

BM/GFF Guinée

Évaluation rapide du SNIS et recommandations d'investissement

Novembre 2018

Contexte

Le projet de *Renforcement des Capacités et des Services de Santé en Guinée* financé par l'IDA/le GFF prévoit une composante substantielle (3 millions de dollars) de renforcement du SNIS, particulièrement du DHIS2 au niveau communautaire.

Afin d'aider le Ministère de la Santé (MS) à s'assurer que les investissements dans le SNIS priorisent des activités à fort impact, une évaluation rapide du SNIS a été menée en Guinée pendant cinq jours — entre le 25 et le 29 juin — puis complétée par des entretiens à distance (en raison de la disponibilité des répondants) et des démonstrations techniques réalisées fin août et septembre 2018.

Ce document présente :

1. Les constats tirés de l'évaluation rapide des outils et des processus actuels du SNIS et de la configuration du DHIS2.
2. Un ensemble de domaines du SNIS dans lesquels des investissements sont recommandés.

Il faut souligner que, compte tenu du temps limité consacré à l'évaluation terrain, ce document ne constitue pas une évaluation exhaustive des initiatives actuelles de renforcement du SNIS, mais plutôt un profil général du SNIS lui-même, dans une perspective d'identification des opportunités d'investissement.

Méthodologie

Cette évaluation rapide a été grosso modo basée sur le cadre conceptuel PRISM bien établi.

Différentes méthodes d'évaluation ont été utilisées, notamment :

- La tenue de rencontres avec les équipes de la Section Statistiques et Information Sanitaire (SSIS) du Bureau de Stratégie et de Développement (BSD) et de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS) afin de discuter et de revoir les systèmes d'information.
- La conduite de rencontres ou d'entrevues téléphoniques avec six différents donateurs/partenaires impliqués dans le soutien au SNIS, ainsi que d'une réunion multipartite d'échanges sur la capacité du BSD.
- Trois démonstrations techniques du montage et de la configuration du DHIS2 national de Guinée.
- La conduite de visites terrain auprès de deux Directions Préfectorales de la Santé (DPS), afin d'interviewer le personnel, d'observer la gamme complète des systèmes de surveillance et du SNIS en utilisation et de revoir les produits d'information.

- La visite terrain d'un centre de santé, afin d'examiner l'ensemble des outils papier du SNIS utilisés, de cartographier les flux d'information et de retracer les pistes d'audit depuis les rapports mensuels d'activités (RMA) jusqu'aux documents d'origine.

Constats tirés de l'évaluation rapide du SNIS

Gouvernance

Le Groupe de travail SNIS *semble* se réunir régulièrement et plusieurs partenaires ont confirmé leur participation à ses activités (CRS, GIZ, JSI, JHPIEGO).

Le *Plan stratégique de Renforcement du SNIS* (2016), qui demeure l'outil principal d'orientation des travaux de renforcement menés par le MS et ses partenaires, est actuellement mis en œuvre à travers le *Plan d'action SNIS 2018*. Ce dernier fixe et coordonne clairement les rôles des différents partenaires, notamment du CRS ; de MEASURE Evaluation (JSI) ; de RTI International ; de la GIZ ; du JHPIEGO ; et de l'AFD.

Ces deux éléments – un groupe de travail actif et des plans concrets – constituent sans aucun doute un atout, puisqu'ils aideront à s'assurer que les nouveaux investissements dans le SNIS sont alignés et coordonnés avec les travaux déjà en cours. Une évaluation à mi-parcours du *Plan stratégique de Renforcement du SNIS* est en cours de planification et fournira une excellente opportunité d'examen des progrès accomplis et de tenue de discussions sur l'apport de nouveaux investissements.

Toutefois, en dépit de cette coordination active, le DHIS2 n'est pas encore considéré par l'ensemble des programmes du MS et des partenaires comme un système SNIS à caractère commun. Les visites terrain ont en effet révélé que certains programmes utilisent encore des processus parallèles de collecte des données avec, au niveau préfectoral, une duplication dans la saisie des données à la fois dans le DHIS2 et sur des feuilles Excel spécifiques au programme en cause. En outre, l'ANSS maintient concurremment ses investissements dans le DHIS2 et dans un système de surveillance EpiInfo, avec un certain degré de dédoublement entre les deux plateformes. Les visites terrain ont également permis de constater qu'une version obsolète du formulaire SNIS (sans des indicateurs clés) était encore utilisée par la formation sanitaire à des fins de décompte ; la raison invoquée voulant qu'une ONG procède directement chaque mois, aux fins de ses propres registres, à la collecte de ce formulaire auprès de la formation sanitaire.

Le Groupe de travail SNIS s'emploie activement à éliminer ces systèmes parallèles de rapport et à établir le DHIS2 en tant qu'outil unique et commun du SNIS, mais il faudra **le soutien robuste des dirigeants du MS pour s'assurer que l'ensemble des programmes et partenaires emboîtent le pas.**

Politiques, normes et procédures

Un document exhaustif — le *Manuel de Procédures de Gestion de l'Information Sanitaire* — a été élaboré afin de définir clairement les rôles et les responsabilités du personnel dans le maintien opérationnel du SNIS. Le Manuel fait la liste des responsabilités/tâches générales du personnel à chacun des niveaux, fournit des diagrammes illustrant les flux d'informations afférents aux processus de rapport et établit les échéanciers de soumission SNIS.

Toutefois, bon nombre de processus SNIS de routine n'ont pas encore fait l'objet de procédures opérationnelles normalisées plus détaillées, qui permettraient d'identifier les étapes spécifiques à mener lors de la conduite d'opérations clés.¹ Ainsi, plusieurs aspects relatifs à la gestion DHIS2 de routine ne sont pas encore consignés – par exemple, il n'y a aucune norme ou procédure documentée portant sur la gestion des utilisateurs ou des unités d'organisation, non plus que de directives sur la coordination et l'approbation des nouvelles configurations. Cette absence de documentation plus détaillée a rendu

¹ La validation des données demeure la seule exception, avec la présence de procédures détaillées — voir ci-dessous la section sur la « Qualité des données ».

difficile la pleine prise en charge par le personnel du MS de plusieurs opérations DHIS2 de routine et, conséquemment, **les partenaires techniques et financiers (PTF) jouent encore un rôle prépondérant dans le soutien aux processus de gestion quotidienne.**

Le *Manuel de Procédures*, qui expose clairement les différents rôles et responsabilités, fournit une excellente assise aux travaux à venir dans ce domaine et il est recommandé que son exploitation guide les travaux ultérieurs de définition de procédures opérationnelles plus détaillées, à la fois en matière de gestion DHIS2 de routine et de conduite des processus SNIS de première ligne. La disponibilité d'un ensemble clair de procédures opérationnelles normalisées (particulièrement pour le DHIS2) permettrait au MS non seulement d'assumer la pleine gestion de tâches plus nombreuses, mais aussi de transférer certains mandats à des personnels subalternes, alors que les cadres supérieurs du ministère seraient responsables de l'approbation des changements plutôt que de la conduite effective des tâches techniques associées au DHIS2.

