

Université de Montréal

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

IVOIRIEN:

LES DIMENSIONS À PRIVILÉGIER.

Par

Tanon Affaud Anaïs

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade

de Maître es Sciences en Administration des services de santé

option Santé et Systèmes de soins

Avril 2002

©,Affaud Anaïs Tanon, 2002

WA

525

U38

2002

V.003

Université de Montréal
Faculté des Études Supérieures

Ce mémoire intitulé:

**LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES
IVOIRIEN:
LES DIMENSIONS À PRIVILÉGIER.**

Présenté par:

Tanon Affaud Anaïs



A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Jean - Louis DENIS

Président rapporteur

André - Pierre CONTANDRIOPOULOS

Directeur de Mémoire

Claude SICOTTE

Membre du jury

RÉSUMÉ

Cette étude se propose de définir le concept de la performance pour le système de Soins de Santé Primaire (SSP) ivoirien et de vérifier de façon exploratoire, la position des différents acteurs du système par rapport au concept. Pour ce faire un cadre d'analyse systémique et multidimensionnel a été élaboré à partir du modèle d'analyse de la performance organisationnelle d'inspiration parsonienne de Sicotte et collaborateurs (1998) et du modèle d'analyse de la performance des systèmes de santé de l'OMS.(2000)

Trois groupes d'acteurs du système de SSP (Ministère, Intervenants, Organisme) ont donné leur avis sur la pertinence et l'importance des aspects de la performance soulignés par le modèle.

Il ressort des résultats de l'étude que la performance recouvre quatre dimensions principales organisées autour de deux axes. Le premier décrit le niveau d'action des activités du système de SSP et oppose le niveau macroscopique et mésoscopique au niveau microscopique. Le deuxième décrit le type d'activités du système et oppose les activités de planification et de programmation aux activités de régulation et d'évaluation. La dimension la plus importante a trait aux activités de planification et de programmation au niveau macro-méso. La dimension la moins importante a trait aux activités de régulation et de contrôle au niveau microscopique.

Il existe des différences d'appréciation des dimensions de la performance entre les groupes d'acteurs, qui peuvent expliquer la faible performance du système de SSP ivoirien. Les dimensions qui font le plus de consensus sont probablement celles à partir desquelles l'on pourrait commencer une réforme du système de SSP ivoirien.

Mots clés: Conceptualisation, Théorie de l'action sociale, systèmes de santé, acteurs, réforme.

SUMMARY

This study aims to define the concept of performance for the ivoirian primary health care system and to assess the way the main groups of actors appreciate the concept.

Based on the parsonian conceptual model of organisational performance of Sicotte and al and on the framework for health systems' performance assessment proposed by the WHO, a multidimensional and systemic framework has been elaborated.

Three groups of actors (Ministère, Intervenants, and Organisme) have reported their opinion about the relevance and the importance of the different aspects of performance presented.

It arises from the results of the study that the concept of performance covers four principal dimensions organised around by two axes. The first axe describes the level of action at which the PHC's activities are undertaken and opposes the macroscopic and microscopic level to the microscopic one. The second axe describes the type of the system's activities and separates planning and programming activities from regulation and control activities. The most important dimension is the one related to planning and programming at the macro-meso level, the least important is the one related to regulation and control activities at the microscopic level.

All the dimensions are not appreciated the same way by the different groups of actors of the system and this may explain the poor performance of the ivoirian PHC system. The most consensual dimensions are probably those from which one could begin a reform of the ivoirian PHC system.

Key words: Conceptualisation, theory of social action, health systems, actors, reform.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Summary.....	ii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	x
Liste des annexes.....	xii
Liste des abréviations.....	xvi
Dédicace.....	xvii
Remerciements.....	xviii
INTRODUCTION.....	1
Chapitre 1 : L'OFFRE DE SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE.....	6
1.1 L'offre publique de santé.....	6
1.2 L'offre privée de santé.....	10
1.3 Les Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire.....	10
Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	14
2.1 Les dysfonctionnements du système de santé et des Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire.....	14
2.2 Le point théorique : les outils disponibles pour analyser la performance.	17
2.3 Un outil intégrateur d'analyse de la performance.....	19
2.4 Le fruit de l'expérience : les connaissances empiriques sur ce qui peut améliorer la performance des systèmes de santé.....	23
2.4.1 Les buts des systèmes de santé.....	23

2.4.2 Les fonctions du système de santé.....	24
Chapitre 3 : ÉLABORATION D'UNE GRILLE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES.....	26
3.1 Définition du système de soins de santé primaires.....	26
3.2 Les pôles du modèle d'analyse.....	28
3.2.1 Le pôle Adaptation (Externe – Moyens).....	28
3.2.2 Le pôle Atteinte des buts (Externe – Buts).....	30
3.2.3 Le pôle Production (Interne – Buts).....	34
3.2.4 Le pôle Maintien des valeurs (Interne- Moyens).....	36
3.3 Les alignements.....	39
3.3.1 L'alignement stratégique :.....	39
3.3.2 L'alignement allocatif :.....	40
3.3.3 L'alignement tactique :.....	40
3.3.4 L'alignement opérationnel :.....	41
3.3.5 L'alignement légitimatif :.....	42
3.3.6 L'alignement contextuel :.....	42
Chapitre 4: MÉTHODOLOGIE.....	45
4.1: Collecte des données.....	45
4.1.1 Population cible et échantillon.....	45
4.1.2 Procédure de collecte de données.....	47
4. 2 Instrument de mesure.....	47
4.2.1 Le questionnaire.....	47
4.2.2 L'échelle de mesure.....	48
4.3 Description et toilettage des données brutes	50

4.3.1 Description des données brutes.....	50
4.3.2 Toilettage des données brutes et détermination de la base de données finale.....	54
4.4 L'analyse des données.....	57
4.4.1 Choix de la méthode statistique.....	57
4.4.2 Méthode d'analyse.....	58
Chapitre 5: RÉSULTATS.....	69
5.1 L'analyse en composantes principales 2.....	69
5.2 Interprétation des axes.....	71
5.3 Classement des variables à l'intérieur des pôles.....	77
5.3.1 Les migrations des variables du pôle Adaptation théorique.	77
5.3.2 Les migrations des variables du pôle Atteinte des Buts théorique....	83
5.3.3 Les migrations des variables du pôle Production théorique.....	86
5.3.4 Les migrations des variables du pôle Maintien des valeurs théorique.	90
5.4 Les pôles du modèle empirique.....	94
5.4.1 Le pôle Adaptation empirique.....	96
5.4.2 Le pôle Atteinte des buts empirique.....	97
5.4.3 Le pôle Production empirique	99
5.4.4 Le pôle Maintien des Valeurs empirique.....	102
5.5 Classement des individus de l'échantillon dans les pôles du modèle empirique.....	104

Chapitre 6: DISCUSSION.....	111
6.1: Synthèse des résultats.....	111
6.2: Limites de l'étude.....	117
6.3:Étapes à franchir pour l'élaboration d'un outil d'aide à la décision.....	118
CONCLUSION.....	120
BIBLIOGRAPHIE.....	123
ANNEXES.....	xix

LISTE DES TABLEAUX ET ENCADRE

Tableau I: Les infrastructures sanitaires publiques en Côte d'Ivoire en 1996....	9
Tableau II: L'infrastructure sanitaire privée en Côte d'ivoire en 1993.....	10
Tableau III: Dépenses publiques de santé, 1992- 1999. (millions de FCFA courants).....	13
Tableau IV: Tableau récapitulatif des fonctions du cadre d'analyse et de leurs dimensions.	38
Tableau V: Composition de l'échantillon de l'étude.....	46
Tableau VI: Utilisation de l'échelle de mesure.....	50
Tableau VII: Distribution des variables en fonction de la médiane et de l'étendue semi - interquartile.....	54
Tableau VIII : Présentation des questionnaires présentant des valeurs aberrantes.....	56
Tableau IX : Valeurs propres et pourcentage de variabilité des composantes 1 et 2 de l'ACP1.....	60
Tableau X: Examen de la première composante de l'ACP 1, coordonnées des variables sur l'axe, cosinus carrés et contributions.....	61

