

Université de Montréal.
Faculté de Médecine.
Département d'administration de la santé.

Les besoins en informations de gestion des Systèmes locaux de
soins intégraux (SILAIS) de la République du Nicaragua.

TRAVAIL DIRIGÉ

Présenté par
M. Orozco

Septembre 1992.

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui ont permis la réalisation de ce travail:

- les professeurs du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, spécialement M. Claude Sicotte, professeur-conseiller;

- l'Association médicale pour l'Amérique latine et les Caraïbes (AMALC);

- mes collègues du CIES au Nicaragua;

- aux gestionnaires du Ministère de la santé;

- au personnel de l'Unité de santé internationale, de l'Université de Montréal;

- ma famille, spécialement Fidelina, si patiente...

Ce travail est pour vous, merci.

Montréal, le 8 septembre 1992.

TYPOLOGIES ET ABREVIATIONS

A.E.C.I.: Agencia española para la cooperación internacional (Agence espagnole pour la coopération internationale).

C.I.E.S.: Centro de investigaciones y estudios de la salud. C'est l'école de santé publique de l'Université nationale autonome du Nicaragua (U.N.A.N.).

MINSA: Ministerio de la salud (Ministère de la santé du Nicaragua).

O.P.S. Organización panamericana de la salud (Organisation panaméricaine de la santé). Organisme régional de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.).

PASCAP: Programa de adiestramiento en salud de Centroamérica y Panamá (Programme d'entraînement dans le domaine de la santé de l'Amérique centrale et le Panama). Institution de l'O.P.S.

SILAIS: Sistemas locales de atención integral a la salud (Systèmes locaux de soins intégraux).

SISNICA: Proyecto para el desarrollo del sistema de información sanitaria de Nicaragua (Système d'information sanitaire du Nicaragua).

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----|
| Remerciements..... | i |
| Typologies et abréviations..... | ii |
| TABLE DES MATIERES..... | iii |
| 1.- INTRODUCTION..... | 1 |
| 2.- CONTEXTE..... | 4 |
| 2.1 Le Ministère de la santé au Nicaragua..... | 4 |
| 2.2 Les SILAIS..... | 11 |
| 2.3 Les composantes pour développer les SILAIS..... | 13 |
| 2.3.1.- Le modèle de soins..... | 13 |
| L'espace territoire/population..... | 13 |
| L'infrastructure sectorielle..... | 13 |
| Les niveaux de soins..... | 14 |
| Les programmes de santé..... | 15 |
| L'approche basée sur les risques..... | 15 |
| L'orientation préventive des soins..... | 16 |
| 3.- LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL..... | 17 |
| 3.1 Le modèle de gestion..... | 17 |
| 3.2 Le système d'information..... | 18 |
| 3.3 Intégration des programmes spécialisés..... | 19 |
| 3.4 Participation communautaire..... | 20 |
| 3.5 Formation et qualification des ressources humaines..... | 21 |
| 3.6 Le système d'information existant..... | 22 |
| Place du système d'information du domaine de la santé..... | 22 |
| Structure et fonctions..... | 24 |
| Situation actuelle..... | 26 |
| 3.7 La conception du nouveau système d'information..... | 29 |

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| 4.- METHODES..... | 32 |
| 4.1 Les sources des facteurs clés de succès..... | 36 |
| 5.- LES RESULTATS..... | 39 |
| 5.1 Au niveau central du Ministère..... | 39 |
| 5.2 Au niveau opérationnel, les SILAIS..... | 42 |
| 6.- DISCUSSION..... | 51 |
| 7.- CONCLUSION..... | 60 |
| 8.- BIBLIOGRAPHIE..... | 66 |
| 9.- ANNEXES..... | 68 |

1.- INTRODUCTION.

Le rôle du gestionnaire est de susciter des actions conséquentes par rapport aux objectifs de l'organisation. Pour accomplir sa tâche, il a besoin d'information pour évaluer ce qu'il est en train de faire et prendre les décisions nécessaires pour améliorer la performance organisationnelle. L'information est donc une ressource majeure et essentielle au management d'une organisation, car elle influe directement sur l'action de ses managers tout comme sur le degré d'atteinte des objectifs. Un système d'information doit satisfaire les besoins en information de l'organisation et ceux de ses utilisateurs (Davis et al. 1986).

Au Nicaragua, le Ministère de la santé (MINSA) dans la perspective de restructuration du Système national de santé, a procédé récemment en 1991 à l'implantation et au développement de Systèmes locaux de soins intégraux (en espagnol SILAIS: Sistema local de atención integral a la salud). A l'intérieur de la proposition initiale des SILAIS, il est écrit que le système national d'information du domaine de la santé sera un support important pour la prise de décisions à tous les niveaux. On veut qu'il serve par ailleurs, comme un outil d'évaluation et de contrôle du Programme de soins intégraux de santé à développer dans les SILAIS. Pour aboutir au développement d'un tel système d'information, on a créé un Comité mixte Hispano-Nicaraguayen dans le cadre de l'École nationale de santé publique (Centro de investigaciones y estudios de la salud, CIES).

Le produit final de ces efforts pour définir un système d'information dans le domaine de la santé a été le Projet SISNICA (Système d'information sanitaire du Nicaragua), qui compte, autres le CIES et l'Agence espagnole pour la coopération ibéro-américaine (AECI), la participation du Ministère de la santé et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) (SISNICA, août 1991). C'est dans ce contexte que s'inscrit notre travail.

Le propos de la présente analyse est de procéder à l'identification des besoins en information pour la gestion qui vont être générés par les changements de la structure du Ministère, avec la stratégie des SILAIS. Notre travail vise à compléter l'analyse déjà faite par le Ministère à travers le SISNICA. Celle-ci a été faite au niveau global et d'un point de vue fortement influencé par le niveau central. Notre étude prend le point de vue local. Elle vise à analyser les besoins en information des gestionnaires des SILAIS, et à comprendre comment les paramètres fixés pour le nouveau système pourront améliorer la performance organisationnelle des SILAIS et ainsi contribuer à l'atteinte des objectifs fixés pour le plan stratégique du Ministère de la santé pour la période 1991-1996. La conception d'un système d'information pour le Ministère de la santé du Nicaragua doit remplir un processus de planification dont le principe général est l'articulation permanente entre le développement du système d'information et la stratégie du Ministère (Chokron, Reik, 1987). Le Ministère a défini les SILAIS comme étant la stratégie pour atteindre la transformation du système national de santé, étant données les actuelles conditions politiques, économiques et sociales au Nicaragua.

Le Ministère veut ainsi souligner l'importance du niveau local dans la gestion des ressources pour résoudre les problèmes de santé de la population, tout en augmentant son efficacité et son efficience (MINSAL-OPS, 1991). Il est important, donc, d'articuler le développement du système d'information avec celui des SILAIS.

Pour atteindre cet objectif nous utilisons la méthode des facteurs clés de succès, une approche employée couramment dans le monde des affaires. Elle commence à peine à être utilisée par les organisations de services de santé: (FCS ou CSF, en anglais) (Eni, 1989). Compte tenu de l'objectif du SISNICA qui est de proposer un système d'information adapté à la nouvelle structure du système national de la santé, c'est-à-dire les SILAIS, il faudra absolument déterminer quels sont les besoins en information pour bien gérer les SILAIS dans l'actuelle conjoncture socio-économique. Une fois identifiés, ces besoins seront présentés aux participants du SISNICA pour qu'ils puissent les considérer lors de la mise en oeuvre du système d'information qui sera mise à l'essai lors de la deuxième étape du projet. Nous voulons de cette manière faire notre contribution aux efforts investis au Nicaragua dans l'élaboration d'un système d'information qui assurera l'amélioration de la performance des SILAIS tout en augmentant leur efficacité et efficience, dans un contexte où les ressources sont de plus en plus rares et coûteuses et les besoins de santé de la population s'aggravent d'une façon alarmante.

2.- CONTEXTE.

2.1. Le Ministère de la santé du Nicaragua.

Depuis 1979, le Ministère de la santé a mis en place au Nicaragua un Système national de Santé basé essentiellement sur les activités développées par les différents niveaux des établissements et services de santé. Ce Ministère possède un réseau étendu d'unités de soins, constitué par les Postes de santé, les postes médicaux, les Centres de santé et les hôpitaux à vocations diverses. Ces établissements fonctionnent selon un ensemble de normes et de dispositions établies par le Ministère pour garder une unité technique et de commandement dans sa structure et dans son orientation.

Le but du Ministère, au moment de sa création, était d'augmenter la couverture des services et de renforcer la qualité des soins donnés à la population à travers le processus de régionalisation, le développement de la planification, la formation et la qualification des ressources humaines, l'éducation sanitaire et l'augmentation de l'infrastructure déjà en place.

Le début des années quatre-vingt connut une croissance accélérée des ressources dans le domaine de la santé: l'ouverture de nombreux postes et centres de santé ainsi que des hôpitaux à vocation variée; l'augmentation du nombre de techniciens et de professionnels de la santé et l'introduction dans le réseau de services de nouvelles technologies et équipements.

La capacité opérationnelle des services a aussi été améliorée par l'introduction de systèmes de gestion plus efficaces, situation qui permettra l'optimisation des ressources à tous les niveaux, face aux problèmes de la population nicaraguayenne.

En 1988 les conceptions, les méthodes et les approches établies ont été profondément révisées pour pouvoir interpréter et intervenir sur les déterminants de la santé. Ainsi, les restrictions budgétaires exigeaient un ajustement dans les politiques et dans l'organisation des services pour arrêter le processus de détérioration dû à la situation de guerre que l'on vivait au Nicaragua depuis 1981. Le résultat de ce processus de révision et d'adéquation a été le Plan de Santé 1988-1990, lequel renforçait l'autorité du Ministère de la santé sur le réseau de services et mettait de l'avant le développement du système national de santé et sa capacité de composer avec le processus social et économique du pays.

Au niveau de l'organisation du réseau de services de santé, on a développé les Systèmes territoriaux de soins dans le but de préparer les établissements à travailler en conformité avec la situation locale particulière à chaque territoire et assurer ainsi un meilleur impact sur l'état de santé de la population à moyen terme. Les résultats de ce processus peuvent être résumés à partir de la Résolution 75 du Ministère de la Santé (28 juin 1989), qui a mis l'accent sur l'organisation du premier niveau de soins de santé.

Cette résolution a créé 91 aires ou zones de santé qui sont devenues des structures administratives et de direction des services des unités de premier niveau. Ces structures opèrent en ce moment dans les municipalités qui constituent la division politico-administrative du pays.