Finalement, le MS ne semble disposer d'aucune politique relative à l'utilisation et à la confidentialité des données. La sensibilité à ces questions chez le personnel de première ligne pourrait aisément être renforcée à travers une politique claire et succincte (une ou deux pages seulement) ; la signature par chaque membre du personnel d'un Accord de protection des données et de confidentialité (le seul fait de signer cet Accord susciterait l'attention du personnel) ; et, la formulation d'une question ou deux sur la confidentialité pendant les visites de supervision.

Ressources physiques

Des investissements substantiels ont été effectués dans les infrastructures d'information et de communication (TIC) des différentes régions et préfectures, initialement afin de soutenir les efforts de surveillance de l'ANSS, mais avec les équipements et les formations additionnels nécessaires au déploiement du DHIS2. Dans les DPS visitées, l'équipement informatique était adéquatement installé et fonctionnel, avec l'accès du personnel des deux Directions à plusieurs ordinateurs. La connectivité Internet a en outre été assurée dans toutes les régions et préfectures et ne semble pas constituer un goulot d'étranglement important. L'accès à l'électricité n'a pas non plus été mentionné comme un problème majeur (l'énergie solaire a été introduite dans des centaines de formations sanitaires). Mais il faut noter que le problème d'internet et de source d'énergie demeure un problème crucial car l'internet est assuré par des box ou clé internet et n'est pas fiable et dans les périphérie l'énergie est absente.

Toutefois, face aux besoins d'entretien de cette infrastructure, la disponibilité de ressources *récurrentes* semble présenter des lacunes importantes. Dans les DPS visitées, le personnel a mentionné avoir déjà dû utiliser des fonds personnels pour l'acquisition de consommables, notamment de toner d'imprimante (dans l'une des DPS visitées, une imprimante cassée a dû être remplacée par le Directeur préfectoral à partir de ses ressources personnelles). En outre, puisque l'accès à Internet fait actuellement l'objet d'un approvisionnement centralisé (200 000 GNF/22 dollars par DPS/mois) pour les districts appuyés, mais il existe d'autres structures non appuyées qui puisent le fonctionnement des box dans leurs fonds propres ou poches, le personnel préfectoral ne peut procéder lui-même à l'acquisition du service et doit faire face à des difficultés lorsque cette allocation s'avère insuffisante.

L'absence de financement récurrent des outils et ressources du SNIS entraîne également des difficultés importantes au niveau central. L'un des problèmes particuliers reste l'impression du Canevas et des autres outils du SNIS et, quoique les partenaires aient accordé des fonds à cet effet, certains écarts subsistent. Ces contraintes en matière de ressources récurrentes restent une source substantielle de goulots d'étranglement dans le déploiement du DHIS2 et posent l'un des principaux risques au succès du projet.

Ressources humaines

Dans les endroits visités, le personnel semblait motivé (particulièrement au niveau préfectoral) et comprenait le rôle comme l'importance du SNIS pour le secteur de la santé dans son ensemble. Les deux DPS visitées ont fait état avec fierté d'un taux de 100 % de transmission de rapports par les formations sanitaires au cours du mois précédent, un résultat qu'elles considèrent clairement prioritaire.²

Quoique le personnel préfectoral semblait avoir une bonne maîtrise des processus SNIS et de l'utilisation du DHIS2, il reste des lacunes en matière de compétences TIC plus pointues nécessaires au soutien et au maintien de l'infrastructure TIC aux niveaux régional et préfectoral. L'un des partenaires, le CRS, soutient le MS dans l'introduction d'un technicien TIC au niveau central (5 affectations au total), une initiative qui renforcera également l'équipe TIC du niveau central du MS.

Le niveau central manque par ailleurs de capacités statistiques et DHIS2 de plus haut niveau (c.-à-d. compétences SNIS plutôt que TIC). Bien que l'équipe SNIS centrale soit actuellement composée d'environ 10 commis statistiques permanents ou temporaires/internes, seuls deux ou trois d'entre eux ont les compétences techniques de base nécessaires à l'opération du DHIS2 ; il faudrait donc davantage d'expertise technique DHIS2 de plus haut niveau au sein de l'équipe SNIS, ce qui permettrait à la fois l'établissement des systèmes et processus et l'encadrement du personnel subalterne.

² Dans le DHIS2, les deux DPS font en réalité état de moins de 100 % de complétude, mais cela est dû au fait que dans les deux cas, le canevas intégré pour CS avait été rattaché à une formation sanitaire autre qu'un Centre de Santé étatique.

Processus de formation et de supervision

La formation initiale dispensée lors du déploiement du SNIS (à travers une approche en cascade) semble robuste. Sur demande, le personnel des Directions préfectorales a confirmé sa maîtrise des processus DHIS2 clés, incluant la préparation de rapports DHIS2 simples, ainsi que sa compréhension adéquate des concepts DHIS2 de base et des processus SNIS en général. Le gestionnaire de la formation sanitaire visitée a fait preuve d'une très bonne compréhension de l'outil de production de rapports/Canevas et des processus SNIS en général (quoique le personnel des différents secteurs ne semblait pas comprendre de façon aussi claire comment les chiffres relatifs à leur domaine d'intervention s'intégraient dans le processus global). L'absence des manuels d'utilisateurs du DHIS2 a été constatée — quoique ces derniers aient apparemment été préparés, il n'a pas été possible d'en obtenir copie et aucun des sites visités n'a été en mesure d'en présenter un exemplaire.

Toutefois, bien que la formation initiale ait été robuste, elle ne semble pas pour l'instant systématiquement suivie d'une supervision et d'un mentorat de routine. Certains exercices ponctuels de supervision ont bien été menés par les équipes centrales, mais il n'y a pas encore eu organisation adéquate de visites de supervision mensuelles de routine par les équipes régionale et préfectorale. Un ensemble de grilles de supervision du SNIS a été développé en 2015, mais celles-ci, qui semblent avoir été compilées avant le déploiement du DHIS2 ; du Canevas intégré ; du *Manuel de Procédures* ; et, des *Manuels de Validation des Données*, devraient faire l'objet d'actualisation.

L'un des gestionnaires préfectoraux a mentionné cette absence de procédures et de grilles standardisées de supervision du SNIS/DHIS2 comme l'un des plus importants défis auxquels sa Direction était actuellement confrontée. Ainsi, malgré un nombre limité de visites de supervision de routine du SNIS (c.-à-d. de niveau préfectoral) actuellement menées, le personnel a rapporté que, lorsque celles-ci avaient cours et en raison de l'absence de procédures et d'outils structurés d'orientation des travaux, elles n'étaient ni en mesure de déceler plusieurs des difficultés rencontrées, ni de compiler des données consolidées d'assurance qualité à travers le SNIS d'une préfecture ou d'une région donnée.