Tableau XI: Comparaison des moyennes attribuées par les individus aux variables AA centrées et réduites à leurs coordonnées sur la composante 1 de l'ACP1.....	62
Tableau XII: Examen de la composante 2 de l'ACP 1.....	64
Tableau XIII: Les variables qui discriminent du côté positif de la composante 2 de l'ACP1.....	65
Tableau XIV: Les variables qui discriminent du côté négatif de la composante 2 de l'ACP2.....	66
Tableau XV: Les 18 premières composantes de l'ACP 2, leurs valeurs propres, les pourcentages de la variabilité totale représentée.....	70
Tableau XVI : Les variables des pôles théoriques qui se retrouvent dans les pôles du même nom du modèle empirique.....	93
Tableau XVII: Le pôle Adaptation empirique.....	96
Tableau XVIII: Le pôle Atteinte des Buts empirique.....	98
Tableau XIX: Le pôle Production empirique.....	101
Tableau XX: Pôle Maintien des valeurs empirique.....	103
Tableau XXI: Répartition des individus sur l'axe Buts - Moyens (Niveau d'action de l'intervention).....	105
Tableau XXII: Tableau de répartition des individus sur l'axe Externe - Interne (Nature de l'intervention).....	106

Tableau XXIII: Répartition des individus à l'intérieur des quatre pôles du modèle empirique.....	108
Tableau XXIV: Comparaison de l'importance accordée aux différents pôles (estimée par la moyenne)	116
Encadré I : Modification de l'échelle de mesure.....	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1: La Côte d'Ivoire.....	7
Figure 2: Cadre théorique d'analyse de la performance organisationnelle de Sicotte et col.....	22
Figure 3: Le cadre théorique d'analyse de la performance du système de Soins de Santé Primaires.....	44
Figure 4: Répartition des variables selon la médiane.....	51
Figure 5: Répartition des variables selon le mode.....	51
Figure 6: Répartition des variables selon leur étendue semi-interquartile.....	53
Figure 7: Répartition des variables selon l'ampleur de la concentration autour de la médiane.....	53
Figure 8: Répartition des valeurs aberrantes selon la catégorie de répondants	55
Figure 9 : Courbe de décroissance des valeurs propres des composantes de l'ACP1.....	59
Figure 10 : Courbe de décroissance des valeurs propres des composantes de l'ACP2.....	70
Figure 11: Examen de la composante 1.....	72
Figure 12: Examen de la composante 2.....	74

Figure 13: Le modèle empirique.....	76
Figure 14 : Les migrations des variables du pôle Adaptation théorique.....	82
Figure 15 : Les migrations des variables du pôle Atteinte des Buts théorique..	85
Figure 16 : Les migrations des variables du pôle Production théorique.....	89
Figure 17 : Les migrations des variables du pôle Maintien des Valeurs théorique.....	91
Figure 18: Position des groupes d'individus par rapport aux pôles du modèle empirique.....	108
Figure 19: Caractérisation de chacun des pôles du modèle empirique par le groupe qui le préfère le plus.....	110

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire.....	xx
Annexe 2 : Opérationnalisation du modèle théorique, classement des items en fonction des dimensions du modèle.	xxvii
Annexe 3 : Distribution de fréquence des variables de l'étude.....	xxxii
Annexe 4 : Caractéristiques de tendance centrale des variables de l'étude.....	xxxix
Annexe 5 : Caractéristiques de dispersion des variables de l'étude.....	xliv
Annexe 6 : Les fonctions mathématiques utilisées pour transformer les variables pour l'Analyse en Composantes Principales 1.....	xliv
Annexe 7 : Transformations des variables pour la première ACP et quelques statistiques descriptives.....	l
Annexe 8 : Matrice de corrélation pour les variables AA, centrées et réduites.	lii
Annexe 9 : Part de la variance des variables AA exprimée dans les 77 composantes issues de l'ACP 1.....	lviii
Annexe 10 : Part de la variation des variables AA exprimée dans les deux premières composantes retenues pour l'analyse de l'ACP 1.....	lix
Annexe 11 : Coordonnées des individus sur les composantes 1 et 2 de l'ACP 1.....	lx
Annexe 12 : Les moyennes attribuées aux variables initiales (corrigées des données manquantes, centrées et réduites) par les individus de l'échantillon....	lxi
Annexe 13 : Les fonctions mathématiques utilisées pour transformer les variables AB pour l'ACP2.....	lxii

Annexe 14 : Transformation des variables AB pour l'ACP2 et quelques statistiques.....	lxiii
Annexe 15 : Matrice de corrélation des données ajustées par la moyenne des notes accordées aux items par les individus de l'échantillon.....	lxv
Annexe 16 : Part de la variation des variables CC exprimée dans les 77 composantes issues de l'ACP 2.....	lxxi
Annexe 17 : Part de la variation des variables CC exprimée dans les 18 premières composantes.....	lxxii
Annexe 18 : Positionnement des variables sur la composante 1 de l'ACP 2.	lxxv
Annexe 19 : Positionnement des variables sur la composante 2 de l'ACP 2.....	lxxviii
Annexe 20 : Positionnement des variables sur la composante 3 de l'ACP 2.....	lxxx
Annexe 21 : Positionnement des variables sur la composante 4 de l'ACP 2.....	lxxxiv
Annexe 22 : Positionnement des variables sur la composante 5 de l'ACP 2.....	lxxxvii
Annexe 23 : Positionnement des variables sur la composante 6 de l'ACP 2.....	xc
Annexe 24 : Positionnement des variables sur la composante 7 de l'ACP 2.....	xciii
Annexe 25 : Positionnement des variables sur la composante 8 de l'ACP 2.....	xcvi
Annexe 26 : Positionnement des variables sur la composante 9 de l'ACP 2...	xcix
Annexe 27 : Positionnement des variables sur la composante 10 de l'ACP 2....	cii
Annexe 28 : Positionnement des variables sur la composante 11 de l'ACP 2....	cv
Annexe 29 : Positionnement des variables sur la composante 12 de l'ACP 2....	cviii
Annexe 30 : Positionnement des variables sur la composante 13 de l'ACP 2....	cx
Annexe 31 : Positionnement des variables sur la composante 14 de l'ACP 2....	cxiv

Annexe 32 : Classement des variables selon le pôle Macro, Méso (MM) – Micro (MI).....	cxvii
Annexe 33 : Positionnement des variables sur le pôle Planification, Programmation (PP) - Contrôle Régulation (CR).....	cxxi
Annexe 34 : Classement initial et final des variables selon les pôles Moyens – Buts et Interne – Externe.....	cxxv
Annexe 35 : Positionnement des individus sur la composante 1 de l'ACP 2.....	cxxviii
Annexe 36 : Positionnement des individus sur la composante 2 de l'ACP 2.....	cxxix
Annexe 37 : Positionnement des individus sur la composante 3 de l'ACP 2.....	cxxx
Annexe 38 : Positionnement des individus sur la composante 4 de l'ACP 2.....	cxxxi
Annexe 39 : Positionnement des individus sur la composante 5 de l'ACP 2.....	cxxxii
Annexe 40 : Positionnement des individus sur la composante 6 de l'ACP 2.....	cxxxiii
Annexe 41 : Positionnement des individus sur la composante 7 de l'ACP 2.....	cxxxiv
Annexe 42 : Positionnement des individus sur la composante 8 de l'ACP 2.....	cxxxv
Annexe 43 : Positionnement des individus sur la composante 9 de l'ACP 2.....	cxxxvi
Annexe 44 : Positionnement des individus sur la composante 10 de l'ACP 2.....	cxxxvii
Annexe 45 : Positionnement des individus sur la composante 11 de l'ACP 2.....	cxxxviii
Annexe 46 : Positionnement des individus sur la composante 12 de l'ACP 2.....	cxxxix
Annexe 47 : Positionnement des individus sur la composante 13 de l'ACP 2.....	cxli
Annexe 48 : Positionnement des individus sur la composante 14 de l'ACP 2.....	cxli
Annexe 49 : Positionnement des individus sur le pôle Macro, Méso (MM) - Micro (MI).....	cxlii