Ces 91 aires de santé administrent les services municipaux d'une ou plusieurs municipalités. Ces services correspondent aux unités de soins suivantes:

- Postes de santé,
- postes médicaux,
- centres de santé et
- hôpitaux primaires.

Chaque service municipal est appelé à agir sur son territoire pour répondre complètement aux besoins de santé avec ses seules ressources, en coordination avec d'autres services municipaux et ceux du deuxième niveau de service.

Le deuxième niveau de soins de santé correspond aux hôpitaux qu'on a classifié en généraux et spécialisés. Dans ces hôpitaux ont été développés des efforts d'organisation tel que le diagnostic de complexité des soins hospitaliers, l'élaboration des propositions pour la classification et l'organisation des soins hospitaliers.

La fin des années quatre-vingt a été marquée par des limitations sévères dans le budget du secteur de la santé, à la suite de la crise économique et sociale du pays, laquelle a occasionné la détérioration de l'infrastructure physique et la diminution dans l'approvisionnement des médicaments et des ressources en général. On doit également mentionner les conséquences que la même crise économique a eu sur les conditions de vie de la population. On assiste au retour de problèmes de santé qui avaient déjà été contrôlés. Ces problèmes de santé ont augmenté la demande de la population pour les services de santé, des services qui sont déjà sous la pression des conséquences de la guerre: les réfugiés, les blessés, les handicapés et la destruction d'unités de santé dans les régions les plus touchées par le conflit.

En 1990, avec le nouveau gouvernement, la société nicaraguayenne a commencé le processus de pacification et de réconciliation du pays, après dix ans de guerre. Le Ministère de la santé a décidé de renforcer les services de santé pour répondre aux exigences de la nouvelle situation, à savoir, la demande de soins des démobilisés et des rapatriés. La fin de la guerre a permis de diriger l'effort national vers la reconstruction, particulièrement dans le secteur de la santé, là où on veut contrôler les causes et les facteurs de risque des maladies qui ont prévalu pendant ces années.

Le gouvernement du Nicaragua veut promouvoir un processus d'amélioration des conditions dans le domaine de la santé. Cet objectif transparaît dans la définition des orientations stratégiques du Ministère de la santé pour les années 1991-1996 (MINSAL, 1991), à savoir:

- mettre des efforts importants dans l'amélioration des conditions de santé de la population, surtout pour des groupes prioritaires (mère-enfant, anciens combattants, rapatriés, déplacés);
- maintenir la capacité de production des services et augmenter la couverture dans les communautés, tout en améliorant la capacité opérationnelle des unités de santé;
- fournir les ressources nécessaires aux programmes prioritaires et améliorer l'infrastructure physique et l'équipement, en conformité avec le niveau de complexité rencontré par chaque unité de santé;
- favoriser les actions multisectorielles et inter institutionnelles pour atteindre des niveaux de vie et de santé améliorés dans les groupes prioritaires et dans la population en général, malgré les restrictions et les pénuries existantes;
- promouvoir la participation de la communauté dans les activités de santé et aussi promouvoir l'engagement dans la coopération internationale pour combler les ressources manquantes.

Néanmoins le réseau des services est caractérisé par l'accumulation de plusieurs problèmes, dont la solution s'envisage à long terme. Ces principaux problèmes sont les suivants:

-Le manque d'articulation entre le réseau de services du Ministère de la santé et les autres services publics et privés. Les normes des programmes et activités qui sont définies par le Ministère ne sont respectées que dans son propre réseau.

-La distribution géographique des ressources institutionnelles n'est pas équitable.

-Les services municipaux et d'aires de santé ne sont pas coordonnés avec les services hospitaliers. La planification, l'exécution et le contrôle des services de santé sont réalisés de façon parallèle et sans coordination.

-L'organisation des services de santé ne correspond pas aux priorités de santé. L'offre de services est insuffisante en quantité et en qualité. Il n'existe pas de contrôle ni d'évaluation des normes en vigueur.

-La capacité de gestion est limitée, conséquence du manque de définition des rapports d'autorité parmi les différents niveaux, et aussi au taux de roulement des fonctionnaires et au manque de formation dans le domaine de la gestion des services de santé.

-La participation communautaire dans la planification et l'évaluation des services de santé est insuffisante, à cause du manque de flexibilité dans l'organisation des services.

-Le manque de connaissance sur la disponibilité de l'infrastructure physique, spécialement sur l'équipement existant.

Ce sont les caractéristiques de la problématique qui ont déterminé l'implantation des SILAIS comme réponse institutionnelle à la réalité complexe des services de santé au Nicaragua et à la détérioration de l'état de santé de la population. L'information doit fournir dans ce contexte les éléments qui assurent la connaissance de la situation, la prise de décision et l'action en conséquence, au niveau local.

Le système d'information pour les SILAIS devra changer la logique de fonctionnement du système actuel, qui répond aux besoins du niveau central et qui actuellement se trouve dans une situation de manque de crédibilité et de fiabilité. L'objectif à poursuivre par un nouveau système d'information pour la nouvelle structure du Ministère est l'adéquation de ce système avec les besoins des SILAIS.

2.2. Les SILAIS.

Les Systèmes locaux de soins intégraux de santé (SILAIS) ont été établis en avril 1991 (Résolution Ministérielle 91), comme étant le moyen pour réorienter le réseau de santé du Nicaragua vers un tout nouveau Système national de santé, avec le Ministère de la santé comme organisme régulateur. Les SILAIS sont l'organisation de base, là où est concentré un ensemble de ressources et mécanismes politiques et administratifs, sectoriels et intersectoriels, sous une hiérarchie unique, responsable du développement de la santé d'une population définie dans un territoire déterminé. Le Ministère de la santé les considère comme étant la stratégie la plus adéquate dans l'actuel scénario politique, économique et social du Nicaragua pour continuer le processus d'amélioration progressive du secteur (MINSA, 1991). On veut voir dans leur implantation «une expression concrète de la démocratisation du secteur de la santé, à l'intérieur du processus de développement des Amériques» (OPS, 1992).

L'objectif de la création de ce réseau est de continuer la décentralisation des établissements de santé pour optimiser l'utilisation des ressources du Ministère de la santé et pour bâtir le consensus avec les autres acteurs sociaux (les institutions publiques et privées, les organisations communautaires) autour de la santé (MINSA-OPS, 1991).

Le scénario socio-politique dans lequel le Ministère devra implanter les SILAIS est caractérisé par (MINSA, 1991):

- la manque de ressources financières du gouvernement pour faire des nouveaux investissements et même pour accomplir avec les dépenses opérationnelles habituelles dans la production de soins;

- la détérioration des conditions de santé de la population, conséquence des politiques d'ajustement économique;

- les changements démographiques et sociaux soudains (migration, rapatriement) ceux qui viennent s'ajouter à l'augmentation de la fécondité, la natalité et la mortalité;

- les problèmes nutritionnels de la population, surtout infantile, ajoutés aux facteurs de risque tels que le chômage, la violence et la pénurie de logements;

- la basse couverture des services de santé, la détérioration de l'infrastructure physique, la rareté de personnel spécialisé dans certains territoires, surtout les zones éloignées;

- l'insuffisance des stocks de médicaments et autres ressources nécessaires pour donner les soins.

2.3. Les composantes pour développer les SILAIS.

2.3.1.- Le modèle de soins de santé.

L'espace territoire/population:

-L'objectif est d'établir un espace de territoire/population pour chaque SILAIS, correspondant à la division politique administrative du Nicaragua, tout en intégrant des facteurs d'accessibilité ou de flux traditionnel de la population.

L'infrastructure sectorielle:

- Le Ministère veut fournir pour chaque SILAIS une infrastructure sectorielle qui doit inclure un hôpital avec soins de deuxième niveau, comprenant les spécialités médicales de base, et aussi un nombre variable de centres de santé et de postes médicaux et de santé qui donnent de la couverture pour les soins de premier niveau. Il faudra aussi, pour assurer le succès, prévoir la coordination avec d'autres SILAIS pour fournir les soins et éviter le chevauchement ou bien le manque de couverture dans certains territoires.

Les niveaux de soins:

- Il s'agit de consolider deux niveaux de soins dans le Système national de santé:

Le premier: les soins fournis dans les unités par les techniciens et professionnels: on inclut ici les soins donnés dans la communauté par ses propres membres.

Le deuxième: orienté de façon à compléter les soins du premier niveau et qui devra être structuré en fonction de la disponibilité des ressources. Il y a deux objectifs principaux:

- 1.- Procéder à la classification des besoins de ce niveau.
- 2.- Déterminer la référence et la contre référence.

Les programmes de santé:

Dans ce domaine, les objectifs sont les suivants:

- Continuer le processus d'intégration des activités des programmes nationaux de soins dans un seul programme intégral de santé, défini pour chaque SILAIS pour répondre à leurs problèmes de santé, selon leurs priorités et leurs possibilités.
- Baser les actions et les activités du programme intégral de santé sur les normes élaborées par le niveau central du Ministère de la santé, tout en préservant son adéquation avec les réalités locales.

L'approche basée sur les risques:

Cette approche vise à atteindre l'objectif de développer dans les SILAIS la capacité d'identification des risques épidémiologiques et sociaux des principaux problèmes de santé, ainsi que l'utilisation de cette information dans le processus d'administration stratégique locale. L'approche basée sur les risques, avec la stratification épidémiologique, vise à devenir la méthode administrative qui permettra d'atteindre un niveau de protection, de soin et de reprise de la santé avec équité pour toutes les personnes, les familles et les groupes sociaux. Cette méthodologie devra conduire à la concentration de ressources autour des interventions efficaces visant à réduire ou à éliminer les facteurs de risque qui sont la cause des problèmes de santé, pour gagner la

crédibilité politique et technique face aux autorités et à la population. Pour y arriver, chaque SILAIS établira ses priorités en fonction de sa réalité propre.

L'orientation préventive des soins:

Le Ministère met l'accent sur la promotion et prévention comme étant l'orientation générale dans la prestation des soins, tout en voulant transformer le modèle curatif en d'autres modèles qui promeuvent l'éducation en santé et qui encouragent la prise en charge de la santé par les personnes, la famille et la communauté.

Il est donc nécessaire de procéder à l'identification de groupes, d'institutions et d'organisations qui ont souci de la santé avec l'objectif de créer une capacité technique accrue de mobiliser des ressources pour promouvoir des changements d'habitudes.

3.- LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL.

