 1. Voix/influence

- 1.1 Les communautés pensent-elles avoir un mot à dire dans les grandes décisions du système de santé? ..... C\_O\_1.1

#### 2. SISS

- 2.1 Les informations provenant des systèmes communautaires alimentent-elles les SISS formels? ..... C\_O\_2.1

#### 3. Le financement du système de santé

- 3.1 Existe-t-il des mécanismes communautaires de mutualisation des risques, en particulier ceux ciblant les plus vulnérables (à savoir les populations pauvres et marginalisées)? ..... C\_O\_3.1

#### 4. La couverture des services

- 4.1 Les services communautaires élargissent-ils la portée des services de santé? ..... C\_O\_4.1

<sup>69</sup> Le cadre et les indicateurs pour cet élément essentiel sont tirés de: GFATM 2010; Butterfoss 2006; et Rifkin et al 1988.

# ANNEXE 18

## Indicateurs génériques de performance pour le volet communautaire<sup>69</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>PROCESSUS DU VOLET COMMUNAUTAIRE</b>			
<b>1. Concevoir des systèmes de santé et des services de santé</b>	1.1 Les communautés participent-elles dans les processus décisionnels et pour l'amélioration de la qualité des services à tous les niveaux du système de santé?	Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui sont représentées dans les organes techniques ou politiques des programmes sur les maladies au niveau national ou provincial	GFATM 2010, pg. 47
		L'existence de comités/forums où les membres de la communauté peuvent s'impliquer et influencer les décisions qui affectent le système de santé	
		La participation des membres de la communauté dans le processus infranational et annuel de planification	
		L'importance du rôle de la communauté (par rapport au rôle des professionnels) dans l'évaluation des besoins pour les programmes de santé	Rifkin et al 1988, pg. 934
		L'importance du rôle de la communauté (par rapport au rôle des professionnels) dans la direction de programmes	Rifkin et al 1988, pg. 934
		L'importance du rôle de la communauté (par rapport au rôle des professionnels) dans la gestion des programmes	Rifkin et al 1988, pg. 934
		L'importance du rôle de la communauté (par rapport au rôle des professionnels) dans l'organisation de programmes	Rifkin et al 1988, pg. 934
		L'importance du rôle de la communauté (par rapport au rôle des professionnels) dans la mobilisation des ressources	Rifkin et al 1988, pg. 934
	1.2 Les organisations/ les réseaux communautaires sont-ils véritablement impliqués dans les processus de décision au niveaux national et/ ou infranational?	Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires avec un membre du personnel ou un bénévole responsable de la sensibilisation	GFATM 2010, pg. 45
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires avec un plan stratégique développé qui couvre trois à cinq ans	GFATM 2010, pg. 46

# ANNEXE 18

## Indicateurs génériques de performance pour le volet communautaire<sup>69</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>2. Prestation des services de santé (prévention, traitement, soins et soutien)</b>	2.1 Existe-t-il une structure institutionnelle pour un système communautaire de prestation de services?	Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires avec la capacité minimale pour fournir des services de manière conforme aux directives nationales (lorsque de telles directives existent)	
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui offrent des services de prévention, de soins ou de traitement et qui ont un système de référence ou de feedback fonctionnel	GFATM 2010, pg. 60
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui ont bénéficié d'une supervision et de commentaires constructifs conformément aux directives nationales (lorsque de telles directives existent) dans les trois/six derniers mois)	GFATM 2010, pg. 48
	2.2 Des systèmes de gestion et de responsabilisation solides sont-ils en place pour les organisations communautaires?	Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui soumettent des rapports financiers en temps voulu, complets et exacts à l'entité nationale désignée conformément aux normes et aux directives recommandées au niveau national (lorsque de telles directives existent)	GFATM 2010, pg. 54
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires avec un personnel ou des bénévoles qui ont reçu une formation ou une reformation dans le domaine de la gestion, du leadership, ou de la responsabilité au cours des 12 derniers mois	GFATM 2010, pg. 62
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui ont reçu un appui technique pour le renforcement institutionnel au cours des 12 derniers mois	GFATM 2010, pg. 64
	2.3 Les organisations communautaires contribuent-elles au S & E et au SISS?	Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires avec un membre du personnel ou un bénévole responsable de la surveillance et de l'évaluation	GFATM 2010, pg. 65