Utilisation des données

Puisque le déploiement du DHIS2 en est aux toutes premières étapes, l'exploitation des données DHIS2 de niveaux préfectoral, régional et national reste relativement rudimentaire. Plusieurs facteurs freinent actuellement une utilisation plus active des données DHIS2 par le personnel du MS et les partenaires, soit :

- La présence de processus parallèles de collecte des données, sous Excel ou EpiInfo, au sein plusieurs programmes (voir la section « Gouvernance » ci-dessus) laisse supposer que les données DHIS2 sont moins récentes, voire une copie inférieure des données générées par ces processus, et que, conséquemment, les rapports DHIS2 seraient peu fiables pour une exploitation de routine.
- Le MS ne dispose d'aucun rapport de performance DHIS2 standardisé susceptible d'être utilisé à des fins de redevabilité des niveaux infranationaux. Les Directions régionales et les préfectorales compilent généralement leurs propres rapports, qui sont ensuite transmis au niveau central, ce qui leur permet à la fois de déterminer la teneur des données soumises et d'exploiter des sources de données autres que le DHIS2 — une façon de faire qui tend à réduire leur incitation à s'assurer que les données DHIS2 sont exactes et à jour.

Afin de renforcer la confiance dans les données DHIS2, il est extrêmement important que le DHIS2 devienne le seul dépositaire commun des données sur l'ensemble des programmes et que les rapports DHIS2 standardisés soient utilisés à des fins de rapports sur la performance.

De façon encourageante, les compétences essentielles nécessaires à l'analyse et à l'utilisation des données DHIS2 semblent disponibles au niveau préfectoral – le personnel statistique des deux DPS visitées a été en mesure non seulement d'éditer les tableaux de bord DHIS2, mais aussi de procéder à une analyse descendante afin d'examiner certaines questions spécifiques, ce qui permet de conclure que les capacités de base en analyse semblent en place et pourront être exploitées une fois la confiance dans les données DHIS2 établie. Au niveau national toutefois, la SSIS ne dispose que de capacités très limitées d'analyse DHIS2 (voir les constats de la section « Ressources humaines » ci-dessus). Seuls quelques rapports/rétroactions sont actuellement transmis aux formations sanitaires ; vu ces circonstances, le développement de rapports/tableaux de bord standardisés de rétroaction mensuelle aux formations sanitaires pourrait avoir un « impact rapide » en contribuant à motiver le personnel des formations et à renforcer la qualité des données.

Les *Directives des Réunions de Revue des Données* ont été élaborées afin de soutenir l'exploitation des données à des fins de gestion de la performance et de guider les revues trimestrielles de la performance à tous les niveaux. Ce manuel, qui est exhaustif (31 pages), mais également fort complexe, fournit des directives générales de niveau relativement élevé (par ex. un cadre générique d'élaboration de questions prioritaires plutôt qu'un ensemble de questions spécifiques adaptées au contexte guinéen), et demande donc une préparation supplémentaire avant la tenue des revues de la performance en elles-mêmes. (Les dernières revues trimestrielles de la performance menées par le Comité Technique de Coordination (CTC) n'ont d'ailleurs pas été basées ces Directives, mais plutôt sur un modèle plus simple préparé localement). Ainsi, quoique ces Directives puissent fournir un cadre adéquat aux travaux à venir, il paraît nécessaire d'avoir en main des outils de gestion de la performance beaucoup plus concrets, incluant des tableaux de bord DHIS2 spécifiques destinés aux revues trimestrielles.

Formulaires de collecte des données et processus

Au niveau des formations sanitaires

Un excellent travail de revue et de compilation des formulaires disparates attachés aux rapports du SNIS en un seul livret (Canevas) a été effectué afin que chaque niveau de la pyramide sanitaire (ASC Agent de santé communautaire, Centre de Santé, Hôpital préfectoral/ Régional, Canevas CMC/CSA, Hôpital National) dispose d'un seul livret intégré à compléter chaque mois. Ceci simplifie considérablement les tâches associées à la production de rapports ; permet de s'assurer que les dernières versions des formulaires sont bien utilisées ; et, de vérifier qu'il ne manque aucun formulaire individuel lors de la soumission mensuelle.

L'absence de feuilles de pointage officielles a été notée, alors que celles-ci pourraient aider le personnel à compiler les chiffres totaux des registres à inscrire au Canevas. Dans la formation sanitaire visitée, le personnel avait conçu ses propres instruments et processus de pointage, mais ces derniers présentaient certaines limites qui ont affecté la qualité des données (c.-à-d. ne capturaient pas l'ensemble des catégories, ce qui a entraîné l'utilisation de symboles abrégés).

Il faut également souligner qu'initialement, le jeu complet des formulaires insérés dans chaque Canevas avait été configuré au DHIS2 sous forme de formulaire unique. Quoique ceci simplifie la saisie des données, il devient alors impossible d'évaluer l'exhaustivité des rapports DHIS2 formulaire par formulaire – le DHIS2 ne permettant que de vérifier si *une part quelconque* d'un Canevas a été complétée, ou aucune. Deux programmes ont d'ailleurs déjà demandé que leurs formulaires fassent l'objet d'une configuration DHIS2 distincte afin de pouvoir vérifier l'exhaustivité et, à moyen terme, il pourrait s'avérer prudent d'appliquer cette mesure à l'ensemble des formulaires. Toutefois, il reste important que le MS

maintienne sa stratégie d'utilisation d'un seul Canevas contenant tous les formulaires SNIS puisque cet aspect représente actuellement l'une des forces tangibles du Système.

Toutefois, le canevas intégré contient un fort volume d'éléments de données, et il serait probablement opportun d'alléger plus avant la charge des formations sanitaires et des DPS en réduisant le nombre de points de données non essentiels actuellement collectés. L'allègement se fera à travers l'intégration des centres de santé et certaines structures privées pour diminuer la charge de saisie dans les DPS. Toutefois, il devrait s'agir d'un objectif à plus long terme, alors que l'accent actuel porte à juste titre sur une implantation et une opérationnalisation correcte du Canevas existant.

Au niveau communautaire

Le *Plan Stratégique de Santé Communautaire* prévoit la restructuration sur cinq ans des services communautaires (2018 – 2022) à travers d'une part, le remplacement du réseau actuel de travailleurs communautaires (relais communautaires – RECO ; agents techniques de santé – ATS) par une équipe d'agents de santé communautaire (ASC) professionnels et recrutés sur place, et, d'autre part, le déploiement d'un paquet intégré d'interventions communautaires en lieu et place des différentes initiatives verticales actuellement menées par les travailleurs communautaires. Le *Plan* inclut une mise en œuvre graduelle et par étapes qui reflète l'ampleur de la réforme en cause.

Le *Plan* prévoit également le développement d'une base de données des travailleurs communautaires et l'intégration des rapports des ASC dans le SNIS national. Des travaux ont été entrepris afin d'introduire la collecte de données communautaires au SNIS et au DHIS2, avec l'élaboration d'un formulaire papier révisé (Canevas) et de son pendant informatisé au DHIS2. Toutefois, quoique cette initiative satisfasse aux besoins immédiats en matière de rapports communautaires, il reste extrêmement important qu'une cartographie détaillée des processus et des exercices d'identification des besoins soient menés avant l'initiation de travaux de développement d'une solution à plus long terme. La Guinée participe d'ailleurs à une initiative ouest-africaine plus large axée sur le SNIS communautaire conduite avec le soutien de l'UNICEF, du PMI et de l'Université d'Oslo ; il s'agit d'une excellente occasion de faire appel à une expertise externe en soutien à cette évaluation et aux travaux de conception et de développement subséquents.