3.1. Le modèle de gestion.

L'objectif du modèle de gestion est d'atteindre la décentralisation et la déconcentration de l'autorité et des ressources du niveau central et régional vers les SILAIS. Le niveau régional doit disparaître dans un futur proche. Les niveaux administratifs et d'autorité dans le Ministère de la santé seront divisés en deux:

- National, représenté par le niveau central du Ministère;
- local, là où on place les SILAIS, c'est-à-dire au niveau opérationnel.

L'équipe de direction des SILAIS est constituée par le directeur (de préférence un administrateur de la santé), et une équipe de direction composée d'un épidémiologue, un administrateur -qui doit s'occuper du processus d'administration plutôt financière-, un infirmier et un statisticien. Cette équipe est responsable de toutes les activités de santé sur son territoire. Le directeur d'un SILAIS a l'autorité pour gérer les ressources et établissements du Ministère de la santé. Il doit aussi faire la coordination avec d'autres institutions, privées ou publiques, en ce qui concerne la démarche pour assurer la couverture de la population sous sa responsabilité.

L'outil privilégié pour gérer les ressources du SILAIS est la programmation locale. Elle vise à faire le diagnostic de la situation de la santé et puis tracer la stratégie d'utilisation des ressources pour la résolution des problèmes prioritaires. Cette programmation locale devra devenir une pratique permanente, pour s'ajuster aux changements de priorités et aux nouvelles conjonctures, et mettre à jour la distribution des ressources en fonction des besoins. Le renforcement de la capacité de gestion sera atteinte par le développement de modèles d'organisation et d'administration et avec la formation de ressources humaines en adéquation avec ces modèles.

Au sujet du financement sectoriel, le budget actuel n'est pas suffisant pour satisfaire les besoins des services de santé du pays. Il faudra, au niveau local, chercher d'autres sources de financement pour répondre à ces besoins. Il est nécessaire de faire appel à d'autres institutions qui sont sur place et qui ont un certain intérêt à participer dans le domaine.

3.2. Le système d'information.

Le processus d'implantation des SILAIS au Nicaragua a généré une augmentation des besoins d'information pour la gestion. Le système national d'information du domaine de la santé vise à soutenir la prise de décisions à tous les niveaux. Les informations requises pour chaque niveau sont différentes et suivent un modèle pyramidal: plus on progresse dans la hiérarchie, moins les informations doivent être détaillées.

Les sous-systèmes de chaque programme seront intégrés dans un seul système d'information qui permettra une vision d'ensemble des activités développées par le SILAIS.

3.3. L'intégration des programmes spécialisés.

L'objectif est l'intégration des anciens programmes spécialisés sous une seule direction au niveau local. pour éviter la duplication des activités, pour compléter les efforts, éliminer les contradictions et concentrer les ressources autour des priorités de santé du SILAIS. Cependant, on veut conserver l'expérience cumulée dans ces programmes, et la transmettre aux gérants et techniciens. Les programmes spécialisés sont les suivants:

- Materno-infantile.
- Nutrition
- Réhabilitation.
- Maladies transmissibles.
- Programme élargi de vaccination.
- Environnement.
- Maladies chroniques.
- Santé mentale.
- Médicaments essentiels.

Dans le changement organisationnel des SILAIS on prône aussi l'intégration des sous-systèmes d'information de ces programmes.

3.4. Participation communautaire.

Le processus de démocratisation au Nicaragua demande un modèle de participation communautaire qui doit promouvoir le rapprochement des établissements de santé (SILAIS) de la société, avec une attitude de responsabilité partagée dans la planification, la gestion et le contrôle. Cela veut dire une institutionnalisation de la participation communautaire avec les éléments suivants:

- a. Participation inter institutionnelle, avec les autres institutions présentes dans le territoire.
- b. Participation intra institutionnelle, avec les autres SILAIS.
- c. Participation sociétale dans l'identification et la solution des problèmes.

3.5. Formation et qualification des ressources humaines.

Il s'agit d'un domaine qui traverse horizontalement tous les autres, car de façon explicite la formation des ressources humaines est une des activités des autres composantes de la stratégie des SILAIS. Les éléments à prendre en compte seront:

- Planification stratégique des ressources humaines.
- L'éducation permanente en santé.
- Science et technologie: accessibilité à l'information scientifique.
- Bourses de formation.

Les départements de personnel au niveau local étaient habitués à s'occuper seulement du registre et du contrôle des ressources humaines. Dorénavant ils devront prendre en charge les aspects globaux des politiques de formation permanente, d'entraînement, la normalisation, la rémunération, etc., situation que va leur demander plus d'efforts et de compétence technique, dont l'utilisation et mise à jour des dossiers du personnel engagé dans les établissements.

3.6. Le système d'information existant.

3.6.1.- Place du système d'information du domaine de la santé.

Le Système d'information du domaine de la santé qui existe au Ministère de la santé de Nicaragua est placé sous la responsabilité de la Division nationale de la statistique et de l'informatique (DINEI). C'est l'entité chargée de l'implantation, de la supervision et du contrôle du processus de saisie, du traitement et de la distribution/publication des données du système d'information de statistique national (DINEI, 1991).

Traditionnellement, les données statistiques font référence aux données issues du système d'information national qui documente d'une part la situation de la santé de la population et d'autre part les données de production de services (soins). Les différents systèmes d'information qui sont sous la responsabilité de la DINEI, permettent de construire ces statistiques. Il y a aussi des systèmes d'information sur les ressources humaines, matérielles et financières qui sont sous la responsabilité d'autres directions générales. La DINEI est sous la responsabilité du directeur de la statistique et de l'informatique du Ministère de la santé et elle comprend 3 bureaux:

- i- Bureau de la santé et de la population;
- ii- Bureau des statistiques sur la production de soins (services); et
- iii- Bureau d'informatique.

Le Ministère de la santé contrôle ses activités au moyen des systèmes suivants (DINEI, 1991):

a.- Les systèmes routiniers d'information (les statistiques continues, construites à partir des données recueillies dans les programmes de soins et les activités ou composantes de ces programmes et les données recueillies à travers la surveillance épidémiologique dans les différents établissements et aires de santé). Ces systèmes sont divisés en:

a.1.- Le système national d'information de la santé.

a.2.- Le système de surveillance épidémiologique.

b.- Les systèmes complémentaires.

b.1.- Études à caractère spécifique:

- les enquêtes nationales de morbidité et mortalité,

- les enquêtes sur la vaccination (couverture),

- les études à caractère spécial.

b.2.- Études à caractère répétitif/cyclique.

- méthodologie des lieux sentinelles.

3.6.2.- Structure et fonctions.

Le système suit les niveaux administratifs du système national de la santé (SNS) antérieur à la restructuration des SILAIS, soit la structure suivante:

a.- Niveau d'aire de santé: constitué par l'équipe d'aire.

b.- Niveau de région de santé: constitué par l'équipe régionale, qui n'existe plus dans la nouvelle structure des SILAIS; c'était l'équipe homologue à celle du niveau central.

c.- Niveau central de santé, constitué par l'équipe centrale, la DINEI, qui est constituée par:

i- Bureau de la santé et de la population: ce bureau est chargé de recueillir les certificats de naissance et des décès du système national des statistiques vitales (SINEVI), les formulaires d'admission et congé hospitaliers et les bulletins de notification obligatoire. Il est chargé aussi de fournir l'information nécessaire sur la population à desservir, pour la programmation des soins (services), sur la base des données fournies par l'Institut national de statistiques et recensement, du gouvernement central.

ii- Bureau des statistiques sur la production de soins (services): ce bureau est chargé de recueillir, superviser et traiter les données de la production de services (soins), là où l'on inclut les données sur les programmes suivants, qui doivent aussi disparaître comme des programmes indépendants pour devenir un seul programme dans les SILAIS:

- a- soins intégraux pour l'enfant,
- b- soins intégraux pour la femme,
- c- consultation médicale et de soins infirmiers,
- d- immunisations,
- e- alimentation complémentaire.

iii- Bureau d'informatique:

On y trouve le traitement automatique des certificats de naissance et décès, et des formulaires d'admission et de congé. Il y avait au niveau régional des bureaux de statistique, sous la responsabilité des directions de planification. Ces bureaux étaient chargés de recueillir et traiter les données générées dans tous les établissements de l'ancienne région de santé.

Dans les établissements de santé, il y a des personnes chargées de recueillir les données et de les traiter pour leur utiliser au niveau opérationnel (aires de santé, maintenant intégrées dans les SILAIS). Le degré de développement de cette dernière activité n'est pas homogène dans les régions.

3.6.3.- La situation actuelle.

Après 8 ans de développement du système d'information du Ministère de la santé (1983-1989), l'expérience accumulée a mis en évidence l'inadéquation entre les besoins d'information exprimés pour le niveau de direction et les produits informatifs qui correspondent aux structures antérieures du système d'information en santé à plusieurs niveaux (central, régional et d'aire) (DINEI, août 1991). Traditionnellement, les systèmes d'information ont eu peu d'utilité pour le niveau local. D'habitude, l'information est produite par les unités de soins au niveau local selon les directives du niveau central, sans qu'il y ait une articulation entre les deux niveaux (OPS, 1992).

Les difficultés observées sont de diverses natures: de la simple déficience de couverture qui affecte l'intégrité des données jusqu'à la déficience dans la conception, ce qui résulte en l'impossibilité de construire, avec l'information disponible, les indicateurs demandés pour l'exercice des fonctions de contrôle et d'évaluation. Pour illustrer cette situation, on peut se référer au cas particulier du tétanos, pour lequel a été reporté plus de décès que le nombre total de cas enregistrés (Garfield, 1992).

Le système d'information actuel est décrit ainsi selon une évaluation faite récemment à la DINEI (1991), par:

1.- Il est sous la responsabilité de plusieurs départements, c'est-à-dire qu'il n'est pas subordonné à une seule direction comme telle. Les différentes responsabilités et fonctions se retrouvent dans plusieurs directions du Ministère. Cette situation implique que même si on a les données et l'information dont on a besoin pour la gestion des services de santé, la désagrégation des différentes fonctions du système d'information empêcherait la consolidation des indicateurs appropriés.

2.- Le manque de ressources humaines qualifiées et l'absence de ressources matérielles, surtout au niveau des moyens pour le traitement de données et la documentation elle-même.

3.- Le niveau de résolution le plus important (par le volume de données qui y sont traitées) est bien placé, compte tenu de son rattachement dans l'organigramme institutionnel, à la Direction générale de la planification.