# ANNEXE 18

## Indicateurs génériques de performance pour le volet communautaire<sup>69</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui mettent en œuvre un plan de travail chiffré annuel qui inclut les activités de surveillance et d'évaluation	GFATM 2010, pg. 66
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires avec au moins un membre du personnel ou un bénévole ayant reçu une formation ou une reformation en matière de planification ou de S & E conformément aux directives recommandées au niveau nationale (où de telles directives existent) au cours des 12 derniers mois	GFATM 2010, pg. 67
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui se servent d'outils et de formats de déclaration standardisés pour la collecte de données qui permettent de soumettre des rapports au système national s'occupant des notifications	GFATM 2010, pg. 68
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui ont effectué des évaluations de la performance de leurs propre programmes dans les trois/six derniers mois	GFATM 2010, pg. 69
<b>3. Superviser la performance du système de santé</b>	3.1 Existe-t-il des mécanismes pour que la communauté exprime ses mécontentements avec les services de santé, surveille ou fasse des commentaires sur la qualité des soins?	Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui ont été impliquées dans une évaluation conjointe nationale des programmes ou d'autres évaluations au cours des 12 derniers mois	GFATM 2010, pg. 44
		Le nombre et le pourcentage d'organisations communautaires qui ont organisé au moins une réunion documentée pour faire des commentaires auprès de la communauté qu'ils servent dans les six derniers mois	GFATM 2010, pg. 49

# ANNEXE 18

## Indicateurs génériques de performance pour le volet communautaire<sup>69</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>RESULTATS DU VOLET COMMUNAUTAIRE</b>			
<b>1. Voix/influence</b>	1.1 Les communautés pensent-elles avoir un mot à dire dans les grandes décisions du système de santé?	La satisfaction des membres de comités communautaires (par exemple, le comité de gouvernance des établissements, les comités d'intervenants bénévoles, etc.) avec le processus de participation et/ou d'influence sur les décisions (par exemple, fixer des objectifs et des objectifs, définir le budget, élaborer des plans annuels, etc.)	Butterfoss, 2006, pg. 234
		Le taux de remplacement des membres des comités communautaires	Butterfoss, 2006, pg. 234
<b>2. SISS</b>	2.1 Les informations provenant des systèmes communautaires alimentent-elles les SISS formels?	Le pourcentage du personnel de santé communautaire qui déclare des données au niveau du SIS	
<b>3. Le financement du système de santé</b>	3.1 Existe-t-il des mécanismes communautaires de mutualisation des risques, en particulier ceux ciblant les plus vulnérables (à savoir les populations pauvres et marginalisées)?	L'existence de régimes communautaires pour le financement de la santé	
<b>4. La couverture des services</b>	4.1 Les services communautaires élargissent-ils la portée des services de santé?	Le nombre et le pourcentage de personnes qui ont accès à des services communautaires contre le VIH, la tuberculose, le paludisme dans une zone définie	GFATM 2010, pg. 61

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

### PROCESSUS DE LA PRESTATION DES SERVICES..... PAGES 125-130

#### 1. La planification de la prestation de services

- 1.1 Existe-t-il un processus systématique pour évaluer et planifier la prestation des services?.....SD\_P\_1.1
- 1.2 Les processus systématiques de planification et décisionnels sont-ils basés sur de l'évidence, c'est à dire, les informations disponibles sur les besoins de santé de la population, la performance passée, et les coûts sont-elles utilisées?.....SD\_P\_1.2
- 1.3 Les patients et les populations ciblées sont-elles engagées dans les processus de planification et de prise de décisions routiniers? .....SD\_P\_1.3
- 1.4 Des objectifs clairs et réalistes pour la prestation de services ont-ils été fixés?.....SD\_P\_1.4

#### 2. Gérer la continuité des soins (services intégrés, références, services centrés sur les patients)

- 2.1 Les services essentiels sont-ils fournis? .....SD\_P\_2.1
- 2.2 Les services sont-ils «centrés sur le patient»?.....SD\_P\_2.2
- 2.3 Un système de référence efficace est-il en place?.....SD\_P\_2.3
- 2.4 Les communautés et la société civile sont-elles engagées dans la prestation de services?.....SD\_P\_2.4

#### 3. La gestion de la qualité des services

- 3.1 La qualité clinique et la satisfaction des patients sont-elles surveillées et assurées? .....SD\_P\_3.1
- 3.2 Existe-t-il des mécanismes ou des initiatives pour améliorer la qualité?.....SD\_P\_3.2