Plateforme SNIS (DHIS2)

Au sens large, le SNIS est composé d'un éventail de systèmes distincts, qui en sont à différentes étapes de mise en œuvre, notamment :

- Le DHIS2 aux fins de collecte et de production des rapports SNIS de base.
- Le iHRIS qui gère les données relatives aux ressources humaines/à la main-d'œuvre.
- Le eLMIS consacré à la chaîne d'approvisionnement/aux aspects logistiques.

Compte tenu du peu de temps disponible, seule la composante DHIS2 a été examinée.

Serveurs et hébergement

Le MS de Guinée utilise la version 2.28 du DHIS2. L'hébergement des serveurs DHIS2 est assuré par deux sociétés commerciales locales (une entreprise d'hébergement de serveurs et une entreprise d'assistance technique pour l'entretien des serveurs virtuels, etc.). Les sauvegardes hors site sont automatiquement générées toutes les nuits et transférées sur les serveurs du MS. Le recours à des fournisseurs commerciaux peut paraître très coûteux, mais en raison de son envergure et de son expertise, la société d'hébergement est en mesure de garantir un niveau élevé de disponibilité (temps d'indisponibilité minimal) des serveurs DHIS2. À long terme, la revue par le Gouvernement des dispositifs d'hébergement pourrait s'avérer rentable, mais outre des considérations de financement, les modalités actuelles d'hébergement paraissent sécuritaires et fiables.

Sécurité

La configuration de l'utilisateur est très simple, avec un choix limité à quelques rôles génériques. Par exemple, l'ensemble de la collecte de données est uniquement couvert par deux rôles d'utilisateurs, soit « Opérateur de saisie » pour la collecte de données SNIS de base et « Surveillance épidémiologique » pour la collecte de données de surveillance. Ces deux rôles, qui impliquent un large éventail de jeu de données/programmes et autorisations, permettent la gestion de l'ensemble des travaux effectués par le personnel. Bien que cette configuration soit sécuritaire, il n'en reste pas moins qu'elle autorise la plupart des utilisateurs à un accès plus large que réellement nécessaire — par exemple, tous les utilisateurs peuvent créer des rapports, tableaux de bord et protocoles de validation « publics », ce qui risque, au fil du temps, d'entraîner la disponibilité à l'ensemble des utilisateurs d'un nombre écrasant d'items « publics ». Cette configuration pourrait être renforcée par l'application d'une approche plus pointue au rôle d'utilisateur, avec l'introduction d'un ensemble de rôles par « module » accessibles en fonction des besoins — il pourrait s'agir par exemple d'un rôle de « création de rapports publics » qui ne serait ouvert qu'aux utilisateurs qui en font réellement usage.³

Il ne semble pas y avoir de mises à jour actives des utilisateurs. Ainsi, sur les quelque 1000 utilisateurs et plus, près de la moitié ne se sont pas connectés depuis plus d'un an et leur compte devrait idéalement avoir été désactivé. En outre, deux rôles, avec plus de 70 utilisateurs, ont accès à « toutes » les autorisations (ce qui leur permet de modifier les différents aspects du système, incluant les autres utilisateurs) ; parmi ces derniers, près de 30 ne se sont pas connectés depuis plus de six mois. Ceci pose un risque à la sécurité, alors que l'accès de ces utilisateurs à « toutes » les autorisations pourrait probablement être remplacé par un ensemble plus spécifique de rôles limités qui permettent la

³ Il faut mentionner que les versions DHIS2 ultérieures (2,29 et 2,30) apportent des modifications significatives à la configuration des rôles et groupes d'utilisateurs. Par conséquent si la Guinée envisage de mettre à niveau sa version du DHIS2 dans un avenir prochain, il serait utile d'attendre la fin de la mise à niveau avant de revoir les rôles d'utilisateurs.

configuration du DHIS2, mais n'autorisent pas l'accès à des fonctions hautement sécuritaires, telles que l'édition d'autres utilisateurs. Il est probable que cette absence de gestion des utilisateurs soit attribuable à un manque de ressources : comme noté plus haut, l'équipe SSIS ne dispose pas encore de l'expertise DHIS2 nécessaire à la conduite de ce type de tâche. Ceci pourrait être résolu à travers à la fois le renforcement de l'équipe SSIS et le développement de procédures opérationnelles normalisées de gestion des utilisateurs du DHIS2 (incluant l'examen de routine de l'ensemble des comptes d'utilisateurs).

L'autre problème de sécurité relevé porte sur l'accès « public », par défaut, aux fonctions de lecture/écriture des programmes et ensembles de données, ce qui signifie que n'importe quel utilisateur est en mesure de modifier la configuration des formulaires intégrés au système (les formulaires TB font ici figure d'exceptions puisqu'ils ont été verrouillés). Les chances que cela se produise restent faibles, puisque seuls les utilisateurs qui maîtrisent l'interface DHIS2 pourraient procéder en ce sens, mais puisque les conséquences pourraient ici s'avérer relativement sérieuses, il est important que l'accès « en écriture » aux métadonnées des formulaires soit retiré.

Hiérarchie des unités d'organisation

La hiérarchie des unités d'organisation, qui relève d'une structure géographique classique, a été adéquatement mise en œuvre, avec le positionnement correct de l'ensemble des formations sanitaires (même les hôpitaux régionaux et nationaux) au sein de cette répartition géographique. En fait, outre les établissements étatiques, les cliniques privées et indépendantes ont également été introduites au DHIS2, ce qui a permis de les inclure à la surveillance de routine (toutefois, elles ne soumettent pas de rapports SNIS).

Quoiqu'en Guinée chaque Poste de Santé fasse rapport à un Centre de Santé, cette subordination n'est pas distinguée dans la hiérarchie des unités d'organisation DHIS2 — les deux sont placés côte à côte à titre de « formations sanitaires ». Il y a probablement de bonnes raisons à cette décision initiale, mais il pourrait s'avérer pertinent de reconsidérer cette structure et de déplacer les Postes de Santé vers un cinquième niveau, sous les Centres de Santé : ceci rendrait clair le cheminement des rapports transmis par chaque Poste de Santé au Centre de Santé correspondant ; permettrait de différencier les données respectives saisies (une recommandation formulée ci-dessous à la section « Qualité des données ») ; et, ne nuirait pas à une agrégation automatique aisée des chiffres totaux relatifs à chaque Centre de Santé. Il faut noter que, malgré l'exhaustivité probable de la liste des Centres de Santé, il pourrait y avoir certaines lacunes dans la liste des Postes de Santé — au cours des visites terrain, une DPS a signalé la présence effective de 35 Postes de Santé contre 31 seulement inscrits au DHIS2.