4.- Il n'y a pas de support légal pour le système. Toutes les normes organisationnelles et fonctionnelles sont à l'étape de projets de règlements ou même d'habitudes sanctionnées par la tradition passée.

5.- Il existe une coordination étroite entre les usagers de l'information, au niveau central du Ministère, et les services de traitement statistique.

6.- Il existe des manuels des normes et procédures du Système national de statistiques vitales (SINEVI), alors que les autres sous-systèmes et programmes n'ont pas de manuel qui décrit les sous-systèmes ou programmes d'information.

Les données produites par le système sont amenées jusque au niveau central du Ministère, pour être utilisées dans la construction d'information nécessaire pour justifier l'action du Ministère et l'utilisation des ressources allouées au secteur de la santé. Les données épidémiologiques expriment la situation des différents problèmes de santé, pour guider les actions à entreprendre.

Il est impossible de trouver les informations nécessaires pour articuler la gestion dans les différents établissements. Le système n'a jamais prévu d'intégrer les informations sur les ressources financières, humaines ou matérielles. D'ailleurs, les données arrivent directement au niveau central pour être traitées. Par la suite elles sont retournées au niveau opérationnel sous forme d'indicateurs et d'autres types d'informations qui ne sont pas ceux dont on a besoin pour gérer les établissements. Un des problèmes du système actuel est le manque de fiabilité des informations qu'il produit. Ceux qui ont la responsabilité de remplir les formulaires de cueillette de données font cette activité en la percevant comme un moyen de contrôler leur performance. Ils manipulent donc les données pour présenter un rythme d'activités acceptable aux yeux des gestionnaires du niveau central.

Un dernier problème qui concerne le système d'information actuel est la prévalence des sous-systèmes par programme. Les activités de chaque programme sont documentées de façon non articulée. La conséquence est une atomisation des données clés pour la gestion des établissements.

3.7.- La conception du nouveau système d'information.

A fin de répondre à ces deux problèmes (manque de fiabilité et prévalence des sous-systèmes par programme) dans le cadre de la transformation organisationnelle des SILAIS, le projet SISNICA prévoit un traitement de l'information plus près des gestionnaires qui ont la responsabilité de la prise de décisions au niveau opérationnel, tout en assurant l'utilité de cette information pour les fonctions de contrôle et d'évaluation qui sont sous la responsabilité du niveau central.

Le SISNICA veut fournir aussi des informations au sujet des ressources humaines, financières et matérielles pour compléter de cette façon les données de production de services et sur la situation épidémiologique. L'objectif du SISNICA est de restructurer l'actuel système d'information, «sans annuler l'expérience antérieure, et sur une base locale, c'est à dire, que le système doit être recentré en fonction des besoins des SILAIS plutôt que pour les besoins du niveau central, tout en augmentant la fiabilité des informations». De plus, il faudra simplifier le système, diminuer la charge de travail demandé pour remplir les formulaires (on veut diminuer le nombre de formulaires vers 70 alors qu'il est actuellement de plus de 300).

L'autre objectif du SISNICA est d'assurer l'intégralité du système. On veut donc faire disparaître l'actuel division de sous-systèmes d'information par programme de soins et favoriser en même temps un processus d'intégration dans la gestion de ces programmes. On veut assurer de cette manière la motivation et l'engagement des gestionnaires dans l'amélioration du système (Pruñonosa, 1992). En résumé, le SISNICA prône un système qui assure l'atteinte des objectifs stratégiques du système de santé y compris ceux des SILAIS, en assurant un outil fiable pour la gestion locale, tout en conservant son utilité pour le niveau central.

Le Ministère a proposé deux étapes pour la mise en oeuvre du projet. La première vise la réalisation du diagnostic du système d'information existant et l'analyse des expériences comparables. La seconde présente une proposition provisoire de Système d'information pour le domaine de la santé qui pourrait se baser sur le système antérieur, le cas échéant. Notre travail d'analyse a été réalisée avant la seconde étape qui doit débiter en août 1992. Cette deuxième étape consiste à mettre à l'essai le système proposé pour l'évaluer et faire par la suite les ajustements nécessaires pour atteindre un système définitif.

Cette manière de procéder pour la conception et l'implantation du système d'information rappelle l'approche du Cycle itératif pour le développement des systèmes d'information (The Iterative Systems Development Cycle (ISDC) proposée par Rubin (1986). Selon cette approche le nouveau système doit se baser sur l'évolution constante du système d'information existant, lequel devra être révisé, évalué, et régénéré à travers d'une conception dite «adaptative». L'image à laquelle on fait allusion est celle du «phénix émergeant»: le nouveau système qui surgit de l'ancien, tout en l'améliorant.

4.- MÉTHODES.

Selon Davis (1986), il est difficile d'obtenir un ensemble exact et complet des besoins en information, pour quatre raisons principales:

- 1.- Les contraintes humaines concernant la manière dont les individus traitent l'information et résolvent les problèmes.
- 2.- La variété et la complexité des besoins en information.
- 3.- L'interaction qui s'installe entre les utilisateurs et les analystes lors du processus de définition des besoins.
- 4.- Les réticences des utilisateurs à exprimer leurs besoins (pour des raisons de stratégie ou de comportement).

Il existe plusieurs stratégies générales pour déterminer les besoins en information: l'enquête auprès des informateurs de l'organisation, l'analyse du système d'information existant, l'expérimentation avec un prototype du nouveau système d'information et autres (Davis, 1986).

A l'intérieur d'une stratégie qui définit les grandes lignes, les méthodes peuvent être utilisées seules ou associées pour découvrir les besoins. Le SISNICA, par exemple, a employé deux stratégies: l'analyse du système d'information existant et l'enquête auprès des informateurs de l'organisation. L'idée est que les besoins en information découlent des activités du système, donc la méthode la plus logique et la plus complète pour déterminer ces besoins semble consister à analyser les caractéristiques de ce système-objet. Cette analyse est particulièrement appropriée lorsque le système-objet change, qui semble être le cas du système d'information du Ministère de la santé. Parmi les méthodes proposées dans le cadre de cette stratégie on y trouve l'analyse des facteurs essentiels de succès. Pour développer cette approche, l'analyste compte sur l'expérience des utilisateurs avec le système plutôt que sur la sienne.

L'identification des FCS, lors de la constitution d'un système d'information, vise à mettre l'accent sur les données qu'on doit absolument recueillir, étant donné leur importance pour le succès de l'organisation. On s'épargne de cette manière le fait de tomber dans la piège d'axer les système d'information sur des données faciles à collecter (Rockart, 1979).

Pour assurer la liaison système d'information-orientation stratégique, Chokron et Reik (1987) proposent une méthodologie qui veut synthétiser les démarches de planification les plus connues, dont l'approche par les facteurs clés de succès (FCS), pour déterminer «les activités qu'une entreprise doit absolument pouvoir bien accomplir pour prétendre réussir».

La méthode des FCS, proposée par Daniel (1961), «consiste à déterminer quelles sont, pour une organisation donnée dans un environnement donné, les activités qu'elle doit absolument pouvoir bien accomplir pour prétendre réussir». Cette approche a été reprise par les spécialistes des systèmes d'information comme J. Dearden, W. MacFarland et W. Zani et surtout celui le plus connu dans leur utilisation, J. Rockart (1979). On les utilise pour mettre en évidence les projets les plus importants pour l'organisation. John F. Rockart (1979) propose les facteurs clés de succès comme étant une solution viable aux problèmes générés par la surabondance d'information chez les gestionnaires; pour lui, on peut réaliser un système d'information à la fois concis et complet, «à la condition de partir du secteur d'activité de l'entreprise et de la stratégie de celle-ci, d'en déduire les FCS, et de ne recueillir de l'information que sur ces facteurs». L'approche va permettre d'identifier les besoins en information «de la direction» d'une manière claire et significative, mais elle est aussi valable pour tous les niveaux de planification et contrôle dans la hiérarchie organisationnelle telle que définie par Anthony (Anthony et al, 1972; Bullen et Rockart, 1981).

Pour Rockart, les FCS sont «le petit nombre de domaines dans lesquels les résultats, s'ils sont satisfaisants, assurent une bonne performance d'ensemble de l'entreprise». Ils sont ces domaines d'activités «qui doivent bénéficier de l'attention constante et approfondie de la direction». Il est clair que les domaines qui vont être identifiés comme étant des FCS, deviendront une sorte de cible permanente qu'on surveille constamment au moyen de données et d'informations ad-hoc. Une des particularités les plus importantes des FCS est leur variation d'un secteur à l'autre mais aussi d'une entreprise à l'autre à l'intérieur d'un même secteur, et même d'un dirigeant à l'autre dans la même entreprise ou organisation (Anthony, cité par Rockart, 1979).

On peut distinguer parmi les FCS ceux qui sont plutôt des facteurs de contrôle et ceux qui sont des facteurs de développement, parfois d'adaptation. Plus une organisation est autonome et décentralisée, plus les facteurs sont orientés vers le développement futur. Dans un contexte de fortes pressions économiques et de pénurie de ressources, les FCS seront axés sur le contrôle des résultats courants. Rockart (1979) a trouvé néanmoins qu'il existe toujours un degré de mélange de ces deux types de facteurs.

4.1.- Les sources des facteurs clés de succès.

Les sources fondamentales des FCS sont, selon une équipe de chercheurs du Massachusetts Institute of Technology, qui a suivi la démarche d'Anthony (Rockart, 1979) sont les suivantes:

- tout d'abord, la structure du secteur concerné, car chaque secteur, de par sa nature même, comporte une série de FCS. Toutes les entreprises du secteur concerné doivent surveiller ces facteurs;
- la stratégie face à la croissance, la position dans l'industrie et l'implantation géographique; chaque entreprise appartenant à un secteur quelconque se trouve dans une situation qui lui est propre et qui est déterminée par son histoire et sa stratégie concurrentielle du moment;
- l'environnement, c'est-à-dire, les fluctuations de la situation socio-politico-économique, les changements idéologiques et sociaux et l'évolution démographique;
- les facteurs temporaires, lesquels sont des domaines d'activités qui sont importants pour la réussite d'une entreprise pendant une période donnée, pendant une conjoncture spéciale: rareté d'une ressource, des périodes de bouleversement sociaux, etc.