Annexe 50: Positionnement des individus sur le pôle Planification, Programmation (PP) - Contrôle, Régulation(CR).....	cxliv
Annexe 51: Positionnement final des individus selon les pôles Macro, Méso – Micro et Planification, Programmation – Contrôle, Régulation.....	cxlvi
Annexe 52: Tableaux de moyennes des notes attribuées aux variables des différents pôles des deux axes Macro, Méso – Micro et Planification, Programmation – Contrôle, Régulation par les individus de l'échantillon selon leur contribution à la formation de ces axes.....	cxlvii
Annexe 53: Position des individus dans le modèle empirique en fonction du pôle qu'ils préfèrent (identifié par la comparaison des moyennes des notes attribuées aux variables des différents pôles des deux axes Macro, Méso – Micro et Planification, Programmation – Contrôle, Régulation).....	cliii
Annexe 54: Moyenne des notes accordées aux variables selon le groupe d'individus.	clv

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACP: Analyse en composantes principales

Comp: Composante

Cont: Contribution

Cos: Cosinus

INT: Intervenants

MIN: Ministère

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG: Organisation non gouvernementale

ORG: Organismes internationaux

PHC: Primary health care

SSP: Soins de Santé primaires

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

WHO: World Health Organisation

DÉDICACE

À tous les membres de ma famille:

mon père,

ma mère,

ma sœur unique et préférée,

mes deux grands frères chéris,

mes adorables petits frères,

Marie-Louise Dominique ma jolie nièce et filleule.

À Bakary, loin des yeux mais près du cœur.

REMERCIEMENTS

À Dieu, le véritable auteur de tout ce qui se trouve de bien dans ce travail (les erreurs m'appartiennent en propre).

Au Programme Canadien des Bourses de la Francophonie qui m'a permis d'entreprendre ces études.

À André-Pierre Contandriopoulos, mon directeur de mémoire, qui m'a guidé tout le long de ce périple.

Aux professeurs du Département d'Administration des Services de Santé et spécialement à ceux qui m'ont fait confiance (Jean-Louis Denis, Lise Lamothe, François Champagne), à Claude Sicotte et ses collègues pour le merveilleux modèle d'analyse de la performance organisationnelle qui m'a tant inspirée.

À tout le personnel du Département d'Administration des Services de Santé et spécialement à Nicole Roberge et Linette Cohen pour leur gentillesse.

En Côte d'Ivoire, je remercie particulièrement le Ministre de la Santé pour son appui.

Je remercie toutes les personnes qui ont voulu se prêter à mes interviews.

Je remercie également le Directeur de l'Ensea et tout le personnel de cette institution.

Je remercie enfin tous les amis qui n'ont cessé de m'encourager.

INTRODUCTION.

La conférence internationale qui s'est tenue à Alma Ata en 1978, sur l'initiative de l'OMS et de l'UNICEF, a consacré un tournant important dans la conception des politiques de santé. De nombreux pays tant développés qu'en voie de développement, se sont engagés à réformer leurs systèmes de santé, en mettant l'accent sur les Soins de Santé Primaires dans le but d'améliorer de façon durable la santé des populations (Tatar et Tatar 1997). Depuis, de nombreux modèles de systèmes de Soins de Santé Primaires ont vu le jour à travers le monde. Mais l'opérationnalisation des programmes de Soins de Santé Primaires s'est heurtée à des difficultés conjoncturelles et organisationnelles (WHO 1988). En dépit de ces difficultés, les Soins de Santé Primaires restent d'actualité et figurent au menu principal des réformes des systèmes de santé entreprises à travers le monde de même que le thème de la performance (Mechanic et Rochefort, 1996). Ce dernier concept, qui jusque là était l'apanage du secteur privé, s'est imposé aux systèmes de santé nationaux en raison de l'objectif d'utiliser le mieux possible les ressources consacrées à la santé, de manière à mieux répondre à une demande de services de santé toujours plus exigeante. (Sicotte et coll., 1999). Ces deux thèmes ne sont pas sans avoir des liens étroits. Les systèmes de Soins de Santé Primaires étant perçus comme un moyen de rendre les soins de santé plus accessibles, d'accroître l'efficacité et de réduire les coûts du système de santé dans son ensemble (Abelson et Hutchinson 1994), l'analyse et la compréhension de leur performance est de la première importance.

Si depuis son engagement officiel en faveur des Soins de Santé Primaires en 1978, la Côte d'Ivoire a enregistré quelques progrès dans le domaine sanitaire, les résultats restent généralement insuffisants, même en comparaison de la moyenne africaine et compte tenu du niveau de richesse du pays. Ainsi, on note que le taux de mortalité infantile est passé de 160

pour mille en 1970 à 90 pour mille en 1997, une baisse importante qui, en 1997, plaçait la Côte d'Ivoire au-dessus de la moyenne africaine qui est de 105 pour mille. Mais, pour ce qui est du taux de mortalité infanto-juvénile, la Côte d'Ivoire qui est parti de 240 pour mille en 1970 se situait en 1997 à un taux de 150 pour mille, inférieur à la moyenne africaine. En outre, même si en 1990, le taux de mortalité maternelle de 810 pour 100 000 naissances vivantes se situait au-dessus de la moyenne de l'Afrique subsaharienne, il se situait au-dessous des taux obtenus par des pays tels que le Soudan (660), le Togo (640), Madagascar (490) (Sindzingre, 2000).

Selon un indicateur de performance élaboré par l'OMS (2000) (Index de la Performance Globale du Système de Santé), la Côte d'Ivoire se situait en 1997 en 137^e position derrière des pays tels que, le Bénin (97^e), le Burkina Faso (132^e), le Ghana (135^e). Alors que la Côte d'Ivoire consacrait¹ dans la même période 57 \$ par habitant à la santé, les autres pays y consacraient respectivement 39\$, 37\$ et 45 \$(O.M.S. 2000).

Cette situation peu honorable du système de santé ivoirien ainsi que le constat des effets favorables d'un engagement effectif en faveur des SSP sur la santé des populations et surtout sur celle des populations vulnérables (Blumenthal et al, 1995), place la Côte d'Ivoire face au défi d'améliorer la performance de son système de Soins de Santé Primaires.

Relever ce défi implique l'initiation d'un certain nombre de réformes fondées sur une recension des mesures qui permettraient de corriger les éléments à la base de la mauvaise performance. Ces derniers points ont fait l'objet de plusieurs écrits. Par la diversité des points de vue avancés sur les causes du dysfonctionnement du système de santé ivoirien, en particulier en ce qui a trait à la mise en œuvre de la politique des Soins de Santé Primaires, ces écrits suggèrent que la performance du système de Soins de Santé Primaires ivoirien est une réalité multidimensionnelle. Néanmoins très peu de ces écrits prennent en compte l'avis des

¹ Les sommes sont données en dollars US.

personnes chargées d'élaborer ou de mettre en œuvre la politique de SSP sur les mesures à prendre pour améliorer la performance du système.

L'une des conditions pour assurer la pérennité des réformes, surtout lorsqu'elles impliquent dans une grande mesure les administrations publiques, est pourtant d'impliquer les acteurs de la réforme «au moins à la planification des changements et de leurs traductions opérationnelles, sinon au processus même de la formulation des politiques» (Tessier, 1973).