Le DHIS2 demande la classification obligatoire des unités d'organisation en fonction : du « type » de formation sanitaire et de sa « propriété ». La rubrique « type » semble avoir été saisie avec succès puisqu'elle est utilisée dans les rapports/tableaux de bord contrairement à la « propriété » des installations, qui n'a pas été alimentée de façon systématique ou alors avec l'ajout de groupes non mutuellement exclusifs (par ex. « privé » et « privé rapporteur paludisme »), ce qui a entraîné dans certains cas la classification accidentelle d'une formation sanitaire dans deux groupes distincts.⁴ Il paraît donc pertinent que toutes les unités d'organisation procèdent à une classification adéquate au titre de la rubrique « propriété de l'établissement », ce qui permettrait aux rapports et tableaux de bord DHIS2 de distinguer plus facilement les activités étatiques et non étatiques.

⁴ L'exécution du module administration des données/intégrité des données générera une liste d'« Unités d'Organisation violant les ensembles de groupes mutuellement exclusifs ».

Qualité des données

Un *Manuel Opérationnel de Procédures pour la Validation des Données* a été élaboré pour chaque niveau de la pyramide sanitaire, avec une description claire des étapes de routine à franchir pour la validation des données, incluant un « algorithme » (diagramme) de validation facile à suivre. Bien qu'à l'état d'ébauche, ces documents demeurent précieux puisqu'ils sont suffisamment succincts/brefs pour une utilisation de routine par le personnel de première ligne.

(Il convient de noter que les manuels de validation préfectoraux et régionaux prévoient des étapes au cours desquelles le personnel peut « corriger » les incohérences ou les données erronées. La meilleure pratique consisterait toutefois à demander aux niveaux subalternes de corriger les erreurs « à la source » puis de resoumettre, en s'assurant que les corrections sont effectuées par les agents les plus familiers avec les données et que le personnel de première ligne conserve la propriété et la responsabilité de la qualité des données fournies par leur formation sanitaire. Puisque les manuels de validation en sont encore à l'étape « d'ébauche », il pourrait s'avérer utile de revoir cet aspect avant leur diffusion.)

Une évaluation de la qualité des données devait être introduite à l'outil de Mesure de la Disponibilité et de la Capacité Opérationnelle des Services (*Service Availability and Readiness Assessment — SARA*), mais celle-ci n'était pas encore disponible au moment de la préparation de ce rapport. Quoique le temps dévolu à l'évaluation rapide n'ait pas permis la conduite d'un exercice complet de vérification des données, des contrôles de qualité aléatoires ont été effectués sur quelques formulaires DHIS2 en suivant les pistes d'audit, c'est à dire depuis le niveau préfectoral jusqu'aux documents sources détenus par un Centre de Santé, avec les conclusions suivantes :

- De façon générale, l'utilisation d'un seul Canevas par établissement sanitaire rend la piste d'audit très claire et contribue à réduire les lacunes dans la production de rapports relatifs à certaines zones de santé spécifiques.
- Il n'existe aucune feuille de pointage officielle structurée, et le personnel improvise à l'aide de ses propres outils non structurés, ce qui accroît le potentiel d'erreur. Le suivi de la piste d'audit a permis de constater, sur l'outil de pointage improvisé par l'établissement, l'absence d'une désagrégation clé et le personnel s'est montré incapable de démontrer comment les données finales relatives à cette désagrégation avaient été renseignées à partir du Canevas (il est possible qu'elles aient été simplement estimées).
- En raison des échéanciers de transmission, les centres de santé ne reçoivent souvent pas les soumissions des postes de santé à temps pour les inclure dans leurs rapports à la préfecture. Ceci se traduit probablement par la présence de lacunes importantes dans l'exhaustivité des statistiques sanitaires des Postes de Santé. Toutefois, ces lacunes restent invisibles puisque tous les chiffres (ceux du Centre de Santé et des Postes de Santé affiliés) sont saisis sous forme de total unique pour le Centre de Santé lui-même — en d'autres termes, un Centre de Santé pourrait démontrer une complétude à 100 % des données, alors qu'en fait, certains rapports des Postes de Santé sont manquants.
- Sans un processus structuré de supervision du SNIS (voir ci-dessus), les problèmes de qualité des données qui surviennent ne sont pas corrigés et s'intègrent graduellement à la pratique quotidienne.

Le DHIS2 a fait l'objet d'un déploiement national et la complétude des rapports relatifs au Canevas intégré est déjà très bonne — avec 90 pour cent dans six des huit régions et 87 pour cent de façon générale. La ponctualité des rapports est un peu plus faible, mais elle s'améliore de façon constante (depuis 33 pour cent en mai à 63 pour cent en septembre). Une campagne efficace est actuellement menée afin d'améliorer encore davantage les taux de complétude et de ponctualité ; toutefois, comme

souligné plus haut, ces taux pourraient masquer des problèmes d'absence/de retard de soumission des données des Postes de Santé et il est extrêmement important que cette question soit également résolue.

Recommandations en matière d'investissements supplémentaires dans le SNIS

1. Renforcer la capacité du MS à gérer le SNIS à l'aide de procédures opérationnelles normalisées et d'outils de soutien

Soutenir un programme majeur de développement et de documentation d'une gamme complète de procédures opérationnelles normalisées et d'outils plus détaillés de gestion et d'utilisation du DHIS2 ainsi que de supports papier, ceci sur la base des travaux déjà effectués dans le cadre du *Manuel de Procédures de Gestion de l'Information Sanitaire* et des autres standards. Certains aspects de cette proposition figurent déjà au Plan de travail SNIS 2018 (par ex. procédures afin de compléter le Canevas), mais l'investissement de ressources supplémentaires dans la documentation au niveau central pourrait aider le MS à mieux assumer de nombreux aspects courants/de routine du SNIS actuellement gérés à travers les partenaires. Par exemple :

- L'introduction de politiques et de procédures opérationnelles normalisées simples et claires destinées à la gestion de routine des utilisateurs et des unités d'organisation du DHIS2 permettrait de soutenir à la fois l'appropriation de ces processus par le MS et le transfert des tâches DHIS2 routinières à un personnel subalterne du MS.
- L'introduction de politiques et de normes d'approbation et de mise à l'épreuve des outils DHIS2 (formulaire, tableaux de bord/analytiques) et d'une convention à dénomination claire favoriserait non seulement l'assurance qualité et la cohérence des travaux de développement menés par les différentes équipes (par ex. SSIS + CRS et ANSS + RTI), mais aussi la réduction des erreurs et des incohérences dans les systèmes déployés.
- L'introduction de procédures opérationnelles normalisées en soutien aux utilisateurs et d'un système de suivi des problèmes permettrait à davantage de personnels subalternes de résoudre rapidement, dès qu'ils surviennent dans les préfectures, les problèmes simples relevant du DHIS2 et des TIC, mais aussi au personnel central du MS de mieux appréhender les problèmes non résolus ou fréquents.