Nous avons utilisé la méthode des facteurs clés de succès dans le cadre d'une série d'entrevues menées auprès d'informateurs clés qui connaissent très bien la problématique des systèmes d'information. Nous avons interviewé au total 13 personnes (Annexe II): 2 au niveau central du Ministère, 7 dans les SILAIS et les 4 autres sont des personnes qui ont beaucoup d'expérience dans la gestion des établissements de santé au Nicaragua. D'ailleurs elles ont été impliquées dans le développement du SISNICA même si elles n'appartiennent directement au Ministère de la santé: elles travaillent comme consultants dans le domaine, et on peut les considérer comme étant des «utilisateurs expérimentés» du système (Davis et coll, 1986)(Annexe III). Le sujet des interviews a été d'identifier les activités que ces gestionnaires considèrent comme étant fondamentales pour atteindre les objectifs visés par son SILAIS (voir Annexe I); ensuite, on a déterminé les informations qui décrivent le mieux ces activités, du point de vue de ces gestionnaires. Le questionnaire couvrait également des questions sur le fonctionnement du système pour étendre l'analyse. La manière dont nous avons conçu le guide d'entrevue laisse aux gestionnaires la liberté de toucher les sujets du système d'information qu'ils considèrent fondamentaux. Ce guide d'entrevue a été conçu comme un enquête avec des questions ouvertes. Dans une première étape nous nous sommes familiarisé avec l'état de la situation par la consultation des documents et des rapports déjà disponibles. Nous avons complété l'information avec les documents qui décrivent le cadre général, autant national que international, qui supporte légalement et conceptuellement l'implantation des SILAIS dans le Système national de santé du Nicaragua.

L'un des experts interviewés a été le coordonnateur du projet SISNICA, qui a fait un bilan de la première étape du projet; ils sont rendus au diagnostic du système existant au Ministère, et leurs résultats nous ont été transmis par moyen d'entrevues, car ils n'avaient pas encore rédigé leur rapport lors de la réalisation des entrevues au Nicaragua. Toutes ces sources seront intégrés pour en tirer des conclusions pertinentes aux objectifs de notre travail.

5. -LES RÉSULTATS.

5.1.- Au niveau central du Ministère:

A ce niveau, on est d'avis que le système d'information actuel est bien conçu et qu'il permet bien la construction d'indicateurs pour décrire l'état de santé de la population des SILAIS. Les gestionnaires interviewés à ce niveau sont d'avis qu'il faut conserver le flux et la quantité d'information pour assurer les fonctions d'assistance, de coordination intra-institutionnelle et inter-institutionnelle et de contrôle face aux SILAIS. Conséquemment, le système actuel permet aussi la planification locale des principales activités de santé pour répondre aux besoins identifiés avec les indicateurs sur l'état de santé. L'information fournie par le système va aussi permettre d'évaluer les différents programmes et activités mis en oeuvre par les établissements. Au sujet de la gestion des ressources disponibles pour développer les activités nécessaires nous n'avons pas eu une réponse assez structurée, car les deux gestionnaires qui ont été interviewés au niveau central n'ont pas de rapport avec les activités de planification dans les programmes. D'ailleurs, les programmes n'existent plus dans leur ancienne conception de programmes verticaux, administrés à partir du niveau central; cependant l'impression de ces gestionnaires sur le sujet est que il y a assez d'information dans le système d'information actuel pour arriver à bien disposer de ces ressources.

Au cours de l'interview sur le type d'information qu'ils utilisent plus fréquemment dans la prise de décisions, tous ont été unanimes à reconnaître que la connaissance de la situation épidémiologique est fondamentale, et que cela doit devenir la base pour la gestion à tous les niveaux du Ministère. Cette préoccupation est nécessaire lorsqu'il s'agit d'épidémies ou de danger de propagation de maladies infecto-contagieuses, tel le choléra. Ce qui demande un effort national basé sur la coordination de toutes les ressources disponibles, dont le recours à un système d'information capable de transmettre opportunément et avec exactitude l'apparition des cas suspects.

D'après ces deux personnes interviewées les données pour construire cette information se trouvent déjà dans le système actuel. Il suffirait d'informatiser ce système pour le rendre plus efficace et opportun, parce que pour les gestionnaires du niveau central le problème du système actuel est le manque d'ordinateurs et d'un réseau fiable pour améliorer le traitement des données qui arrivent du niveau opérationnel. Au sujet du volume d'information nécessaire dont ils ont besoin, ils trouvent qu'il faudra réviser les formulaires de cueillette et aussi augmenter la couverture du système de surveillance épidémiologique. Ils souhaitent aussi être toujours informés sur les mesures prises au niveau local pour répondre aux différents problèmes de santé. Cela est nécessaire, d'après les gestionnaires interviewés au niveau central et les consultants, pour assurer l'intégralité des actions à entreprendre et pour garantir le succès des interventions visant à la résolution des problèmes de santé qui demandent un effort national.

En résumé, les gestionnaires du niveau central veulent conserver le système d'information tel quel, avec des petites mises au point dans certains domaines (l'intégration des sous-systèmes par programme et la généralisation des lieux sentinelles). Ils ont défini le principal problème de ce système comme étant le manque de moyens technologiques (ordinateurs, moyens de communication, etc.) qui augmenteraient l'efficacité. Une fois ces moyens technologiques rendus disponibles, le système augmenterait sa performance de façon satisfaisante, d'après le critère exprimé dans les entrevues.

5.2.- Au niveau opérationnel, les SILAIS:

La première impression qui surgit des entrevues est l'importance capitale qu'on donne à ce niveau aux informations à caractère épidémiologique, compte tenu du danger omniprésent du choléra et d'autres maladies infecto-contagieuses. Tous les gestionnaires interviewés au niveau local (46.1% du total des entrevues) ont fait mention de l'importance de l'information sur l'état de santé de la population et l'identification des principaux problèmes de santé. Ceci est compréhensible, dans la mesure où les gestionnaires se trouvent dans un milieu caractérisé par la détérioration des conditions socio-économiques de la population, et qui pourrait ainsi mener à l'augmentation du nombre de cas de maladies dans la population. Il faut être vigilant à ce sujet, et les gestionnaires interviewés craignent à cet effet des délais prolongés entre la cueillette des données et la parution des rapports générés par le niveau central. Ce qui pourrait rendre difficile la surveillance constante de l'évolution des maladies considérées dangereuses au point de vue de leur impact sur une population déjà affaiblie par la situation sociale.

Pour faire face à cette situation, les gestionnaires du niveau local attendent que le système d'information soit capable de leur fournir des informations d'abord fiables, en temps opportun, pour arriver à structurer les réponses nécessaires. Ils veulent rapprocher le traitement des données pour en tirer les informations dont ils ont besoin. Aussi, selon un directeur d'hôpital universitaire, ce rapprochement permettra d'impliquer

davantage le personnel qui produit l'information dans un but d'amélioration de la qualité de cette même information. De ce fait, il a relevé le cas spécifique des médecins qui travaillent dans les hôpitaux et qui n'ont pas intérêt à agir avec un système qui leur est étranger, dans le sens où le traitement des données qu'ils produisent est fait en dehors de leur établissement ou que ces données servent à produire des rapports qui n'ont rien à voir avec leur travail de recherche, de formation et de production de soins.

Les rapports qui contiennent l'information épidémiologique dans le système actuel, d'après l'impression générale des interviewés, peuvent cependant continuer à fonctionner dans le nouveau. Il s'agit des rapports sur les maladies respiratoires aiguës (ERA, *Enfermedades Respiratorias Agudas*), les maladies diarrhéiques aiguës (EDA, *Enfermedades Diarréicas Agudas*), les maladies de notification obligatoire (ENO, *Enfermedades de Notificación Obligatoria*), les motifs principaux de consultation, les cas reportés dans l'unité de réhydratation orale (URO), mortalité par cause, et surtout la méthodologie des lieux sentinelles. Il faut, selon les gestionnaires avec plus d'expérience (23% du total), les intégrer pour avoir une vision d'ensemble, mais ils sont déjà présents dans l'actuel système.

Il est fort intéressant de constater que presque la totalité des gestionnaires à ce niveau (80%) ne fassent pas mention des ressources dont ils ont besoin pour gérer leur établissement. Le 20% restant en parle, mais en terme des informations nécessaires pour contrôler la disponibilité plutôt que la performance -dans le cas des ressources humaines- ou des sources alternatives -dans le cas des ressources financières et d'autres types-. Cependant, 36% des gestionnaires, tous ceux avec expérience ou formation en gestion, ont demandé plus d'information sur les ressources présentes dans la communauté et dans les autres institutions étatiques et privées du territoire. Néanmoins, ils considèrent que c'est plutôt fonction des renseignements personnels que du système d'information en tant que tel.

De plus, il y a une acceptation généralisée sur l'importance de ces ressources lors de la planification des activités pour répondre aux problèmes de santé de la population. La participation sociale est tenue comme une ressource irremplaçable pour assurer le succès des interventions dans le domaine de la santé, et on aimerait recueillir de l'information pour illustrer le degré d'implication de la communauté dans les activités de santé. Les données dont on peut se servir pour évaluer cette participation ne sont pas dans le système actuel et les gestionnaires considèrent qu'il est possible de la mesurer et de l'évaluer avec des indicateurs sur le nombre de personnes de la communauté qui participent activement, dans quel type d'activité elles sont plus actives, jusqu'où elles vont participer (dans la planification, l'exécution, le contrôle et/ou l'évaluation d'une activité et/ou un programme).

Au sujet des ressources financières il est intéressant de noter qu'elles sont en train de gagner de l'importance, parce que quoique le Ministère de la santé continuera à fournir les fonds nécessaires pour le fonctionnement des établissements, ces fonds seront gelés ou bien ils auront une croissance minimale face aux besoins des SILAIS.

Cependant, les seuls à parler d' «un contrôle plus serré sur la gestion financière et plus spécifiquement sur la comptabilité, pour atteindre une meilleure efficacité avec ces ressources» étaient le directeur de l'hôpital et le directeur du SILAIS à Managua, la capitale (soit le 15.4% des interviewés).

A l'heure actuelle il est nécessaire d'aller chercher ailleurs les ressources économiques pour combler leur besoins; voilà la raison invoquée pour demander plus d'information sur les aspects financiers. Les gestionnaires évitent d'approfondir sur le sujet, parce que «il est un peu prématuré de parler des sources alternatives de financement (paiement direct, contribution volontaire, assurance-maladie, etc.), alors que la population est habituée à recevoir les soins de santé de façon gratuite». D'ailleurs, pour les gestionnaires, il vaut mieux attendre «la ligne officielle du Ministère sur ce sujet avant d'agir».

Un autre domaine qui attire l'attention des interviewés est la coordination nécessaire pour harmoniser les activités avec les autres SILAIS, pour éviter le chevauchement et le dédoublement des efforts.