#### 4. La gestion des efforts de sensibilisation et des problèmes d'accès

- 4.1 Les communautés sont-elles sensibilisées et encouragées à utiliser les services?.....SD\_P\_4.1
- 4.2 Existe-il des efforts pour identifier/comprendre les obstacles à l'accès, en particulier pour les populations pauvres et marginalisées? .....SD\_P\_4.2

#### 5. Établir une collaboration entre les secteurs public et privé dans la prestation des services

- 5.1 Les organisations de la société civile jouent-elles un rôle important dans la prestation de services de santé?.....SD\_P\_5.1
- 5.2 Existe-t-il des partenariats public-privé qui fonctionnent bien? .....SD\_P\_5.2

### LES RESULTATS DE LA PRESTATION DES SERVICES..... PAGES 131-134

#### 1. Accessibilité

- 1.1 Les pauvres peuvent-ils payer les services de santé essentiels (c'est à dire, les services sont-ils financièrement accessibles)?.....SD\_O\_1.1
- 1.2 Les services sont-ils physiquement accessibles à toute la population? .....SD\_O\_1.2

#### 2. La qualité

- 2.1 Les services sont-ils de qualité suffisante/optimale? (c'est à dire, les services répondent-ils aux normes de qualité?).....SD\_O\_2.1

#### 3. La continuité des soins

- 3.1 Les patients connaissent-ils un accès continu aux services qui répond à leurs divers besoins de santé?.....SD\_O\_3.1

#### 4. L'utilisation

- 4.1 Les personnes utilisent-elles les services?.....SD\_O\_4.1

#### 5. L'efficacité technique

<sup>70</sup> Le cadre et les indicateurs pour cet élément essentiel sont tirés de: GFATM 2009; IHI 2007; Islam 2007; WHO 2010; USAID 2009; HMN 2008b; MSH 2006; MEASURE DHS 2006; WHO 2011; et HLQAT 2009.

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

5.1 Les services de santé sont-ils fournis efficacement avec un minimum de gaspillage des ressources? .....SD\_O\_5.1

### 6. L'efficacité des allocations

6.1 Les décisions budgétaires dans les divers domaines des programmes de santé (affections prioritaires, prévention/traitement), les zones géographiques et les catégories de dépenses (salaires, équipement, produits, etc) sont-elles justifiées par des données sur les besoins et l'efficacité? .....SD\_O\_6.1