On peut concevoir cette étude comme la phase pilote d'une recherche de développement² visant à élaborer un outil d'aide à la décision présentant de façon systémique et hiérarchique les mesures à mettre en œuvre pour améliorer la performance du système de Soins de Santé Primaires ivoirien. En effet, il est très difficile de définir une politique intégrée de réforme des Soins de Santé Primaires, en l'absence d'un cadre conceptuel systémique capable de concilier et de prioriser les différentes pistes de réformes pour accroître la performance des SSP suggérées par les écrits sur le système de Santé ivoirien, et ce en tenant compte de la position des différents acteurs impliqués dans la politique de SSP en Côte d'Ivoire.

La présente étude a pour but d'apporter une réponse partielle à la question « Comment améliorer la performance du système de Soins de Santé Primaires ivoirien selon le point de vue des acteurs? ».

Le but ultime de ce travail consiste à contribuer à l'amélioration de la performance des Soins de Santé Primaires. Plus précisément dans l'étude proposée, **l'objectif principal** est de définir de façon opérationnelle le concept de performance et de vérifier comment les différents acteurs du système de SSP se situent par rapport aux différentes dimensions de ce concept.

² «La recherche de développement est la stratégie de recherche qui vise en utilisant de façon systématique les connaissances existantes, à mettre au point une intervention nouvelle, à améliorer considérablement une intervention qui existe déjà ou encore à élaborer ou à perfectionner un instrument, un dispositif ou une méthode de mesure» (OCDE 1980)

Les objectifs spécifiques du projet sont de :

- 1- Opérationnaliser pour la Côte d'Ivoire les différentes dimensions de la performance dans le cadre des Soins de Santé Primaires;
- 2- Décrire les différentes dimensions de la performance qui ressortent de l'étude empirique et de situer les personnes interrogées par rapport à ces dimensions;
- 3- Comparer les dimensions de la performance privilégiées par les différents groupes d'acteurs afin d'identifier les zones de convergence et de divergence;
- 4- Faire des suggestions sur les étapes à franchir pour l'élaboration d'un outil d'aide à la décision pour améliorer la performance des SSP en Côte d'Ivoire.

Pour mener à bien ce projet, le devis de recherche retenu est celui de l'étude de cas unique avec plusieurs niveaux d'analyse. Le cas à l'étude est le système de Soins de Santé Primaires ivoirien. Les différents niveaux d'analyses sont les points de vue de chacun de trois groupes d'acteurs sur les mesures capables d'améliorer sa performance.

Suite à une brève description du système de santé ivoirien et de la place qu'y occupent les Soins de Santé Primaires au chapitre 1, les causes de son dysfonctionnement et les outils théoriques d'analyse de la performance sont présentés au chapitre 2. Le chapitre 3 qui répond à l'objectif spécifique 1, présente le cadre systémique et multidimensionnel d'analyse de la performance qui a été retenu. Ce dernier permet de proposer un ensemble d'énoncés suffisamment large pour prendre en compte les différentes dimensions possibles de la performance des SSP en Côte d'Ivoire.

Le chapitre 4 présente la méthodologie ayant guidé la collecte et l'analyse des données. Le chapitre 5 décrit les résultats de l'étude et répond aux objectifs spécifiques 2 et 3. Ces derniers sont discutés dans le chapitre 6 qui répond en outre à l'objectif spécifique 4. La

conclusion permet de proposer des pistes de réforme pour accroître la performance des Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire.

Chapitre 1 : L'OFFRE DE SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE.

La Côte d'Ivoire est un pays d'Afrique de l'Ouest qui couvre une superficie de 322 462 km² pour une population estimée à 16 millions d'habitants en 2000. La population ivoirienne peut être caractérisée par son extrême jeunesse (plus de 45% de la population a moins de 15 ans), une urbanisation relativement importante (51% de la population est urbaine) et une forte proportion d'immigrants (environ 30%).

Dans ce pays, le secteur de la santé comprend des opérateurs privés et publics.

1.1 L'offre publique de santé.

Les établissements sanitaires et sociaux relevant de l'offre publique de santé peuvent être classés selon quatre niveaux.

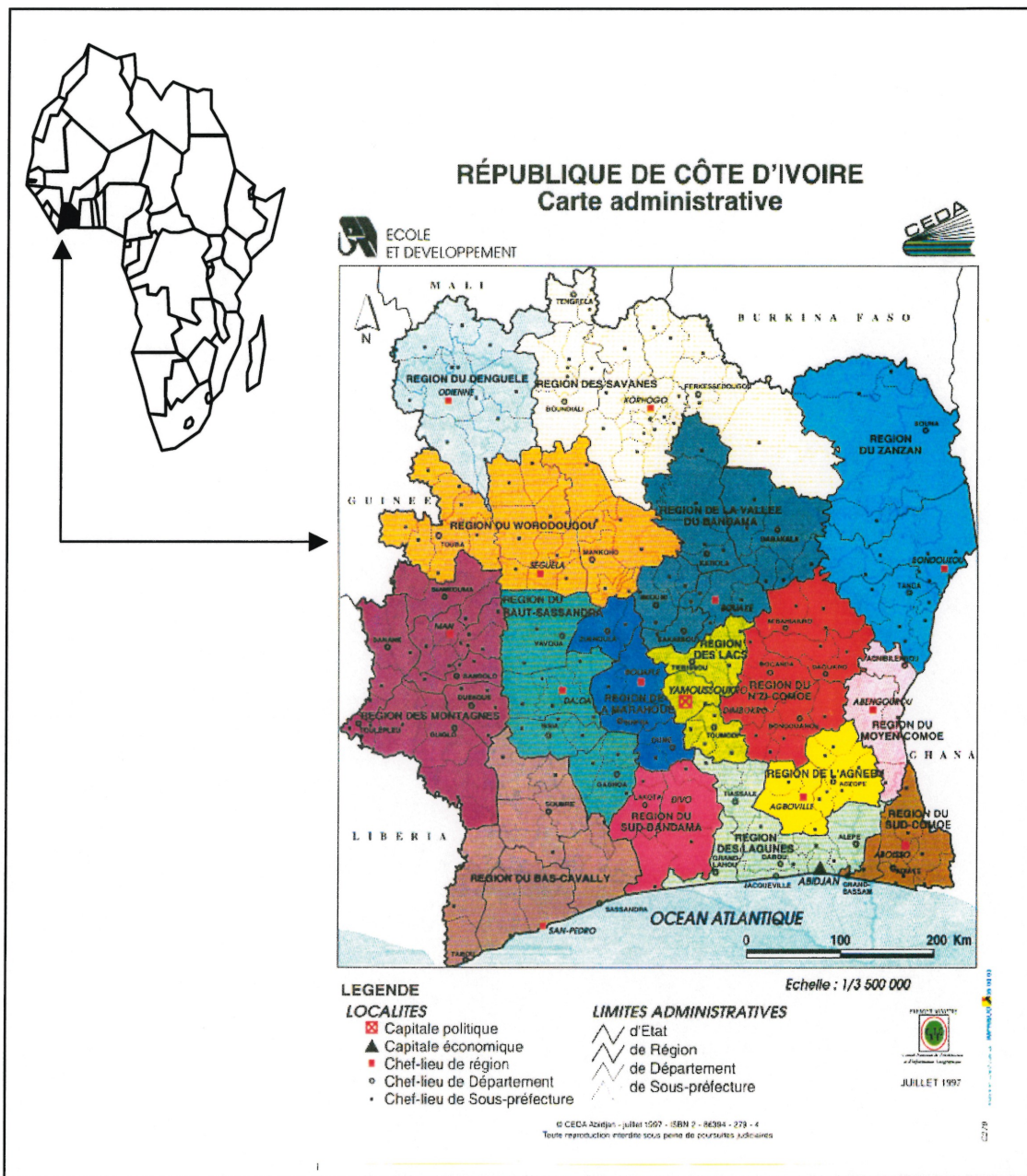
“Le niveau primaire constitue le point d'entrée dans le système et couvre les activités curatives, préventives et promotionnelle. Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant être pris en charge au niveau précédent. Le niveau tertiaire est le niveau ultime de référence régionale ou nationale pour les cas ne pouvant être pris en charge au niveau précédent. Le niveau quaternaire regroupe les établissements assurant les fonctions de formation, de recherche et d'administration". (Banque Mondiale 1996).