D'ailleurs, les interviewés ont parlé de SILAIS «forts» et de SILAIS «faibles». Car suite à la division territoriale des anciennes régions, les municipalités qui étaient les chefs-lieux des régions, ont profité de la présence de l'infrastructure hospitalière et de support qui appartenait à l'ancienne région, tandis que les autres SILAIS devront développer ce type d'infrastructure, ou bien établir des mécanismes pour assurer la coopération avec les SILAIS qui ont ces établissements.

Les autres activités de prévention et promotion de la santé devront être aussi coordonnées, pour assurer leur succès. Mais c'est l'avis des gestionnaires des SILAIS les plus démunis de moyens (23.1% du total), plutôt que celui de ceux qui sont dans les SILAIS qui ont été favorisés lors de la division, lesquels n'ont pas mentionné ce sujet, sauf pour faire référence aux autres institutions du même territoire.

Il est important de signaler que les gestionnaires du Ministère de la santé du Nicaragua ont des niveaux différents de formation et d'expérience en gestion. On peut dire que plus on s'éloigne des villes principales et des centres administratifs du Ministère, on y trouve moins de formation en administration de services chez les gestionnaires et moins d'expérience dans la gestion des services. Pour illustrer cette réalité, il est nécessaire d'expliquer que les postes d'administrateurs au niveau opérationnel (Directeurs des SILAIS et des autres établissements de santé, sous-directeurs et personnel des équipes de Direction) dans les régions éloignées de la capital nationale et des autres grandes villes sont occupés pour la plupart par des professionnels qui viennent de finir leur

programme de formation universitaire (des médecins, dentistes, pharmaciens) et qui sont en train d'accomplir avec un service social obligatoire de deux ans. Cela peut bien illustrer le degré de motivation et d'expertise dans le domaine de la gestion des services de santé qu'on peut trouver chez ce personnel (Garfield, 1992) (MINSAP-OPS-PASCAP, 1992). L'expertise est donc concentrée au niveau central.

A des fins de complément d'informations, il est utile de consulter le rapport du projet SISNICA qui a déjà fait une première enquête lors de la réalisation du diagnostic sur le système existant. Dans cette enquête, l'équipe du SISNICA a demandé à la plupart des gestionnaires et au personnel de support qui travaillent directement avec le système d'information du Ministère de la santé leur avis sur des aspects qui décrivent le degré de fiabilité et d'utilisation de ce système, ainsi que le flux de données qu'il produit. Il est pertinent donc de réviser les constats de cette enquête pour notre réflexion.

Le premier constat de l'équipe SISNICA (Pruñonosa, 1992) concerne le type d'utilisation que l'on fait du Système: le personnel des établissements de santé considère que l'objectif principal du système est de contrôler la production de services. Ce contrôle est effectué par le niveau central du Ministère. Le flux de données confirme cette impression: la presque totalité des données recueillies dans les formulaires du système vont être traitées pour faire des rapports qui n'ont aucune utilité pour le niveau opérationnel, et qui ont été conçus pour répondre aux demandes du niveau central; on remplit ces formulaires sans aucun

souci, car l'usager du niveau opérationnel ne va en tirer aucun profit pour améliorer son travail, et il y voit un instrument de surveillance de son poste. Cette attitude va compromettre sérieusement la fiabilité des données (OPS, 1992). Pour résumer, la préoccupation est de contrôler la production de services plutôt que de supporter la prise de décisions. La fiabilité des données est sérieusement compromise, surtout au sujet de la population à servir et la quantité de services produits. Cet avis est partagé par les gestionnaires que nous avons interviewés au niveau opérationnel, surtout au sujet du sentiment de contrôle que le système d'information génère chez eux lors qu'ils doivent remplir les formulaires et les rapports pour le niveau central. Le manque de fiabilité sur les informations originant du niveau central est aussi relevé par ces gestionnaires comme un résultat des faits cités antérieurement.

Le directeur de l'hôpital universitaire et un des chefs de service dans ce même hôpital ont exprimé en entrevue qu'il est nécessaire de changer la logique du système actuel, pour permettre le feed-back dont ils ont besoin pour supporter leur gestion. Les éléments qu'ils veulent inclure dans le nouveau système doivent découler des besoins de ce personnel et non des besoins du niveau central. Ils souhaiteraient produire leurs informations d'après les activités qu'ils ont déterminées, et non d'après ce que le niveau central exige. Sinon, on risque de perdre l'intérêt du personnel clinicien et administratif dans l'amélioration de l'efficacité de ce système et la situation resterait inchangée.

Lorsqu'on les interroge sur les secteurs à renforcer, la réponse du personnel va varier selon la formation du répondant (Prufionosa 1992). Les infirmiers vont réclamer le renforcement des registres continus de consultation externe. Les administrateurs vont mettre l'accent sur l'état et la quantité des ressources disponibles. Les directeurs des établissements vont demander plus d'information sur la population desservie et les données sur la situation épidémiologique, surtout lors du danger du choléra et des autres maladies infecto-contagieuses.

Un autre constat du SISNICA est le manque d'intégralité du Système d'information actuel. Il existe plusieurs systèmes, un pour chaque programme de soins (santé materno-infantile, nutrition, réhabilitation, maladies transmissibles, programme élargi de vaccination, environnement, maladies chroniques, santé mentale, médicaments essentiels). Chaque domaine d'activités (consultation externe, programme de lutte contre la malaria) a son propre système qui envoie ses données vers le niveau central du Ministère, où on fait l'intégration, ou plutôt l'addition de ces données. Ensuite cette information est retournée au niveau opérationnel, mais d'une manière assez inadéquate, car les rapports générés ne sont pas ceux dont on a besoin pour gérer les services; ils n'arrivent pas non plus au temps opportun (OPS, 1992). L'exactitude et la crédibilité sont aussi compromises parce que les fonctionnaires connaissent la façon dont on a recueilli les données pour élaborer cette information. Ils ne leur font pas confiance car ces données ont été faites pour justifier le travail des différents programmes et satisfaire aux paramètres de contrôle du niveau central.

Les gestionnaires que nous avons interviewés au niveau opérationnel ont fait la même remarque sur la fiabilité des données et la rapidité avec laquelle les informations sont traitées au niveau central et retournées au niveau opérationnel. On peut dire que le produit du système actuel est une information qui ne remplit pas les propriétés de l'information pour la gestion: exactitude, opportunité, concision et intégralité.

6.-DISCUSSION.

Les gestionnaires du niveau central veulent s'assurer que leur fonction de contrôle sur le système de santé aura toujours un poids important dans la conception du système d'information du Ministère. La raison qu'ils ont donnée principalement est la nécessité de compter avec l'information suffisante pour réaliser la planification globale du Ministère, pour assurer le support aux unités plus démunies de ressources, et surtout, pour garantir la coordination lors de situations qui demandent des actions d'envergure (urgences nationales, activités de nature massive, comme les vaccinations, assainissements, etc.).

Il est important pour le niveau central de maîtriser les données sur l'état des unités opérationnelles (SILAIS), car le niveau de formation et d'expérience auquel on a fait référence lors de la description du profil des gestionnaires des SILAIS- va demander une assistance constante des gestionnaires du niveau central, plus chevronnés, vers les gestionnaires du niveau opérationnel. Ainsi, au niveau central on croit qu'il faut conserver le flux et la quantité d'information pour assurer les fonctions d'assistance, de coordination intra-institutionnelle et inter-institutionnelle et de contrôle face aux SILAIS. Rockart (1979) supporte cette opinion des gestionnaires du niveau central lorsqu'il affirme que dans un contexte de fortes pressions économiques et de pénurie de ressources, les FCS seront axés sur le contrôle des résultats courants.

A notre avis, ces fonctions du niveau central sont importantes lorsqu'il s'agit d'épidémies ou le danger de propagation de maladies infecto-contagieuses, tel le choléra, car cela va demander un effort national basé sur la coordination de toutes les ressources disponibles, dont le recours à un système d'information capable de transmettre au moment opportun et avec exactitude l'apparition des cas suspects.

Dans ce cadre, le cas spécifique du choléra devient un facteur clé temporel («celui qui arrive soudain, et qui pourrait être à l'origine d'autres problèmes encore majeurs» Rockart, 1979), mais l'information sur les maladies infecto-contagieuses et les autres informations à caractère épidémiologique seront considérées comme étant des facteurs clés permanents, car la situation épidémiologique (maladies transmissibles aiguës) ne changera pas sur une période assez longue. Aussi, les données sur la coordination intra et inter-institutionnelle deviendront un facteur clé stratégique, car elles sont un des domaines des plus importants lors du développement des SILAIS, et qui doivent être garanti à tous les niveaux. C'est la clé pour assurer les ressources que le Ministère ne pourra pas fournir au moyen de son budget et que les établissements devront trouver ailleurs. Le niveau central a la responsabilité de cette coordination au niveau du gouvernement central, tandis que chaque SILAIS l'assurera à son niveau.

Il est clair donc que même s'il s'agit d'une expérience de décentralisation, les fonctionnaires du niveau central considèrent qu'il faudra dans une première étape garder le contrôle sur l'information produite par le système, pour supporter le développement des SILAIS. Ces fonctionnaires veulent répondre de cette manière à la rareté de personnel spécialisé dans la gestion des établissements et articuler une réponse institutionnelle aux problèmes du secteur. Une solution à cette situation serait la double référence d'information, autant au niveau de la gestion du SILAIS qu'au niveau central du Ministère, pour continuer à informer ce dernier tout en assurant le flux d'informations vers la direction du niveau opérationnel. Même si notre travail vise à identifier les besoins en information des gestionnaires des SILAIS, nous ne pouvons pas nous limiter aux besoins des unités périphériques pour la conception d'un système d'information qui doit servir aussi aux fonctions de contrôle et d'évaluation de toute l'organisation, c'est-à-dire le Ministère.

L'idée exprimée par les gestionnaires du niveau central sur la nécessité d'améliorer le réseau de communication et d'informatiser le système d'information mérite un commentaire. Pour eux, si le Ministère atteint un niveau acceptable d'informatisation (avec l'achat d'ordinateurs et ses technologies complémentaires), le système d'information fonctionnerait de façon plus performante, d'après leurs critères, c'est-à-dire que les données produites au niveau opérationnel arriveraient au moment désiré.

Pour nous, c'est une mauvaise appréciation de la situation, parce que l'automatisation du système ne va pas changer la qualité des données qu'il amène au niveau central, et non plus changer l'attitude des usagers du niveau opérationnel chargés de remplir les formulaires. Le SISNICA a eu la même impression, comme si pour les gestionnaires du niveau central la présence ou non d'ordinateurs va déterminer une meilleure performance du système.