### 7. L'équité

7.1 Les services essentiels sont-ils équitablement répartis dans tout le pays? .....SD\_O\_7.1

7.2 Les dépenses consacrées aux services de santé sont-elles équitables? .....SD\_O\_7.2

### 8. La durabilité

8.1 Les services de santé sont-ils financièrement durables? .....SD\_O\_8.1

### 9. La sécurité

9.1 Les établissements, les services et les produits sont-ils sans danger? .....SD\_O\_9.1

### 10. La réactivité

10.1 Les services répondent-ils aux besoins de la population? .....SD\_O\_10.1

## LES PRODUITS INTERMÉDIAIRES DE LA PRESTATION DES SERVICES ..... PAGES 135-136

1. Couverture: Le planning familial ..... 135

2. Couverture: La santé maternelle ..... 135

3. Couverture: La santé de l'enfant ..... 135

4. Couverture: Les maladies infectieuses ..... 136

## LES RÉSULTATS DE LA PRESTATION DES SERVICES/DU SYSTÈME DE SANTÉ .....PAGES 137-138

1. L'état de santé ..... 137

2. L'équité en santé ..... 138

3. La protection contre les risques ..... 138

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>LES PROCESSUS DE LA PRESTATION DES SERVICES</b>			
<b>1. La planification de la prestation de services</b>	1.1 Existe-t-il un processus systématique pour évaluer et planifier la prestation des services?	L'existence d'une évaluation annuelle et d'un processus de planification au niveau des établissements, des districts et/ou des provinces	
		L'existence de réunions régulières (par exemple, mensuelles) pour évaluer le progrès par rapport aux plans annuels au niveau des établissements et des districts	
	1.2 Les processus systématiques de planification et décisionnels sont-ils basés sur de l'évidence, c'est à dire, les informations disponibles sur les besoins de santé de la population, la performance passée, et les coûts sont-elles utilisées?	L'utilisation des données du SIS, administratives et de la population (désagrégée correctement) pour l'évaluation annuelle et les processus de planification (au niveau du gouvernement local ou au niveau des établissements)	
		L'utilisation des données du SIS et administratives aux réunions de gestion mensuelles (au niveau du gouvernement local et/ou niveau des établissements)	
		L'utilisation de la planification par scénarios dans le processus de planification et de budgétisation dans le domaine de la santé à moyen ou à long terme	
		L'analyse des besoins et des expériences différentes des différents segments de la population ciblée (femmes, hommes, filles et garçons, groupes stigmatisés, jeunes, migrants, groupes linguistiques, etc.) est utilisée pour guider la conception et la planification de la prestation des services	
		L'existence d'un mécanisme officiel pour connaître les priorités, les perceptions de la qualité, et les obstacles à l'accès aux soins de la population	Islam 2007, pg. 8.35
		Les informations du SIS sont utilisées pour plaider en faveur de l'équité et d'une augmentation des ressources aux groupes défavorisés et aux communautés (par exemple, en documentant leur fardeau de la maladie et leur accès aux services)	HMN 2008b, pg. 67

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
	1.3 Les patients et les populations ciblées sont-elles incluses dans les processus de planification et de prise de décisions routiniers?	La présence de mécanismes officiels pour assurer la participation active de la société civile et de la communauté dans la gestion du système de santé	Islam 2007, pg. 8.34
		L'utilisation des résultats de l'enquête sur la satisfaction des patients dans les processus d'évaluation et de planification annuel	
	1.4 Des objectifs clairs et réalistes pour la prestation de services ont-ils été fixés?	L'existence de plans annuels avec des objectifs de prestation de services précis et réalistes au niveau des établissements ou des districts	
<b>2. Gérer la continuité des soins (services intégrés, références, services centrés sur les patients)</b>	2.1 Les services essentiels sont-ils fournis?	La disponibilité quotidienne de l'ensemble intégral des principaux services de santé primaires (par exemple, la vaccination, la tuberculose, les soins prénatals, la planification familiale, le paludisme, la malnutrition)	Islam 2007, pg. 8.26
		La proportion d'établissements sanitaires proposant des services spécifiques	WHO 2010a, pg. 12
		Le nombre et la répartition des établissements de santé proposant des services spécifiques pour 10.000 habitants	WHO 2010a, pg. 12
	2.2 Les services sont-ils «centrés sur le patient»?	L'existence d'une liste des droits des patients	
		Le pourcentage d'établissements et de services hospitaliers qui affichent publiquement la liste des droits des patients	
	2.3 Un système de référence efficace est-il en place?	L'existence de protocoles pour référer les patients	
		L'existence de données sur le système pour référer les patients au niveau du district	Islam 2007, pg. 8.28
		% de patients qui ont été référés qui mettent un temps défini (par exemple, un mois) pour atteindre le site	
	2.4 Les communautés et la société civile sont-elles engagées dans la prestation de services?	La présence de mécanismes officiels pour assurer la participation active de la société civile et de la communauté dans la prestation de services	Islam 2007, pg. 8.34

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>3. La gestion de la qualité des services</b>	3.1 La qualité clinique et la satisfaction des patients sont-elles surveillées et assurées?	L'existence de politiques nationales pour la promotion de la qualité des soins	Islam 2007, pg. 8.30
		L'existence de normes cliniques et de guides de sécurité adaptés sous forme pratique pour une utilisation au niveau local	Islam 2007, pg. 8.30
		L'existence d'une supervision clinique par encadrant au niveau des districts	Islam 2007, pg. 8.31
		Le pourcentage de visites de supervision aux centres de santé prévues qui ont été réellement effectuées	Islam 2007, pg. 8.32
		L'existence de d'autres processus assurant la qualité des soins (par exemple, l'accréditation formelle ou informelle, les équipes d'amélioration de la qualité continue, les audits de santé périodiques qui sont suivis par des efforts d'amélioration, etc.)	Islam 2007, pg. 8.33
		Un système d'assurance qualité a été institutionnalisé	MSH 2006, pg. 52
		Il existe une approche systématique pour évaluer la qualité des services fournis par les établissements de santé qui comprend à la fois: (a) une surveillance systématique et standardisée avec la déclaration des résultats aux niveau national et des districts, et (b) une enquête sur les établissements de santé comprenant l'ensemble des établissements ou un échantillon représentatif au niveau national au moins une fois tous les cinq ans	HMN 2008b, pg. 41
		Les gestionnaires dans les bureaux administratifs de santé à tous les niveaux (national, régional/provincial, district) utilisent les informations sanitaires pour la gestion des services de santé, la surveillance continue et l'évaluation périodique	HMN 2008b, pg. 68
Le personnel fournissant les soins à tous les niveaux (national, régional/provincial et les hôpitaux de district et centres de santé) utilise les informations sanitaires pour la gestion de la prestation des services de santé, la surveillance continue et l'évaluation périodique	HMN 2008b, pg. 68		