Le Ministère de la santé présente quant à lui une structure très hiérarchisée qui au niveau régional et périphérique, suit le découpage administratif du pays en département, préfecture et sous préfecture (Journal officiel de la Côte d'Ivoire, 1998).

Au niveau central, la Direction du Cabinet du Ministère de la Santé est appuyée par trois types de services rattachés :

- Le Service National de l'Information- Éducation- Conseil ;
- L'Inspection Générale de la Santé;

Figure 1: La Côte d'Ivoire



Source: Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, direction du Contrôle, de l'Évaluation et de l'Information sanitaire.

- Les Organismes Consultatifs (le Comité National d'Action Sanitaire, la Commission Nationale d'Hygiène Publique, le Conseil de Santé, la Commission Nationale de la Thérapeutique, la Commission Nationale de l'Enregistrement des Médicaments, la Commission Nationale de l'Équipement Sanitaire, le Comité National de lutte contre le Sida).

Les directions centrales sont au nombre de huit et se classent en trois catégories :

Les Directions de stratégie :

- La Direction de la Planification et de la Programmation Sanitaire qui comprend trois sous-directions (la sous-direction de la carte Sanitaire, la sous-direction de la Planification Sanitaire, la sous-direction des Études et de l'Économie de la Santé);
- La Direction du Contrôle, de l'Évaluation et de l'Information qui comprend trois sous-directions (la sous-direction du Contrôle de Gestion, la sous-direction de la Recherche Appliquée, la sous-direction de l'Information Sanitaire et de la Documentation);

Les Directions de Moyens :

- La Direction des Affaires Financières qui comprend deux sous-directions (la sous-direction du Fonctionnement, la sous-direction des Investissements);
- La Direction de l'Équipement du Matériel et de la Maintenance qui comprend trois sous-directions (la sous-direction des Études et des Marchés, la sous-direction du Suivi et de l'Exécution des Travaux, la sous-direction du Contrôle et de la Gestion des Projets);
- La Direction des Ressources Humaines qui comprend trois sous-directions (la sous-direction du Contrôle et de la Programmation des effectifs, la sous-direction de la Gestion des Carrières, la sous-direction de la Formation Professionnelle et Continue);

Les Directions de Politique :

- La Direction de la Santé Communautaire qui comprend quatre sous directions (la sous-direction des Soins de Santé primaires, la sous-direction des Grandes Endémies, la sous -

direction de la Surveillance Épidémiologique, la sous-direction de l'Hygiène et de la Prévention);

- La Direction des Établissements et des Professions Sanitaires qui comprend trois sous-directions (la sous-direction du Contrôle des Établissements Sanitaires, la sous-direction des Professions Sanitaires, la sous-direction de la Médecine Traditionnelle);
- La Direction de la Pharmacie et du Médicament qui comprend deux sous-directions (la sous-direction du Médicament, la sous-direction de la Pharmacie).

Au niveau régional, le Ministère de la Santé étend son action aux 11 circonscriptions administratives régionales par le biais de 11 directions régionales de la santé publiques (DRSP).

Au niveau périphérique, on retrouve :

- les Directions Départementales de la Santé publique ou Districts Sanitaires (DS) qui regroupent un certain nombre de formations sanitaires de base autour d'un hôpital de référence. Chaque DS est dirigé par une équipe cadre de district;
- les Secteurs Sanitaires et Sociaux (SSS) situés dans chaque sous préfecture;
- les Antennes Communales de la Santé Publique situées dans les Communes.

Tableau I: Les infrastructures sanitaires publiques en Côte d'Ivoire en 1996.

Infrastructures	Zones		Total
	Rurales	Urbaines	
Centres de santé	218	124	342
Dispensaires	456	35	491
Maternités	5	14	19
Protection maternelle et infantile	1	40	41
Centres de zone	0	23	23
Formations sanitaires	0	8	8
Services de santé scolaire et universitaire	0	49	49
Centres anti tuberculeux	0	12	12
Centres de santé mentale	0	1	1
Infirmières de lycée et collège	0	31	31
Infirmières de prison	0	7	7
Infirmières militaires	0	6	6
Bases de santé	0	29	29
Hôpitaux généraux	0	8	8
Centres hospitaliers universitaires	0	4	4
Établissements spécialisés	0	6	6
Instituts de formation	0	2	2

Source: Ministère de la santé publique (tiré de Diarra et Louis 1996)

1.2 L'offre privée de santé.

La Côte d'Ivoire compte un grand nombre d'infrastructures privées (à but lucratif ou à but non lucratif) dans le domaine de la santé. Pour la plupart, ces infrastructures sont regroupées dans la capitale Abidjan, comme le montre le tableau II.

Les établissements de santé privés peuvent être associés au service public par convention.

Le secteur privé ivoirien comprend en outre un grand nombre d'infrastructures exerçant dans l'illégalité dont le nombre n'a pas encore été estimé.

Tableau II: L'infrastructure sanitaire privée en Côte d'ivoire en 1993.

Infrastructure privée	Ensemble du pays	Abidjan
Clinique	24	16
Cabinet médical	24	20
Cabinet dentaire	32	27
Officine de pharmacie	303	158
Service médical d'entreprise	97	-
Hôpital à but non lucratif	4	-
Centre de rééducation pour handicapés	6	-

Source : Banque Mondiale 1996.

1.3 Les Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire.

La mise en œuvre des SSP s'inscrit dans une approche sélective du concept de Soins de Santé Primaires et prend la forme d'un paquet minimum d'activités (PMA).

Le PMA reprend la liste des activités minimales qu'il est souhaitable d'exécuter dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit autant de prestations cliniques que d'activités de gestion déterminées de manière à offrir, par complémentarité, toute la gamme de prestations à travers toute la pyramide de service (Côte d'Ivoire, 1996b).

Les activités cliniques incluses dans le PMA se répartissent comme suit:

- au niveau des formations sanitaires de base: consultation prénatale, accouchement, consultation postnatale, vaccination, surveillance de la croissance de l'enfant, planning familial, soins curatifs y compris MST/SIDA, soins chroniques limités, activités promotionnelles, visites à domicile.
- Au niveau de l'hôpital général: soins curatifs généraux, soins chirurgicaux, maternité, planning familial, soins promotionnels, soins spécialisés, services médico- techniques...

La Sous-direction des Soins de Santé Primaires de la Direction de la Santé Communautaire est chargée de la mise en œuvre des SSP en Côte d'Ivoire et s'acquitte dans ce contexte des charges suivantes:

- la conception des stratégies d'intégration du Paquet Minimum d'activités, en collaboration avec les Directions exécutives des programmes de santé (le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme National de Lutte contre le Sida, les Maladies Sexuellement Transmissibles et la Tuberculose, le Programme Élargi de Vaccination, le Programme National de Santé de Reproduction/Planification Familiale, le Programme National de Lutte contre les Ulcères à Mycobactéries, le Programme National de Santé Infantile, le Programme National de Lutte contre l'Onchocercose élargi à la Trypanosomiase Humaine Africaine, la Bilarzhiose et la Dracunculose);
- l'organisation du PMA dans les établissements sanitaires;
- la collaboration avec les associations et ONG ayant des activités en rapport avec le PMA;
- le suivi de la mise en œuvre du PMA;
- l'évaluation des dites activités.

La part des dépenses publiques consacrées aux Soins de Santé primaires est présentée au tableau III. Elle était censée représenter 45% du budget national en 1995, mais s'est établie dans les faits à 32% et n'a pas beaucoup évolué depuis.