Le premier facteur clé pour les gestionnaires du niveau opérationnel est la surveillance constante du comportement des maladies considérées dangereuses, du point de vue de leur impact sur la population. Pour identifier les risques et établir les priorités dans chaque SILAIS, les gestionnaires attendent que le nouveau système d'information soit capable de leur fournir des informations d'abord fiables, puis opportunes, pour arriver à structurer les réponses nécessaires. On veut rapprocher le traitement des données pour en tirer les informations dont on a besoin. Pour eux, la mission principale de la surveillance épidémiologique est produire la connaissance sur l'état de santé de la population, pour faciliter la planification locale et la prise de décisions dans la solution des problèmes identifiés.

Les informations sur l'état de la santé de la population sont si importantes pour la plupart des gestionnaires des SILAIS, qu'on oublie souvent le besoin d'information sur les ressources nécessaires pour répondre aux situations mises en évidence par les données épidémiologiques.

Il s'agit des ressources en transport, financement, personnel volontaire de support, des locaux pour baser les activités, et même d'autres établissements à caractère privé ou entreprises de service (fumigation, etc.). Ceci est très important dans un contexte caractérisé par la pénurie de ressources (MINSA, 1991).

Cependant, il y a certains gestionnaires qui vont demander plus d'informations sur les ressources présentes dans la communauté, dans les autres institutions étatiques et privées du territoire. Néanmoins ils considèrent que c'est plutôt fonction de recherche personnelle que du système d'information en tant que tel. Pour nous, c'est un problème qui reflète le manque de formation et d'expérience en gestion de ces gestionnaires, car on considère ces informations comme étant à l'extérieur du domaine de la santé, et donc étrangères aussi pour le système d'information en général. Le premier effort pour les intégrer a été la planification locale, où on fait appel aux ressources externes au Ministère, surtout dans la communauté.

Les informations sur les ressources disponibles en dehors des établissements de santé et du Ministère de la santé sont perçues comme faisant partie d'un système d'information «non officiel», presque personnel. Néanmoins, il y a une acceptation généralisée de leur importance lors de la planification des actions pour répondre aux problèmes de santé de la population. Il y a aussi une utilisation presque intuitive de cette information, qui pourrait être à la base d'une exploitation plus structurée, mais cela sera le résultat d'une politique

de formation des gestionnaires, dont on parle déjà (MINSA-OPS-PASCAP. 1992). Il suffirait de faire un espèce d'inventaire de ces ressources, le mettre à jour constamment et donner la viabilité à l'utilisation des ressources recensées.

Un autre type de ressource qui va gagner de l'importance dans la période d'implantation des SILAIS sera la modalité de financement. Bien que le Ministère continuera à fournir les fonds nécessaires pour le fonctionnement des établissements, ces fonds seront plafonnés ou bien, ils auront une croissance minimale face aux besoins des SILAIS. Un contrôle plus serré sur la comptabilité et la gestion financière s'impose, pour atteindre une meilleure efficacité avec ces ressources. L'habitude au Ministère était que les niveaux central et régional assurent les ressources financières aux différents établissements, pour les salaires, les dépenses opérationnelles et les autres frais de fonctionnement. Les médicaments et l'approvisionnement en autres ressources matérielles étaient fournies aussi par le Ministère. Maintenant, il est nécessaire de chercher d'autres sources de financement pour couvrir les besoins financiers. Les SILAIS auront dorénavant la capacité d'engager eux mêmes les ressources humaines dont ils ont besoin, mais la contrainte principale sera la façon dont on va gérer les ressources financières et la capacité de les obtenir autrement. La façon de faire référence à cette nouvelle situation dans les entrevues est l'engagement croissant des gestionnaires dans les affaires économiques de leur établissement, traditionnellement laissés aux administrateurs financiers ou aux services de comptabilité.

Les gestionnaires du niveau SILAIS commencent à parler d'indicateurs économiques, de systèmes de coûts assez simples, de contrôle des dépenses. Il est nécessaire donc d'introduire des unités pour mesurer le coût des interventions et des activités de la santé, pour supporter la prise de décisions lors de la recherche d'autres sources de financement. L'introduction de ces unités de mesure facilitera le développement d'indicateurs économiques nécessaires pour mesurer l'efficience des actions et des projets de santé et constituera un outil pour faciliter la gestion financière des SILAIS. Ces sont des facteurs clés de développement, ceux que Rockart (1979) a identifié comme propres à une organisation qui, comme les SILAIS, est à la recherche d'une décentralisation et d'une autonomie croissantes.

Il faudra cependant attendre que le Ministère de la santé prenne position au sujet des modalités de financement autres que le budget alloué, pour ainsi diriger les efforts des gestionnaires dans la recherche des nouvelles sources de financement.

Une autre responsabilité que les SILAIS devront prendre en charge sera l'achat et l'entreposage des médicaments et d'autres ressources matérielles, situation qui va demander des gestionnaires du niveau opérationnel plus d'attention à l'activité de contrôle des stocks et leur distribution en conformité avec la demande. Dans ce domaine, il n'y a pas d'expérience au niveau local, et il faudra développer des programmes spécifiques pour supporter l'intérêt des gestionnaires sur ces questions.

Pour faciliter l'administration de ces ressources, le nouveau système d'information devra fournir des données sur ce domaine, dont l'importance est encore un peu négligée par les gestionnaires. Dans les entrevues, les gestionnaires du niveau local n'ont exprimé aucun intérêt pour ce sujet, peut-être parce que le niveau central garde encore le pouvoir en ce domaine. Mais dans un futur proche et dans la logique de décentralisation, le niveau central devra laisser cette responsabilité aux SILAIS, raison pour laquelle il faut prévoir dans le futur système d'information des éléments qui aideront à gérer ce volet, très important pour les établissements de santé décentralisés.

Dans un environnement assez contraignant, il est important d'avoir de bons rapports avec les autres établissements qui sont dans le voisinage, pour éviter le chevauchement entre les différentes activités et programmes tout en cherchant au même temps l'augmentation de l'efficience et l'efficacité de ces activités. Les gestionnaires du niveau central ont déjà exprimé leur appréciation au sujet de la coordination, et aussi les gestionnaires du niveau local expriment leur opinion sur cette situation; ils considèrent nécessaire d'avoir un lien de communication et de coordination avec les autres SILAIS. Il s'agit de partager l'information disponible, les ressources et l'expérience pour mieux faire face aux problèmes qui sont communs. Un autre aspect est la détermination des mécanismes de référence et contre-référence entre les SILAIS avec hôpitaux de référence et ceux qui n'ont pas ce type d'établissement, et même à l'intérieur d'un SILAIS, entre les centres de santé et leur hôpital de référence.

Avec un bon outil de coordination, il sera possible de pallier aux problèmes de division territoriale laissés par la disparition des anciennes régions administratives du Ministère de la santé. Cette division a laissé des SILAIS avec beaucoup d'installations en infrastructure (surtout les SILAIS qui ont surgit dans les municipalités qui étaient à la fois chef de région administrative) et a laissé aussi des SILAIS sans installations en infrastructure hospitalière et de ressources en général, qui doivent compter avec la coopération des SILAIS plus favorisés lors de la division. Cette coopération va rendre plus équitable la distribution géographique des ressources, un des problèmes identifiés lors de l'implantation des SILAIS. L'atteinte de cet objectif assurera le succès des SILAIS. C'est pour cette raison que les gestionnaires ont identifié la coordination et la communication comme étant aussi des facteurs clés pour le succès des SILAIS, dont on doit tenir en compte dans le système d'information à implanter.

7.- CONCLUSION.

Le premier facteur clé de succès pour la gestion des SILAIS dans le Ministère de la santé au Nicaragua est une surveillance épidémiologique efficace des maladies infecto-contagieuses qui pourraient connaître une augmentation de leur incidence étant donné les conditions socio-économiques actuelles.

Les données pour construire les informations dont les gestionnaires de tous les niveaux ont besoin sont déjà présentes dans l'actuel système d'information. Il faudra cependant changer la façon dont elles sont acheminées et traitées, pour assurer leur transmission opportune au niveau opérationnel et aussi en garantir leur crédibilité et leur utilité aux fins de la prise de décisions à ce niveau. Les fonctions de contrôle et de support du niveau central du Ministère devront être aussi assurées mais de façon à privilégier les besoins du niveau opérationnel.

En ce qui concerne les informations sur les ressources humaines, il est nécessaire de recueillir les données et construire les informations pertinentes pour la gestion de ce type de ressource, car l'ancien système ne prévoyait pas leur inclusion et leur utilité pour le niveau opérationnel. Maintenant, avec l'implantation des SILAIS et la recherche d'une décentralisation effective, la nécessité de maîtriser des données fiables sur ces ressources est maintenant plus évidente pour augmenter l'efficacité des interventions planifiées.

Le facteur clé identifié dans ce domaine est l'incorporation au système d'information des SILAIS des éléments et données qui permettront aux gestionnaires une meilleure connaissance. Des ressources humaines sur lesquelles ils devront compter pour bien structurer ses interventions dans le domaine. Les activités de motivation, de formation, d'engagement, de rémunération et d'autres domaines sont encore peu développées dans l'administration des services de santé. La responsabilité de les prendre en charge revient aux SILAIS. Bien que ce facteur n'ait pas été identifié de façon évidente, il est sûr qu'avec le transfert de fonctions et des responsabilités du niveau central vers le niveau opérationnel, un besoin de gestionnaire à ce dernier niveau se manifestera de façon importante.

Une fois que la décentralisation financière aura atteint ses objectifs, les données sur les ressources financières deviendront un facteur important dans l'atteinte des objectifs des SILAIS. L'amélioration de l'efficacité dans la production des soins ne sera possible que si l'on maîtrise toutes les informations sur le budget, les dépenses nécessaires et les sources alternatives de financement. Avant la décentralisation, les gestionnaires ne se souciaient que de la gestion du budget alloué. Dorénavant, il devront s'occuper plus de la gestion intégrale de leurs ressources économiques, aux moyen d'indicateurs qui reflètent leur disponibilité et aussi des systèmes de coûts, simples dans leur conception et leur usage, pour supporter la gestion dans ce domaine.