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le nombre de fois au cours des 12 derniers mois, que le leadership des établissements/hôpitaux a évalué les enquêtes de satisfaction des patients/les plaintes, les données sur la sécurité des patients et/ ou les données sur la satisfaction des employés	HLQAT 2009, pp. 1-2
		Le nombre de fois au cours des 12 derniers mois que les dirigeants des établissements/hôpitaux ont mené des groupes de discussion sur la qualité et la sécurité des soins avec le personnel, les patients ou les familles	HLQAT 2009, pg. 2
		Le nombre de fois au cours des 12 derniers mois que les gestionnaires des établissements/hôpitaux ont discuté des données sur la qualité clinique et la satisfaction des patients avec le personnel	HLQAT 2009, pg. 4
		% d'hôpitaux/d'établissements qui mettent leurs données sur la qualité clinique et la satisfaction des patients à la disposition du public	HLQAT 2009, pg. 3
		L'existence d'un forum pour que les gestionnaires des différents ministères ou des programmes axés sur des maladies discutent et résolvent ensemble les problèmes de qualité et de la satisfaction du patient	HLQAT 2009, pg. 4
		L'existence d'un système de reportage à jour et exact pour les travailleurs professionnels de la santé	WHO 2010a, 33
	3.2 Existe-t-il des mécanismes ou des initiatives pour améliorer la qualité?	Le nombre et le pourcentage d'établissements/d'hôpitaux où des équipes pour l'amélioration de la qualité (AQ) ont été établies (par exemple, les endroits où des initiatives AQ sont mises en œuvre)	
		Le nombre et le pourcentage d'établissements/hôpitaux qui ont mis en place des mesures pour évaluer les progrès accomplis vers les objectifs d'amélioration de la qualité	HLQAT 2009, pg. 3
		Le nombre de fois au cours des 12 derniers mois que le leadership de l'établissement/l'hôpital a effectué des mises à jour sur les principales initiatives d'amélioration de la qualité	HLQAT 2009, pg. 1

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le nombre de fois au cours des 12 derniers mois que le leadership de l'établissement/l'hôpital a évalué le progrès vers les objectifs de qualité clinique	HLQAT 2009, pg. 2
		Le nombre et le pourcentage d'établissements où les initiatives AQ ont été évaluées pour leur efficacité (amélioration des tendances, comparaison à d'autres installations, etc.)	HLQAT 2009, pg. 6
		Le nombre et le pourcentage d'établissements où la durabilité des initiatives AQ a été évaluée	HLQAT 2009, pg. 6
		Le nombre et le pourcentage d'établissements qui ont des budgets de fonctionnement annuels qui incluent un financement spécifique pour les activités d'AQ	HLQAT 2009, pg. 6
<b>4. La gestion des efforts de sensibilisation et des problèmes d'accès</b>	4.1 Les communautés sont-elles sensibilisées et encouragées à utiliser les services? <sup>71</sup>	% des établissements qui ont mené des activités de sensibilisation communautaire ou génératrices de la demande au cours des six derniers mois	
	4.2 Existe-il des efforts pour identifier/comprendre les obstacles à l'accès, en particulier pour les populations pauvres et marginalisées?	L'existence d'un mécanisme officiel pour connaître les priorités de la population, la perception de la qualité, et les obstacles à l'accès aux soins	Islam 2007, pg. 8.35
<b>5. Établir une collaboration entre les secteurs public et privé dans la prestation des services</b>	5.1 Les organisations de la société civile jouent-elles un rôle important dans la prestation de services de santé?	Les organisations de la société civile ayant la capacité minimale pour fournir des services contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (nombre et pourcentage)	GFATM 2009, pg. 286

<sup>71</sup> C'est à dire, générer une demande et les activités de sensibilisation.