Ce programme de travail, combiné à des formations en soutien à son déploiement, pourrait améliorer considérablement la capacité du MS à assurer la gestion de routine du SNIS/DHIS2 sans le soutien des partenaires.

2. En ligne avec le *Plan Stratégique de Santé Communautaire*, entreprendre une expansion majeure du SNIS et du DHIS2 afin d'y inclure les services de santé communautaire

Comme souligné plus haut, le *Plan Stratégique de Santé Communautaire* prévoit l'introduction au SNIS des rapports produits par les ASC. Afin de contribuer à l'atteinte de cet objectif, les mesures suivantes sont recommandées :

- Le *Plan stratégique* prévoit la mise en service d'une « base de données des ASC » ; il est recommandé qu'au lieu de développer pour ce faire un système distinct, l'on utilise cette opportunité pour examiner la possibilité d'introduire cette base de données au DHIS2.⁵ Ceci garantirait une intégration étroite de cette base de données et du SNIS-ASC et aiderait à s'assurer

⁵ Puisque le nombre d'ASC peut varier rapidement, il n'est pas recommandé de les intégrer à la hiérarchie des unités organisationnelles DHIS2, mais il existe d'autres options DHIS2 pour ce faire, telles qu'un programme Tracker de gestion des ACS.

qu'à moyen terme, le MS lui-même serait en mesure de maintenir/modifier la base de données ASC.

- Selon les flux actuels de données, les formulaires complétés par les travailleurs communautaires sont transmis au niveau préfectoral pour agrégation et saisie des données ; il paraît toutefois important, dans une perspective d'appropriation et de qualité des données à plus long terme, que les formations sanitaires elles-mêmes soient impliqués dans l'agrégation, la revue et l'approbation des données ASC, ceci avant que celles-ci ne soient acheminées au niveau préfectoral. Si le volume de données est trop élevé pour ce faire, il conviendrait d'explorer à la fois une réduction du volume de données collectées par les ASC et l'introduction pilote de rapports mobiles/électroniques pour les ASC.

Puisque le *Plan Stratégique de Santé Communautaire* fait l'objet d'un déploiement progressif sur plusieurs années, il pourrait s'avérer utile, plutôt que de se concentrer sur un seul processus de collecte des données couvrant à la fois les équipes communautaires et les nouveaux ASC, de développer les éléments communautaires du SNIS à travers de **deux sous-systèmes distincts** :

1. Une simple incorporation du processus existant de collecte de données ATS/RC au DHIS2 préfectoral (ce travail est déjà en cours afin de satisfaire aux besoins immédiats en matière d'établissement de rapports).
2. Un processus révisé et plus sophistiqué de collecte des données et de production rapports pour le nouveau cadre de professionnalisation des ASC, qui serait basé sur le paquet communautaire intégré d'interventions et déployé uniquement dans les zones où ce nouveau cadre ASC est en place ; ce second sous-système pourrait également offrir l'option collecte des données rapports électroniques en s'appuyant sur les projets pilotes déjà menés avec des téléphones et des tablettes.

Puisqu'il s'agit effectivement d'une composante SNIS complètement nouvelle, il est extrêmement important que le développement de ce second sous-système soit effectué suivant les meilleures pratiques : en consultation étroite avec les utilisateurs et les parties prenantes ; à partir d'une identification claire des avantages ciblés ; suite au recensement des besoins et exigences fonctionnels ; dans une perspective d'adaptabilité ; et, à travers la conduite d'une phase pilote rigoureuse avant l'expansion.

Il faut souligner qu'en raison de la diffusion fin 2017 seulement du *Plan Stratégique de Santé Communautaire*, les travaux portant sur les aspects communautaires du SNIS n'apparaissent pas encore au *Plan Stratégique de Renforcement du SNIS* ; la revue à mi-parcours fournira une bonne opportunité d'incorporation de ces travaux dans ledit Plan.

3. Appliquer les processus nationaux et les outils structurés de supervision du SNIS

Soutenir un programme exhaustif de travaux destinés à renforcer la supervision du SNIS au niveau de la préfecture, des formations sanitaires et des communautés. La supervision devrait porter non seulement sur l'inventaire du personnel, des formations et des équipements, mais aussi, idéalement, sur l'évaluation des compétences des prestataires et du respect des politiques et procédures, ceci de façon à ce que les constats tirés de la supervision puissent orienter les formations et le mentorat dans l'avenir.

Ce programme de travail serait idéalement soutenu par un partenaire disposant d'une solide expérience en amélioration de la qualité et encadrement des programmes de supervision — plutôt que d'une expertise se limitant au SNIS — et pourrait comprendre les éléments suivants :

- Faire la synthèse des compétences essentielles nécessaires à l'opération du SNIS à chacun des niveaux, sur la base du *Manuel de Procédures de Gestion de l'Information Sanitaire* et du *Plan Stratégique de Santé Communautaire*.
- Développer, implanter de façon pilote et mettre à l'échelle de nouvelles grilles de supervision et les processus afférents, sur la base de ces compétences, du *Manuel de Procédures*, des manuels de validation et des procédures opérationnelles normalisées DHIS2 détaillées (voir ci-dessus).
- Introduire de façon pilote une version électronique de ces grilles de supervision (possiblement à travers les applications DHIS2 sous Android) afin de favoriser une saisie, une compilation et un suivi faciles des constats et des scores établis lors des visites de supervision DHIS2.
- À plus long terme, collaborer avec l'équipe en ressources humaines du MS afin de s'assurer que les compétences SNIS nécessaires sont intégrées au cadre de gestion des ressources humaines (déclarations sur l'emploi, plans de formation, etc.) et introduites à la formation initiale.

La formalisation et le renforcement des processus SNIS de supervision seront essentiels non seulement à l'identification et à la prise en compte des lacunes de formation, mais également à l'intégration des normes et politiques dans la pratique quotidienne et la mise en place d'une culture solide de qualité des données (voir ci-dessous).

4. Renforcer les ressources humaines affectées au SNIS

- **Intégrer des experts DHIS2 au sein des unités du MS (moyen terme seulement)** : afin de compléter l'expertise externe disponible à travers les partenaires, introduire un petit nombre d'experts DHIS2 au sein de la SSIS et des directions régionales afin d'encadrer et de soutenir le personnel du MS, mais aussi de faciliter (si approprié) la décentralisation des processus de routine tels que la création d'utilisateurs et la gestion des unités d'organisation. Cette intervention à moyen terme pourrait, si elle est associée au renforcement des normes, outils et procédures opérationnelles normalisées DHIS2 dont il est fait mention ci-dessus, renforcer la capacité à plus long terme du MS à s'approprier et à gérer le DHIS2 sans soutien direct des partenaires.
- **Renforcer la capacité de configuration et d'administration du DHIS2 au sein du MS** : il s'agira ici de tirer parti de la formation déjà dispensée pour renforcer plus avant la capacité du MS à administrer et à configurer le DHIS2 ; il est important que cette formation ne soit pas prodiguée avant que les experts DHIS2 aient été intégrés aux unités clés du MS, afin de s'assurer que toute formation est immédiatement suivie d'un mentorat étroit et de soutien aux stagiaires.
- **Renforcer la capacité analytique et l'utilisation des données aux niveaux régional, préfectoral et des formations sanitaires** : à l'aide d'une approche « de la donnée à l'action », renforcer la capacité de l'ensemble du personnel à utiliser les rapports, les cartes et les tableaux de bord du DHIS2. (Pour plus de détails, reportez-vous à la section "Qualité et utilisation des données" ci-dessous.)