Tableau III: Dépenses publiques de santé, 1992- 1999. (millions de FCFA courants).

	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Dépenses de fonctionnement																
Primaire	12.915	32	12.205	33	14.455	33	16.108	32	18.326	35	20.095	36	22.412	38	24.712	39
Secondaire	7.014	17	6.509	18	7.228	17	8.159	16	8.118	16	8.639	16	9.276	16	9.998	16
Tertiaire	12.944	32	11.573	31	13.362	31	15.471	31	14.621	28	15.398	28	16.021	27	16.703	26
Adm/formation	7.864	19	6.708	18	8.120	19	10.410	21	10.901	21	11.471	21	11.894	20	12.246	19
Total	40.737	100	36.995	100	43.205	100	50.148	100	51.966	100	55.603	100	59.603	100	63.659	100
Dépenses d'investissement																
Primaire	1.902	18	1.026	15	3.566	22	2.408	17	3.569	17	4.997	22	7.246	28	10.579	36
Secondaire	2.854	26	1.640	24	2.333	14	9.333	65	13.781	67	13.800	60	13.930	54	13.257	46
Tertiaire	2.393	22	1.315	20	2.845	17	2.000	14	2.688	13	3.494	15	3.913	15	4.382	15
Adm/formation	3.641	34	2.743	41	7.654	47	583	4	617	3	842	4	819	3	800	3
Total	10.790	100	6.724	100	16.398	100	14.324	100	20.655	100	23.133	100	25.908	100	29.018	100

Source: Banque Mondiale 1996.

Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.

2.1 Les dysfonctionnements du système de santé et des Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire.

Comme mentionné en Introduction, le système de santé décrit plus haut n'a pas produit les résultats escomptés en ce qui concerne les Soins de Santé Primaires. Pour expliquer ces résultats, il est possible de trouver dans la littérature un certain nombre de points de vue.

Le premier d'entre eux, incrimine la mauvaise conjoncture économique que la Côte d'Ivoire a connu à partir des années 1980 et qui a conduit le gouvernement à réclamer à la population qu'elle contribue financièrement aux frais de sa prise en charge sanitaire. Cette crise serait responsable d'une diminution des parts du budget de l'état consacrées à la santé et partant de la détérioration des infrastructures et des équipements sanitaires (Côte d'ivoire, 1996a). Elle serait également responsable de ce qu'une plus grande partie de la population ait difficilement accès aux soins.

Si c'est une explication qui peut s'appliquer dans de nombreux pays en développement, (Walt et Rifkin, 1990), sa pertinence dans le cas de la Côte d'Ivoire ne fait pas l'unanimité. En effet c'est en 1985 que la crise économique s'est le plus fortement fait sentir en Côte d'Ivoire (Grootaert 1993). Or, de 1980 à 1987, les dépenses de santé dans le budget de l'état sont passées de 6% à 10% (France et Côte d'Ivoire 1991). C'est ce que font remarquer les auteurs qui privilégient comme explication, l'absence d'engagement politique réel de la part des instances décisionnelles et l'influence de certains acteurs stratégiques (médecins et autres

professionnels de la santé exerçant dans le privé, fonctionnaires de la santé, bénéficiaires du secteur privé, pharmaciens...) qui pèsent de tout leur poids dans les processus de prise de décision afin de protéger leurs intérêts qui malheureusement ne sont pas toujours compatibles avec ceux de la majorité des ivoiriens (Brunet-Jailly, 1996).

Comme pour réconcilier les deux points de vue précédents, certains écrits mettent en avant l'immobilisme de la structure des systèmes de santé pour expliquer l'échec de la mise en œuvre des SSP. Selon eux, le maintien des structures de santé, centrées sur les hôpitaux, héritées de la période coloniale a réduit les marges de manœuvre sur le plan budgétaire. Le poids de dépenses incompressibles liées aux salaires et à l'entretien des infrastructures ont rendu impossible le redéploiement des ressources en faveur du premier échelon des systèmes de santé (De la Moussaye et Jacquemot, 1993). Toujours selon les mêmes auteurs, l'échec peut également être attribué au manque de vision globale :

“si la couverture sanitaire s'est accrue, le privilège accordé relativement aux structures centrales et à la médicalisation n'a jamais été formellement démenti” (De la Moussaye et Jacquemot, 1993).

Un autre point de vue est celui qui met l'accent sur l'environnement institutionnel et sur l'aspect organisationnel du système de santé ivoirien. Il fait ressortir les profonds déséquilibres qui existent entre différents niveaux de soins, entre régions, l'insuffisance et l'inadéquation des ressources humaines, des méthodes de gestion, les problèmes d'approvisionnement, etc.(Banque Mondiale, 1997).

Si l'on devait faire une liste de causes possibles de la mauvaise performance des SSP selon ces écrits, on pourrait citer tour à tour:

- le manque de volonté politique réelle en faveur des SSP;

- les intérêts divergents des acteurs stratégiques du système de santé;
- la structure et l'environnement institutionnel du système de santé;
- le volume et la composition des ressources (financières ou autres) mises à la disposition du système;
- l'organisation des services, etc.

En dépit de son caractère non exhaustif, cette liste a l'avantage de faire ressortir l'aspect multidimensionnel du concept de performance appliqué aux Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire. En outre, elle permet de relever un autre aspect, celui de la complexité car ces différentes causes entretiennent entre elles des interrelations, ce qui fait qu'une analyse appropriée de la performance du système de SSP se doit d'être systémique (Bernam, 1995).

La théorie des systèmes est une théorie relativement jeune, née après la deuxième guerre mondiale de la nécessité de se doter de nouveaux concepts pour appréhender une réalité de plus en plus complexe là où la vision mécaniste du monde née de la physique classique ne suffisait plus. Selon cette théorie, tout organisme vivant peut être analysé comme un système. (De Bruecker 1995).

On peut définir un système comme «un ensemble d'éléments inter-reliés, agissant de façon indépendante et conjointe pour l'atteinte d'objectifs communs au tout, à l'intérieur d'un environnement complexe» (Shrode et Dan Voich 1974, p122, traduction libre).

Cependant, pris un à un, il est possible de trouver dans la littérature des solutions aux problèmes de performance relevés plus haut, solutions issues de modèles théoriques ou fruits de l'expérience empirique.

2.2 Le point théorique : les outils disponibles pour analyser la performance.

La littérature organisationnelle fournit un grand nombre d'outils permettant d'analyser et d'améliorer la performance (Champagne, 1990).

La revue de la littérature réalisée par Sicotte et coll. (1998, 1999), que nous reprenons ici, permet de classer ces outils en quatre groupes selon l'accent qu'ils mettent sur certains aspects de l'organisation.

Lorsque ce qui importe dans une organisation est la mesure dans laquelle celle-ci atteint ses buts, on qualifie la perspective d'analyse de fonctionnaliste, et la performance est alors fonction de la capacité à atteindre ces buts (Price, 1972a).

Lorsque les organisations sont conçues de façon organique ou naturelle, c'est-à-dire lorsque que leur principale orientation consiste à assurer leur survie et la satisfaction des acteurs qui en font partie, la performance est déterminée par la capacité à harmoniser les différents intérêts en jeu (Conolly et coll., 1980).

Lorsque, toujours dans une perspective organique, les aspects de l'organisation qui sont privilégiés sont ceux qui la mettent en rapport avec son environnement externe, la performance est fonction de la capacité à acquérir les ressources nécessaires à la survie de l'organisation à partir de l'environnement (Yuchtman et Seashore, 1967).

Enfin lorsque ce qui importe le plus est non seulement la quantité et la qualité des services produits mais aussi la façon dont l'organisation les produit, la performance est fonction de l'efficacité des processus internes de production.