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		La répartition des organisations de la société civile qui fournissent des services contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans une zone définie par 1.000 habitants par type de service (nombre)	GFATM 2009, pg. 286
		Les organisations de la société civile soutenues dans le renforcement des systèmes de santé (nombre et pourcentage)	GFATM 2009, pg. 286
	5.2 Existe-t-il des partenariats public-privé qui fonctionnent bien?	% des hôpitaux/des établissements/des dispensaires du secteur privé qui sont intégrés dans le système public pour référer les patients	

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>RESULTATS DE LA PRESTATION DES SERVICES / DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>			
<b>1. L'accessibilité</b>	1.1 Les pauvres peuvent-ils payer les services de santé essentiels (c'est à dire, les services sont-ils financièrement accessibles)?	Le pourcentage des frais totaux de santé qui représente des dépenses provenant intégralement des ménages (un montant de plus de 60% indique une barrière financière)	Islam 2007, pg. 8.19; USAID 2009, pg. 23
		L'existence d'exonérations et de dérogations aux frais d'utilisation	Islam 2007, pg. 8.20
		Le ratio médian du prix au consommateur de 14 médicaments essentiels dans les établissements de santé publics et privés	WHO 2010a, pg. 64
	1.2 Les services sont-ils physiquement accessibles à toute la population?	% de la population habitant à [X] kms d'un centre de soins primaires (ou la distance moyenne aux centres de soins primaires)	Islam 2007, pg. 8.19; WHO 2010
		Les médecins, les infirmières, les hôpitaux pour 1.000 habitants	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		Les établissements fournissant des soins obstétricaux d'urgence de base et complexes par 500.000 habitants	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
<b>2. La qualité</b>	2.1 Les services sont-ils de qualité suffisante/optimale? (c'est à dire, les services répondent-ils aux normes de qualité?)	L'utilisation de diagnostics et de thérapies fondés sur des preuves (HbA1C pour le diabète, l'aspirine pour un infarctus du myocarde, les antibiotiques corrects pour une pneumonie acquise dans les communautés)	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		2.1 Les services sont-ils de qualité suffisante / optimale? (c'est à dire, les services répondent-ils aux normes de qualité?)	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		Le taux d'infection et de complications à la suite d'une opération chirurgicale	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		Les taux de létalité spécifiques d'une maladie	Kruk and Freedman 2008, pg. 267

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
		Le taux de complications du traitement (tuberculose)	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
<b>3. La continuité des soins</b>		Le niveau de la continuité des informations pour les soins	Islam 2007, pg. 8.27
		Le niveau de continuité verticale des soins	Islam 2007, pg. 8.28
<b>4. L'utilisation</b>	4.1 Les personnes utilisent-elles les services?	Le nombre de personnes utilisant les services de consultation externe pour 10.000 habitants	WHO 2010a, p. 10; GFATM 2009, p. 286; Islam 2007, p. 8.21
		L'utilisation des services de santé essentiels par les groupes défavorisés (par exemple, accouchement assisté, contraceptifs modernes, visites chez un spécialiste)	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
<b>5. L'efficacité technique</b>	5.1 Les services de santé sont-ils fournis efficacement avec un minimum de gaspillage des ressources?	Le coût par cas traité (par exemple, par jour d'hospitalisation, par cas en milieu hospitalier, par visite ambulatoire)	Kruk and Freedman 2008, pg. 267; IHI Improvement Map, L5 <sup>72</sup>
		La durée moyenne de séjour	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		Les ratios coûts-efficacité pour des services spécifiques (par rapport à d'autres services)	Kruk and Freedman 2008, pg. 267

<sup>72</sup> Carte d'IHI pour l'amélioration, en ligne à l'adresse suivante: <http://app.ihl.org/imap/tool/>

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
6. L'efficacité des allocations	6.1 Les décisions budgétaires dans les divers domaines des programmes de santé (affections prioritaires, prévention/traitement), les zones géographiques et les catégories de dépenses (salaires, équipement, produits, etc.) sont-elles justifiées par des données sur les besoins et l'efficacité?	Les informations du SIS sont largement utilisées par les équipes de gestion des districts et infranationales pour définir l'allocation des ressources dans les processus budgétaires annuels	HMN 2008b, pg. 68
7. L'équité <sup>73</sup>	7.1 Les services essentiels sont-ils équitablement répartis dans tout le pays?	La différence entre les densités des travailleurs de santé, les taux de rupture de stock pour les médicaments essentiels et les scores du niveau de préparation des établissements par zones géographiques	
	7.2 Les dépenses consacrées aux services de santé sont-elles équitables?	La proportion de fonds dans le domaine de la santé qui atteint le quintile le plus pauvre de la population	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		La distribution des frais, des paiements indirects et des frais informels pour les services essentiels	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		Le pourcentage des dépenses de santé privées payées par les patients (un montant de plus de 80% peut indiquer un déséquilibre)	Islam 2007, pg. 8.19