5. Renforcer la budgétisation et les acquisitions gouvernementales afin de rendre l'infrastructure SNIS et TIC plus durable

Afin de résoudre les problèmes de maintenance et de durabilité des TIC identifiés ci-dessus, entreprendre un programme à long terme de travaux destinés à :

- Renforcer la budgétisation et l'acquisition de TIC de façon à mieux prendre en compte les coûts récurrents associés aux TIC et plaider pour leur intégration au budget du MS.
- Explorer des modèles alternatifs d'acquisition de TIC (par ex. contrats intégrés d'acquisition + maintenance).

Dans l'intérim, pendant l'introduction de ces mesures, ***il sera important de sécuriser le financement des partenaires destiné aux TIC, aux consommables nécessaires au SNIS (particulièrement l'impression du Canevas), et au remplacement de l'équipement.*** Cet aspect pourra être relié aux dispositifs de Financement Basé sur les Résultats (FBR), avec un suivi de la disponibilité de l'infrastructure TIC dans les zones d'implantation du FBR, comparativement aux autres, afin de démontrer les avantages de la décentralisation financière.

6. Encourager une culture de qualité des données et d'utilisation de données

L'amélioration marquée de la qualité des données et l'utilisation des données ne relèvent pas uniquement des outils ou processus techniques, tels que les règles de validation automatisées ou la tenue de réunions régulières pour examiner les rapports, mais aussi des changements apportés à la culture organisationnelle sous-jacente, notamment à travers une emphase sur l'importance de la correspondance entre « les données » et « la situation effective sur le terrain ». Pour encourager cette culture, il faut expliquer l'impact de réel de l'utilisation de données de qualité, puis renforcer ce message avec des incitations concrètes à la production de données de bonne qualité (avec les conséquences générées par des données de piètre qualité).

Les stratégies nécessaires à l'atteinte de ce changement de culture sont notamment les suivantes :

- **Intégrer les responsabilités de rapports et de qualité des données aux cadres cliniques**, en s'assurant que les gestionnaires et les prestataires (plutôt que le personnel S&E, SNIS ou de saisie des données) sont responsables de la présentation des rapports SNIS/de performance au moment des réunions et aussi responsables de la qualité des données.
- **Développer des rapports de performance DHIS2 normalisés pouvant être utilisés lors des revues de la performance par les CTC, CTRS et CTPS**, ce qui permettrait une évaluation de la performance des directions régionales, des directions préfectorales et des formations sanitaires *uniquement* sur la base des données SNIS respectivement soumises (une forte incitation à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données DHIS2, en particulier pour les programmes de santé qui utilisent actuellement des systèmes Excel parallèles).
- **Renforcer la capacité analytique et l'utilisation des données aux niveaux régional, préfectoral et des formations sanitaires** : à l'aide d'une formation « de la donnée à l'action », renforcer la capacité de l'ensemble du personnel (et non uniquement du personnel SNIS) à utiliser les rapports, les cartes et les tableaux de bord du DHIS2. Afin de rendre cette formation concrète et de s'assurer que le personnel est incité à une mise en application immédiate, la formation pourrait tout d'abord être axée sur les rapports de performance DHIS2 pour les réunions CTC / CTRS / CTPS, au cours desquelles le personnel doit soumettre et interpréter des rapports de performance DHIS2 normalisés.
- **Lancer une campagne de communication pour souligner l'importance de la qualité et de l'utilisation des données**, ceci à l'aide de messages simples (« exhaustivité, ponctualité, exactitude ») et d'exemples concrets (impact réel de l'utilisation efficace des données) ; identifier et célébrer les meilleures pratiques au fur et à mesure de leur émergence.
- **Appliquer le processus de supervision SNIS de routine** décrit plus haut et introduire les résultats de la supervision SNIS aux évaluations de la performance. Ceci facilitera la mise en œuvre des politiques et des procédures SNIS développées et aidera à identifier et corriger les pratiques inadéquates de gestion et utilisation des données au fil du temps.
- **Entreprendre des évaluations formelles de la qualité des données** à mi-parcours (maintenant) et à la fin du *Plan Stratégique de Renforcement du SNIS*. Cela pourrait se faire soit à travers l'enquête SARA en cours, soit via une enquête distincte basée sur une méthodologie telle que la nouvelle *Data Quality Review Toolkit* (DQR).
- Lorsque des opportunités se présentent, **remanier les rapports et les outils SNIS (papiers et électroniques) à partir d'approches de conception axées sur l'utilisateur** et réduire de façon significative le volume des données collectées (particulièrement en matière de désagrégation).

7. Examiner les différentes options d'intégration au SNIS (et au DHIS2) de l'enregistrement et des statistiques de l'État civil (ESEC)

La Direction Nationale de l'État Civil (DNEC) et l'Institut National de la Statistique (INS) développent actuellement une feuille de route 2018 – 2020 pour l'enregistrement et les statistiques de l'État civil (ESEC) qui devrait guider les travaux à venir de renforcement de l'ESEC en Guinée. Au cours de la préparation de cette feuille de route, la possibilité de procéder à une intégration ESEC et SNIS/DHIS2 sera examinée et le MS aura l'opportunité d'aider à façonner cette intégration.

Les options examinées vont d'une utilisation du DHIS2 uniquement à des fins de suivi de l'ESEC aux plus hauts niveaux, à une intégration au SNIS d'aspects clés de l'enregistrement et de la production de rapports liés à l'ESEC. Cette dernière option pourrait s'avérer particulièrement avantageux pour les agents communautaires (ASC), qui joueront probablement un rôle essentiel dans l'ESEC, puisque leur travail serait considérablement simplifié si les rapports pouvaient être produits à travers un seul SNIS intégré.

8. Explorer la faisabilité d'une saisie des données au niveau des Postes de Santé

Comme souligné dans la section « Qualité des données » ci-dessus, il est possible que des lacunes importantes subsistent dans l'exhaustivité des données soumises par les Postes de Santé. La solution idéale à ce problème serait de saisir de façon distincte les données relatives à chaque Poste de Santé (ils sont déjà configurés au DHIS2 en tant qu'unités d'organisation, mais aucune donnée n'est enregistrée sous cette rubrique) ; ceci permettrait de suivre l'exhaustivité de leurs rapports (mais aussi une analyse séparée des activités des Centres de Santé et des Postes de Santé). Même si chaque Poste de Santé est également déplacé sous le Centre de Santé dont il dépend dans la hiérarchie des unités d'organisation DHIS2, il resterait possible de générer automatiquement des données agrégées pour chaque Centre de Santé.