Cette palette d'outils d'analyse de la performance organisationnelle peut être adaptée à l'examen de systèmes plus complexes tels que les systèmes de santé. Loin d'être une

généralisation arbitraire, cette adaptation trouve son sens dans le fait qu'il est possible de passer d'une analyse au niveau de l'organisation qui est un phénomène construit à une analyse du système qui est également un phénomène construit. Les organisations de santé ne représentant pas un cas différent, mais plutôt un cas particulier de la réalité plus complexe des systèmes de santé, la démarche de généralisation devient légitime. Il s'agit en effet " de réfléchir sur l'enseignement que l'on peut tirer de l'analyse d'un problème posé dans des cas " expérimentaux " très particuliers pour comprendre comment peut se poser et se résoudre le même problème dans des cas plus généraux. " (Friedberg et Crozier 1972).

En raison du fait qu'ils mesurent des aspects très différents des organisations, ces différents modèles ne sont pas toujours conciliables entre eux. Ainsi, dès lors que l'on aborde le sujet de leur intégration, la vision la plus largement partagée est de considérer que l'on ne peut être performant sur tous les fronts à la fois, et qu'en améliorant la performance sur certains aspects, on se condamne à la détériorer sur d'autres (Quinn, 1988).

2.3 Un outil intégrateur d'analyse de la performance.

Dans le souci de proposer aux gestionnaires des organisations de santé un outil intégrateur d'analyse et de gestion de la performance organisationnelle, Sicotte et collaborateurs ont adapté le cadre théorique de Talcott Parsons pour analyser la performance organisationnelle des organismes publics de santé (Sicotte et coll. ,1999). Pour ce faire, ils sont partis des résultats de Quinn et Rorhbaugh qui dans leur tentative d'intégrer les différentes conceptions de la performance, ont noté la convergence de leurs résultats avec la théorie de l'action sociale de Parsons (Quinn et Rorhbaugh, 1983).

Le cadre développé par Sicotte et collaborateurs est ainsi fondé sur une analyse systémique de l'organisation de santé à partir de ses fonctions essentielles et de ses buts. Son principal avantage est de rompre avec la vision antagoniste de la performance sans devenir excessivement complexe. Il réconcilie ainsi les grands courants d'analyse de la performance et devient un outil capable de rendre compte de la diversité des opinions des acteurs des organisations en ce qui concerne les moyens de les rendre plus performantes. Il s'articule autour de deux axes :

- l'axe Externe – Interne qui matérialise les exigences créées par l'environnement externe et l'environnement interne de l'organisation ainsi que la façon dont ces environnements s'influencent mutuellement;
- l'axe Moyens – Buts qui matérialise l'équilibre à atteindre entre les buts que se fixe une organisation et les moyens nécessaires pour les réaliser.

Ces deux axes définissent quatre pôles :

- Le pôle **Atteinte des buts** (Externe – Buts) est lié à la capacité de l'organisation de définir et d'atteindre ses buts fondamentaux.
- Le pôle **Adaptation** (Externe – Moyens) est lié à la capacité de l'organisation à puiser dans son environnement externe, les ressources nécessaires à sa survie tout en s'adaptant à un environnement qui ne cesse d'évoluer.
- Le pôle **Production** (Interne – Buts) est le noyau technique de l'organisation lié à ce qui se produit et à la manière dont il est produit.
- Le pôle **Maintien des valeurs et du climat organisationnel**, (Interne – Moyens) est celui qui produit du sens, de la cohésion au sein de l'organisation.

Le cadre de Sicotte et collaborateurs a en outre, l'avantage de mettre en évidence des dimensions de la performance insuffisamment mises en lumière par les autres modèles en prêtant une attention particulière aux interactions entre les différents pôles. Ces interactions, au nombre de six, ont été nommées alignements :

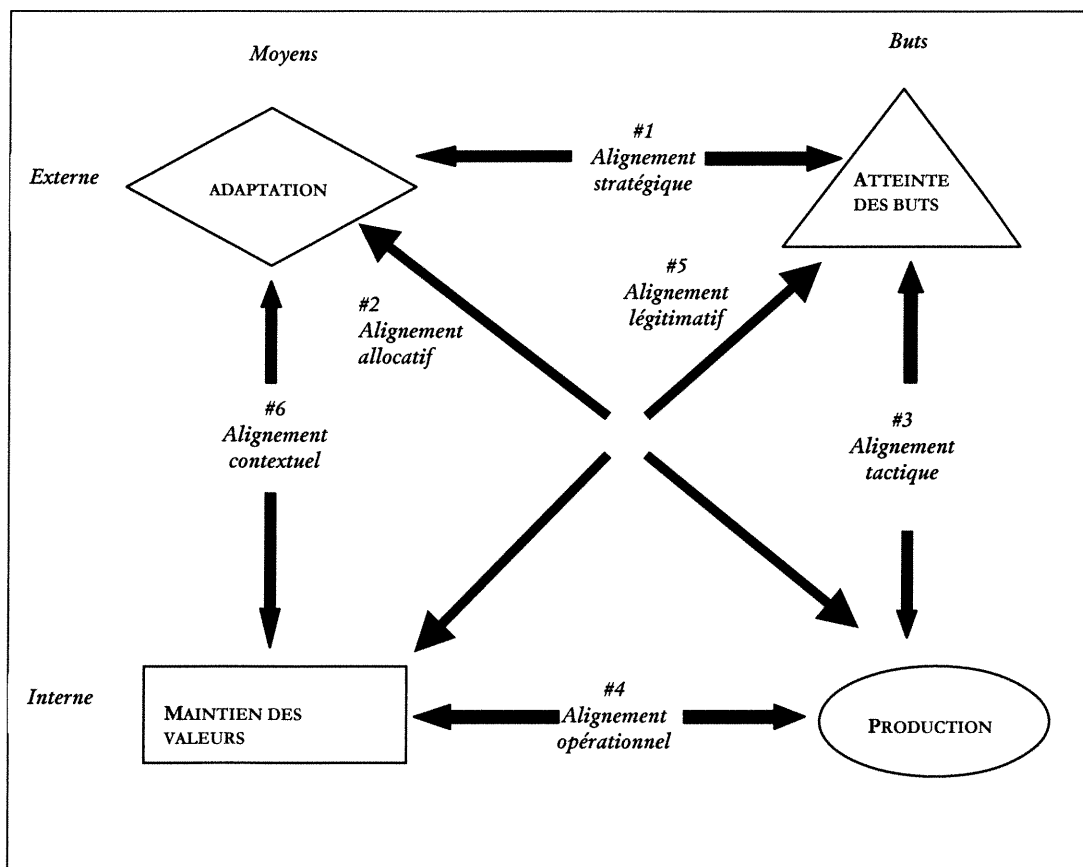
- *L'alignement stratégique* qui matérialise les relations entre la fonction d'adaptation et la fonction d'atteinte des buts
- *L'alignement allocatif* qui matérialise les relations entre la fonction d'adaptation et la fonction de production
- *L'alignement tactique* qui matérialise les relations entre la fonction d'atteinte des buts et la fonction de production
- *L'alignement opérationnel* qui matérialise les relations entre la fonction de maintien des valeurs et la fonction de production
- *L'alignement légitimatif* qui matérialise les relations entre la fonction de maintien des valeurs et la fonction d'atteinte des buts

- *L'alignement contextuel* qui matérialise les relations entre la fonction de maintien des valeurs et la fonction d'adaptation.

Deux études (Guisset et coll. 2000, Farand et coll. 2000), menées en Belgique et au Canada respectivement, destinées à tester la validité de construction du cadre d'analyse de la performance des organisations publiques de santé développé par Sicotte et col ont confirmé le fait que la performance telle que perçue par les acteurs des différentes organisations dans lesquelles les études ont été menées, est un construit multidimensionnel. En outre, dans les deux cas, les différentes dimensions issues de l'analyse factorielle se rapprochent bien de la structure du modèle théorique initial. Cependant, les résultats suggèrent, que les dimensions retenues dépendraient des acteurs interviewés et du contexte culturel et organisationnel du système de santé, et par conséquent pourraient être différentes d'un pays à un autre. Ces deux études ont permis d'établir que le cadre d'analyse est un outil très puissant pour appréhender la performance. Il offre une perspective assez large pour rendre compte de la diversité des points de vue des différents acteurs sur le concept de la performance.