<sup>73</sup> L'équité se réfère à des normes de justice basées sur des valeurs pour le financement et la prestation des services de santé. L'équité horizontale consiste à traiter les gens équitablement par rapport aux autres membres du même groupe (que ce soit le revenu ou l'état de santé). L'équité verticale consiste à traiter les gens équitablement par rapport aux personnes dans d'autres groupes (par exemple, en donnant la priorité à ceux qui ont des conditions plus graves pour la santé ou l'instauration d'un système de paiement progressif).

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

FONCTION	QUESTIONS DE PERFORMANCE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	RÉFÉRENCES
<b>8. La durabilité</b>	8.1 Les services de santé sont-ils financièrement durables?	% des établissements disposant d'un financement sûr pendant au moins deux ans	
		Le pourcentage des revenus annuels générés à partir de sources diverses	MSH 2006, pg. 98
		Le pourcentage du budget de fonctionnement annuel qui est couvert par les revenus générés par la prestation de services	MSH 2006, pg. 99
		Le nombre de propositions que l'organisation a soumis pour recevoir un financement externe au cours des 12 derniers mois	MSH 2006, pg. 100
<b>9. La sécurité</b>	9.1 Les établissements, les services et les produits sont-ils sans danger?	Le nombre de maladies ou de blessures résultants de médicaments, de fournitures ou d'équipements dangereux	
		Le taux d'événements indésirables	IHI 2007, pg. 20
		L'incidence des blessures et des maladies dans le cadre du travail qui ne sont pas fatales	IHI 2007, pg. 21
<b>10. La réactivité</b>	10.1 Les services répondent-ils aux besoins de la population?	Le pourcentage de personnes se déclarant satisfaites des soins et des services de soutien reçus au niveau de la communauté	GFATM 2009, pg. 286
		Le pourcentage de personnes se déclarant satisfaites des services de soins reçus dans des établissements de santé publics et privés	GFATM 2009, pg. 286
		Être traité avec respect	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		La qualité de communication médecin-patient	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
		La durée de l'attente pour recevoir des soins	Kruk and Freedman 2008, pg. 267

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

LES PRODUITS INTERMÉDIAIRES DE LA PRESTATION DES SERVICES <sup>74</sup>		
<b>1. Couverture: Le planning familial</b>	Le taux de prévalence de la contraception (% des femmes âgées de 15-49 ans)	Islam 2007, pg. 8.11; WHO 2011, pg. 59
	L'espacement des naissances (36 mois ou plus)	MEASURE DHS 2006
	Les naissances parmi les mères jeunes (moins de 18 ans)	MEASURE DHS 2006
	Les naissances de parité élevée (pour les naissances numéro cinq ou plus)	MEASURE DHS 2006
<b>2. Couverture: La santé maternelle</b>	Les naissances assistées par un personnel de santé qualifié (%)	Islam 2007, pg. 8.10; WHO 2011, pg. 28
	Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une ou plus visites pour des soins prénatals de la part d'un personnel de santé qualifié	Islam 2007, pg. 8.12; WHO 2011, pg. 18
	La couverture des soins prénatals = au moins quatre visites (%)	WHO 2011 pg. 15
	Les tarifs institutionnels pour les accouchements	MEASURE DHS 2006
<b>3. Couverture: La santé de l'enfant</b>	La couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) chez les enfants d'un an (%)	Islam 2007, pg. 8.11; WHO 2011, pg. 80
	Les enfants âgés de <5 ans atteints de diarrhées et recevant une thérapie de réhydratation orale	WHO 2011, pg. 48
	Disposer des selles des enfants sans danger	MEASURE DHS 2006

<sup>74</sup> Ces catégories sont basées sur le Bureau des Objectifs Stratégiques de USAID et sont utilisées pour les enquêtes sur les indicateurs clés de MEASURE DHS: <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/KIS.cfm>.