L'administration des autres ressources aussi décentralisées par le niveau central (médicaments, moyens de transport, etc.) va demander aux gestionnaires des outils plus développés pour assurer la gestion des achats, de l'entreposage et de la distribution vers les établissements, et l'entretien des équipements, le cas échéant. C'est un défi qui n'est pas encore mesuré, dans le sens des efforts que suppose la prise en charge de tout le processus d'approvisionnement des unités, en temps opportun tout en maintenant la qualité des produits. Les gestionnaires du niveau opérationnel parlent déjà de l'importance de ce facteur, surtout dans une conjoncture assez difficile. Les gestionnaires devront compter sur un système qui leur donne les informations les plus pertinentes pour prendre les décisions sans délai.

La participation sociale est l'autre facteur identifié comme étant une des clés du succès des SILAIS. Il y a dans la communauté des ressources à exploiter pour assurer la bonne marche des activités planifiées dans les SILAIS. Pour y arriver, il faut s'assurer d'abord l'engagement de cette communauté en lui donnant un rôle actif dans tout le processus de gestion. Cependant, suivant les conceptions des gestionnaires, les informations sur ce sujet sont considérées étrangères au système d'information institutionnel.

Un autre facteur à prendre en compte est la coordination entre les différents SILAIS, pour éviter les problèmes de chevauchement dans les activités ou le manque de couverture dans certains territoires frontaliers entre deux SILAIS.

L'objectif identifié est d'assurer la coopération entre les SILAIS, lors de l'implantation d'activités qui demandent des efforts nationaux, tel que les épidémies, les programmes de vaccination et les désastres naturels qui ne sont pas rares au Nicaragua.

Le besoin de coordination entre les SILAIS est plus évident lorsqu'il s'agit des SILAIS qui n'ont pas d'hôpitaux ou d'autres ressources nécessaires pour leurs activités, situation qui est le résultat de la division administrative des anciennes régions, et que nous avons déjà décrite dans la discussion des résultats. Les mécanismes à privilégier sont ceux de la référence et la contre référence, les ententes intra et inter institutionnelles pour le partage de certaines ressources, et les accords spéciaux (territoires à partager d'après critères géographiques, culturels, sociaux, etc.). Le nouveau système d'information devra fournir les éléments nécessaires pour assurer la coordination entre les établissements, l'exécution des accords de coopération et la gestion des références et contre références, le cas échéant. Ce système devra avoir la souplesse qui permettra aux gestionnaires du niveau local, le suivi des activités encadrées dans ce domaine, pour en assurer la réussite.

Il faudra aussi tenir en compte d'autres facteurs clés qui n'ont pas été identifiés de façon précise lors des entrevues avec les gestionnaires, si on veut assurer le succès des SILAIS. La méthode des facteurs clés nous a permis d'avoir une vision globale sur les besoins en information des gestionnaires du niveau opérationnel du Ministère de la santé.

Il est évident que le principal obstacle qui nous empêche de tirer plus de résultats avec cette approche est le manque de formation en gestion des personnes interviewées dans les SILAIS. Nous avons essayé de contourner cet obstacle en ajoutant l'avis des experts du SISNICA et à travers la littérature disponible sur d'autres expériences de décentralisation en Amérique latine. Les sources principales pour dégager ces facteurs manquants sont les documents du Ministère de la santé qui décrivent les intentions du Ministère lors de l'implantation de cette stratégie et les autres écrits publiés par l'Organisation panaméricaine de la santé qui décrivent les expériences similaires en l'Amérique latine (OPS, 1992).

Ces facteurs devront être intégrés dans un effort pour compléter la formation en gestion que les gestionnaires du Ministère doivent recevoir pour améliorer leur performance tout en leur procurant des outils de gestion qui leur permettront de mieux identifier leurs besoins en information et la façon de tirer plus de profit du système d'information du domaine de la santé. «L'exploitation d'un système d'information implique un changement organisationnel important. Tout le personnel impliqué par ce changement, soit les gestionnaires, les usagers et les opérateurs du système, doit donc être préparé et formé en vue de faciliter la compréhension et l'acceptation du nouveau système» (Gingras, Magnenat-Thalman et Raymond, 1986).

Ce processus de formation devient par lui-même un facteur clé, car il va assurer la compréhension et l'inclusion des autres facteurs clés dans un système d'information conçu d'après les besoins du Ministère et des gestionnaires qu'y travaillent. Cette formation va demander du temps complémentaire lors de l'implantation du système d'information, mais elle va permettre d'éviter que le Ministère mette en place un système condamné à la sous utilisation puisque le personnel usager n'arriverait pas à bien l'exploiter.

BIBLIOGRAPHIE

B I B L I O G R A P H I E .

Anthony et al: Key Economics Variables. In Management Controls Systems. Homewood, Illinois.: Irwin. 1972.

Bullen et Rockart, J.F.: A Prime on Critical Succes Factors. Working paper No. 69, Center for Information Systems Research, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts 1981.

Chokron, M. et Reix, R.: Planification des systèmes d'information et stratégie de l'entreprise; tiré de Beaufils, A. et Guiot, J.M.: Gestion stratégique et politiques de l'organisation, Gaëtan Morin éditeur, 1987.

Davis, G.B. et coll: Les stratégies pour déterminer les besoins en information (Chapitre 9); Système d'information pour le management, tome 1, 1986.

Eni, Godwin et Tan, Joseph: Going North On a North-Bound Trail: A model for achieving Health Management goals and Objectives. Health Services Management Research. Vol 2 No 2 July 1989.

Garfield, R. et Williams, G.: Health care in Nicaragua: Primary Care Under Changing Regimes. Oxford University Press, New York, 1992.

Gingras, L., Magnetat-Thalmann, N., Raymond, L.: Systèmes d'information organisationnels. Gaëtan Morin éditeur, 1986.

Ministerio de Salud (MINSa), República de Nicaragua; Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES-UNAN); Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS); Agencia Española para la Cooperación Internacional (AECI): Proyecto para el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria en Nicaragua (SISNICA). Managua, Nicaragua, Octubre 1991.

B I B L I O G R A P H I E

Ministerio de salud, (MINSAL) República de Nicaragua; (OPS) Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud: Los Sistemas locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS). Managua, Nicaragua, Mai 1991.

Ministerio de salud (MINSAL); Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Programa de adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP): Plan estratégico de desarrollo de los recursos humanos en salud para el período 1992-1996. Serie SILAIS. Managua, Nicaragua, Mai 1992.

Organización Panamericana de la Salud: Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: La administración estratégica. Washington, 1992.

Pruñonosa, Vicente. Entrevue faite au CIES. Managua, Nicaragua. Juin 1992.

Rockart, J.F.: Le système d'information idéal; Harvard-L'expansion; Hiver 1979-1980.

Rubin, B.M.: Information Systems for public management: Design and implementation; Public administration Review Vol 46 1986.

Thomas, J.W.; Lowery, J.: Determining information needs of Hospital managers: The Critical Success Factors Approach, Inquiry 18. 1981.

ANNEXES

ANNEXE I

GUIDE D'ENTREVUE.

1.- Conversation préliminaire pour faire l'introduction au sujet du Système d'information du Ministère de la santé, vis-à-vis les SILAIS:

a- Perception sur l'actuel système: degré d'utilisation, fiabilité attribué et convenance d'en conserver des éléments particuliers.

a.1- Sur l'utilisation que le gestionnaire fait du système:

- pour la prise de décision;
- construction d'indicateurs sur l'état de santé de la population;
- simple «remplissage»: accomplir avec les orientations du niveau central;
- pour la planification locale;
- pour contrôler (ou pour subir le contrôle du niveau supérieur);
- autres.

a.2- Sur la conservation de certains éléments:

- identifier ces éléments et argumenter sur leur utilité pour le processus de gestion des SILAIS.

a.3- Sur l'inclusion de nouveaux éléments dans le système pour améliorer le processus de gestion des SILAIS,

- identifier ces éléments et argumenter sur leur utilité.

2.- Quel est l'ordre d'importance que vous donnez aux domaines d'activité suivants:

- surveillance épidémiologique;
- ressources humaines;
- ressources financières;
- participation communautaire;
- l'évaluation des programmes de soins;
- autres, spécifier.

3.- Quel type d'information est le plus fréquemment utilisée, lors de la prise de décision dans ces domaines?

4.- S'il est possible de le calculer, dans quel pourcentage est-elle présente (l'information nécessaire pour la prise de décision) dans l'actuel système d'information?

5.- Où trouverait-on les données pour construire l'information dont vous avez besoin? Serait-il nécessaire de restructurer l'actuel système d'information pour trouver l'information dont on a besoin quotidiennement?

6.- Si la réponse pour (5) a été oui, quel type de changements seront-ils nécessaires?

ANNEXE II

Personnel interviewé lors du travail dirigé.

I. Niveau centrale: 2 personnes ▶15.4%

Unité de surveillance épidémiologique, Ministère de la santé.

Dr. Alvaro Ramírez, chef de l'unité. (1)

Dr. Omar Malespín.(2)

II. Niveau Opérationnel: 7 personnes ▶53.8%

1.-SILAIS central Managua.

Dr. Guillermo Gosebruch, directeur SILAIS.(3) 7.1%

2.-SILAIS León.

Dr. Ofilio Mayorga, directeur Hôpital Universitaire.(4) 7.1%

Dr. M. Quintana, chef departement chirurgie Hôp.Univ. (5) 7.1%

3.- SILAIS Madriz.

Dr. Héctor Olivas, directeur.(6) 7.1%

4.- SILAIS Estelí.

Dr. Castillo, departement d'épidémiologie.(7) 7.1%

5.- SILAIS Nueva Segovia.

Dr. Martha Reyes. (8) 7.1%

Mdm. Aura Lila López, département de biostatistique.(9) 7.1%

III. CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD-
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. 3 personnes ▶23.1%

M. Vicente Pruñonosa, représentant d'AECI, coordonnateur
SISNICA.(10)

Dr. Guillermo González, directeur CIES.(11)

Dra. Martha González, professeur CIES.(12)

IV. Organisation Panaméricaine de la Santé, bureau à Managua.

1 personne ▶7.1%

Dr. Humberto Montiel.(13)

ANNEXE III

TABLE I
Distribution des gestionnaires interviewés.

| | | | |
|-------------------|----------------|--------------|----------|
| Type de SILAIS: | Semi-Urbain | Urbain | |
| Nb entrevues | 4 | 3 | |
| Autre origine | MINSA-Central | Indépendants | |
| Nb entrevues | 2 | 4 | |
| Type de formation | Santé publique | Cliniciens | No/form. |
| Nb entrevues | 4 | 2 | 7 |

ANNEXE IV

CARTE DU NICARAGUA.

(Dans Garfield, 1992)