Il faut toutefois noter que ces changements augmenteraient significativement le volume de formulaires devant être saisis par chaque DPS — par ex. dans les premières DPS rencontrées dans le cadre de cette évaluation rapide, le nombre de formulaires à saisir passerait de 12 à 48 par mois — et, par conséquent, cette mesure ne devrait être appliquée que si des ressources additionnelles sont disponibles dans les DPS.⁶

9. Utiliser le SNIS pour appuyer la surveillance de la redistribution des ressources humaines dans les régions et les préfectures

L'un des défis les plus importants du MS réside dans la répartition inégale des personnels de santé, avec une concentration de médecins et des autres prestataires médicaux en zone urbaine ; par conséquent, une meilleure répartition est actuellement considérée prioritaire par le PNDS et le projet de *Renforcement des Capacités et des Services de Santé en Guinée*. Cependant, l'introduction d'un système d'information sur les ressources humaines (SIRH), qui comprendrait une base de données sur le personnel du secteur santé en est à ses toutes premières étapes et le MS n'est actuellement pas en mesure d'assurer une surveillance de routine des changements dans la répartition de son personnel.

⁶ Il convient de noter qu'une interruption de la saisie de doublons dans les outils de collecte de données Excel spécifiques aux programmes devrait permettre de libérer un temps de saisie de données considérable pour le personnel de la DPS.

Jusqu'au déploiement d'un SIRH (HRIS) plus sophistiqué, il reste possible d'utiliser le SNIS et le DHIS2 pour un suivi mensuel ou trimestriel beaucoup plus sommaire des ressources humaines. Le Canevas intégré contient déjà des données sur le nombre de personnels actifs dans chaque équipe et chaque établissement ; contrairement aux hôpitaux, ces informations sont actuellement relativement complètes pour les Centres de Santé, (toutefois, les données n'indiquent pas clairement si les personnels du Poste de Santé ont été inclus aux chiffres relatifs au Centre de Santé). Si des travaux étaient effectués en collaboration avec la DNRH afin d'introduire au DHIS2 les repères pertinents (par ex. le nombre de personnels stipulés pour chaque type de formation sanitaire et les postes formels permanents « théoriquement » dévolus à chacun des niveaux), ces derniers pourraient être confrontés aux chiffres « réels » dégagés par le DHIS2, notamment à des fins d'analyse des écarts en matière de personnel, mais aussi fournir des indications précieuses sur le succès des efforts de redistribution du personnel du MS vers les régions dans le besoin. Il est important que ces travaux soient dirigés par la DNRH et appuyés par un partenaire disposant de l'expertise nécessaire en renforcement des systèmes de RH (plutôt que d'une expertise SNIS ou DHIS2).

Domaines dans lesquels des investissements supplémentaires ne semblent pas nécessaires

Les domaines suivants sont déjà bien couverts par les investissements actuels :

- **Gouvernance et planification du SNIS** : quoique ce domaine puisse toujours bénéficier de renforcements additionnels, les structures en place sont solides et les partenaires qui les appuient ont déjà prévu les compétences, les ressources et la planification qui contribueront à la poursuite de ces renforcements.
- **Infrastructure TI et compétences au niveau régional et préfectoral** : les ordinateurs et la connexion Internet ont déjà été déployés avec succès, deux personnels formés sont en place dans la plupart des DPS et le CRS finance un processus continu d'intégration de 43 spécialistes TI à l'équipe TI du MS et des DPS. Il faudra procéder à des formations supplémentaires du personnel de niveau préfectoral, mais les partenaires actuels accordent un soutien robuste à cet aspect et aucun investissement additionnel ne devrait être nécessaire.

NB : Pour la connexion c'est pas fiable

Pas de TIC au niveau préfectoral et régional et CRS finance 5 personnes sous contrat au niveau central,

La maintenance des outils TIC est un grand défis

Pour le paramétrage les sous préfectures ne le sont pas dans le DHIS2, il est prévu de paramétrer les indicateurs en conformité avec les nouveaux outils.

Prochaines étapes suggérées

Ce rapport d'évaluation rapide et les options d'investissement esquissées ci-dessus sont soumis au MS et au Groupe de travail SNIS pour examen. Si possible, elles seraient idéalement **discutées lors d'une réunion plénière du Groupe de travail SNIS**, afin que toute rétroaction et suggestion puisse être introduite avant la diffusion du rapport auprès d'un public élargi constitué des différentes directions du MS et des partenaires.

Puisqu'une évaluation à mi-parcours du *Plan Stratégique de Renforcement du SNIS* est en cours de planification, il est suggéré que le MS saisisse cette opportunité non seulement pour revoir, mais également pour **actualiser le Plan Stratégique de Renforcement du SNIS de façon à y introduire ces nouveaux investissements significatifs**, particulièrement à des fins d'extension du SNIS au niveau communautaire (un aspect qui n'apparaît pas actuellement au *Plan Stratégique de Renforcement du SNIS*).

Il est entendu que les plans relatifs à cette revue à mi-parcours ont déjà été élaborés et la Banque mondiale et le GFF seront heureux de participer aux arrangements actuels en vue de la tenue d'un atelier de revue. Le *Plan Stratégique de Renforcement du SNIS* révisé qui se dégagera de cet atelier devrait indiquer en détail **comment ces investissements seront mis en œuvre – en précisant les objectifs, les initiatives, les responsabilités et les coûts** – afin qu'ils puissent être intégrés au projet de *Renforcement des Capacités et des Services de Santé en Guinée*, qui débutera en 2019.

Bien qu'il soit peu probable que des fonds projet soient disponibles avant la fin de l'année, **l'une des interventions immédiates à fort impact consisterait à introduire un expert DHIS2 au sein de la SSIS (l'équipe SNIS)**, avec un mandat strict de renforcement de la capacité du MS plutôt que de configuration du DHIS2. Le recrutement dès maintenant de cet expert et son introduction adéquate au sein de la SSIS avant la fin de l'année contribueraient à faciliter la planification et la mise en œuvre des autres investissements mentionnés plus haut au cours de 2019. (Si nécessaire, ce travail pourrait faire l'objet d'un financement GFF de niveau central jusqu'à ce que les fonds projet soient disponibles).

Information sur le Document			
Auteur :	Samuel Johnson		
Objectif du document :	Présenter les constats de l'évaluation rapide du SNIS et formuler des recommandations pour les investissements futurs dans le SNIS.		
Suivi des modifications			
Éditeur	Date :	Nouvelle version :	Détails
Sam Johnson	17 juillet 2018		Ébauche partielle
Sam Johnson	9 septembre 2018		Mises à jour suite aux conversations téléphoniques avec le Dr Telly, les Fonds Mondial et le JHPIEGO
Sam Johnson	27 septembre 2018		Mises à jour prenant en compte la documentation additionnelle du Dr Telly et les apports tirés des discussions avec Ellen et Kimberly
Sam Johnson	24 octobre 2018		Ébauche pour revue interne par le GFF
Sam Johnson	21 novembre		Version finale (et traduction en français)