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

LES OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES DE LA PRESTATION DES SERVICES/DU SYSTÈME DE SANTÉ <sup>74</sup>		
	Les enfants âgés de 6-59 mois ayant reçu un supplément de vitamine A	WHO 2011, pg. 54
	Les enfants <5 ans qui sont mal nourris (%)	WHO 2011, pg. 43
	L'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois (%)	WHO 2011, pg. 93
	La population ayant accès à des sources d'eau potable (%)	WHO 2011, pg. 198
<b>4. Couverture: Les maladies infectieuses</b>	Possession d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide par les ménages	MEASURE DHS 2006
	Les enfants âgés de <5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	WHO 2011, pg. 38
	Le taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif (%)	WHO 2011, pg. 226
	La prévalence de l'utilisation du préservatif par les adultes (15-49 ans) lors de rapports sexuels à risque (%)	WHO 2011, pg. 205
	La couverture des traitements antirétroviraux chez les femmes séropositives enceintes pour la PTME (%)	WHO 2011, pg. 21
	La couverture des traitements antirétroviraux chez les personnes ayant une infection VIH avancée (%)	WHO 2011, pg. 24
	Le nombre et le pourcentage de personnes qui ont accès à des services communautaires contre le VIH, la tuberculose, le paludisme dans une zone définie	GFATM 2010, pg. 61
	Un traitement efficace contre le paludisme dans les 24 heures	Kruk and Freedman 2008, pg. 267

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

LES RÉSULTATS DE LA PRESTATION DES SERVICES/DU SYSTÈME DE SANTÉ		
<b>1. L'état de santé</b>	L'espérance de vie à la naissance	WHO 2011, pg. 116; Islam 2007, pg. 8.12
	L'espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance	WHO 2011, pg. 105
	Le taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	Islam 2007, pg. 8.12
	Le taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	WHO 2011, pg. 119; Islam 2007, pg. 8.13
	Le taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	WHO 2011, pg. 130
	L'indice synthétique de fécondité (par femme)	WHO 2011, pg. 225
	Les rapports sexuels à risque chez les femmes/les hommes de 15-49 ans	MEASURE DHS 2006
	L'expérience sexuelle des jeunes chez les femmes/les hommes de 15-19 ans	MEASURE DHS 2006
	La prévalence du VIH, totale (% de la population âgée de 15-49)	Islam 2007, pg. 8.13; WHO 2011, pg. 113
	Les décès dus au paludisme (pour 100.000 habitants)	WHO 2011, pg. 63
	La prévalence estimée de la tuberculose (pour 100.000 habitants)	WHO 2011, pg. 91
	Le nombre de décès estimés dus à la tuberculose, à l'exclusion du VIH (pour 100.000 habitants)	WHO 2011, pg. 87

# ANNEXE 19

## Indicateurs génériques de performance pour la prestation des services<sup>70</sup>

LES RÉSULTATS DE LA PRESTATION DES SERVICES/DU SYSTÈME DE SANTÉ		
<b>2. L'équité en santé</b>	Les taux de mortalité pour le quintile inférieur (moins de cinq ans, 15-49 ans, maternelle, le cancer)	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
	Les taux de mortalité pour les femmes, les immigrants, les membres des groupes ethniques, les personnes dans des zones géographiques isolées	Kruk and Freedman 2008, pg. 267
<b>3. La protection contre les risques</b>	La proportion de la population dont les dépenses de santé sont catastrophiques financièrement	Kruk and Freedman 2008, pg. 267





THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

**FHI 360 HEADQUARTERS**

2224 E NC Hwy 54  
Durham, NC 27713 USA  
**T** 1.919.544.7040  
**F** 1.919.544.7261

**WASHINGTON DC OFFICE**

1825 Connecticut Ave, NW  
Washington, DC 20009 USA  
**T** 1.202.884.8000  
**F** 1.202.884.8400

**ASIA-PACIFIC REGIONAL  
OFFICE**

19th Floor, Tower 3  
Sindhorn Building  
130–132 Wireless Road  
Kwaeng Lumpini, Khet  
Phatumwan  
Bangkok 10330 Thailand  
**T** 66.2.263.2300  
**F** 66.2.263.2114

**REGIONAL TECHNICAL HUB**

Valley Road  
Chancery Building, 2nd Floor  
Nairobi, Kenya  
**T** 254.20.271.3911/5  
**F** 254.20.282.4170

[www.FHI360.org](http://www.FHI360.org)