Le cadre d'analyse de la performance de Sicotte et col est présenté à la Figure 2.

Figure 2: Cadre théorique d'analyse de la performance organisationnelle de Sicotte et coll.



Ce cadre pourrait être adapté pour analyser la performance des systèmes de santé et plus particulièrement du système de Soins de santé Primaires, car non seulement il intègre de façon harmonieuse les connaissances théoriques actuelles sur la performance, mais encore il émane d'une théorie extrêmement puissante, la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons.

En effet, “ la notion de système d'action de Talcott Parsons est de l'ordre conceptuel et analytique. Toute action peut être analysée à la manière d'un système d'action à quelque niveau de réalité que cette action se situe. Le système d'action est un instrument analytique dont l'aire d'application est extrêmement étendue ”. En conséquence, la théorie de l'action

sociale s'applique autant à des unités microscopiques qu'à des unités macroscopiques. (Rocher, 1972)

2.4 Le fruit de l'expérience : les connaissances empiriques sur ce qui peut améliorer la performance des systèmes de santé.

Une autre tentative d'intégration des différentes dimensions de la performance, empirique cette fois, est celle réalisée par l'OMS dans son rapport 2000, intitulé " Pour un système de santé plus performant ". En se basant sur l'expérience concrète des systèmes de santé à travers le monde, le rapport propose un cadre systémique d'analyse de la performance construit à partir d'une démarche qui s'articule autour :

- Des buts que poursuivent les systèmes de santé;
- De ce que font les systèmes de santé (c'est-à-dire de leurs fonctions principales).

2.4.1 Les buts des systèmes de santé.

Il existe un certain consensus sur ce que doivent être les buts d'un système de santé. Tous les auteurs s'entendent pour affirmer que le but principal de tout système de santé est d'améliorer la santé de la population (Roemer 1991, Murray 1995, O.M.S. 2000). Le deuxième but d'un système de santé est d'assurer que cette amélioration se fasse de manière équitable (Bernam 1995, O.M.S. 2000). À côté de ces buts principaux, on peut en noter d'autres, comme d'assurer en particulier l'équité du financement ou d'améliorer la satisfaction des populations desservies sur des préoccupations autres que celles liées aux soins (O.M.S. 2000).

2.4.2 *Les fonctions du système de santé*

Au sujet des fonctions du système de santé, on peut noter plusieurs catégorisations selon les auteurs. Elles sont au nombre de cinq selon Roemer (Roemer 1991):

- la production des ressources;
- l'organisation des programmes;
- le support économique;
- la gestion du système;
- la production des services.

L'OMS dans son dernier rapport sur la performance des systèmes de santé nationaux (O.M.S. 2000), en dénombre quatre :

- la prestation des services;
- la production de ressources ou la mise en valeur des ressources humaines, matérielles et conceptuelles nécessaires au bon fonctionnement du système;
- le financement ou la mobilisation et l'acheminement des fonds;
- l'administration générale ou les mesures propres à garantir que les individus et les organisations qui composent le système prennent bien soin des ressources qui leur ont été confiées et se montrent dignes de la confiance qui leur a été accordée.

Selon l'OMS, c'est la capacité d'un système à exécuter de façon adéquate ses fonctions principales en regard de ces buts, qui va déterminer sa performance et dans une plus grande mesure la qualité de la vie des populations desservies.

Le cadre d'analyse développé par l'OMS sur une base empirique à travers le monde, montre bien la nécessité d'une perspective systémique dans toute entreprise d'amélioration de la performance des systèmes de santé et l'importance d'outils d'analyse intégrateurs pour guider les responsables des systèmes de santé dans leur prise de décision. En outre il est aisé de constater une certaine similitude entre les différents pôles du cadre d'analyse de Sicotte et col issu de la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons et les différentes fonctions du système de santé définies par le cadre d'analyse empirique de l'OMS.

Aussi allons-nous nous servir des dimensions de la performance du système de santé proposées par l'OMS et du cadre d'analyse de Sicotte et col, comme base de travail pour élaborer une grille d'analyse permettant d'explorer le domaine de la performance des systèmes de soins de santé primaires en général et du système de Soins de Santé Primaires ivoirien en particulier.

Cette grille devra nous permettre de sélectionner un ensemble de propositions de mesures à mettre en œuvre pour améliorer la performance des Soins de Santé primaires. Dans notre appréhension du phénomène de la performance, nous nous situerons volontairement en amont pour essayer de répondre à la question: "Que faut-il mettre en œuvre pour améliorer la performance" et non pas en aval (comme dans le cas des études de Guisset et de Farand) où la problématique est plutôt du type: "Comment mesurer la performance?". En effet, dans le cas de la Côte d'Ivoire, la question qui nous intéresse est de savoir que faire pour remédier à la mauvaise performance.

Chapitre 3 : ÉLABORATION D'UNE GRILLE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES.

3.1 Définition du système de soins de santé primaires.

Le système de soins de santé primaires est la combinaison des organisations, des institutions, des acteurs et des ressources consacrées à la production des soins de santé primaires.

Il importe à ce niveau de préciser ce que nous entendons par soins de santé primaires. En effet depuis que le concept a fait son apparition en 1978, il a fait l'objet de nombreuses critiques qui ciblaient principalement le caractère ambitieux du programme et plaidaient pour une forme plus rationnelle des SSP axée sur des interventions qui ciblent les maladies les plus fréquentes à des prix abordables (Warren 1988). L'approche sélective des SSP ainsi définie a limité les réformes à entreprendre au secteur médical de la santé et présenté les soins de santé primaires :

- Soit comme des services de santé essentiels fournis lors des premiers contacts de la population avec le système de soins. Les cas complexes étant alors référés au second et au troisième niveau et les mesures préventives et l'éducation à la santé étant exécutées au premier niveau. La mise en œuvre de cette conception a pris la forme de médecins généralistes souvent appuyés par une équipe dans les pays développés et des centres de santé dans les pays en voie de développement;

- Soit comme le premier niveau de soins. Cette isolation des soins secondaires et tertiaires, a été le résultat de l'assimilation des soins de santé primaires à une médecine primitive, d'un prix abordable et utilisant peu de technologies modernes. (Tatar & Tatar 1997).

Les critiques de l'approche sélective lui ont reproché, entre autres, de fragmenter le système de santé, d'empêcher une approche écologique intersectorielle et intégrée des solutions aux problèmes de santé et de compromettre les droits démocratiques de la population à participer aux décisions qui les concernent de si près (Banerji 1986). En outre, les connaissances accumulées sur la maladie et ses déterminants (Evans et coll. 1994) imposent de fait une approche plus globale pour offrir des solutions adéquates aux problèmes de santé des populations. Une conception des SSP essentiellement médicale, n'est pas capable d'offrir une telle approche (Jeans 1999). Même si elle intègre certains des concepts de la définition des SSP proposée par l'OMS, elle en réduit de façon drastique et la force et l'impact (MacDonald 1993).

Aussi avons-nous opté pour la définition des soins de santé primaires de l'OMS. Selon cette définition :

“les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.” (O.M.S. 1978).

Ce choix de ce que représente le système de soins de santé primaires, répond à un souci de concevoir le système de SSP de la façon la plus large possible, ce qui permettra une conception tout aussi large de la performance, mais il oriente en conséquence ce que sera la performance de ce système. Tels que définis pour les besoins du cadre d'analyse les systèmes de soins de santé primaires, reposent sur trois piliers majeurs qui seront autant d'indicateurs de performance : l'équité, la participation communautaire, la collaboration intersectorielle. Les caractéristiques essentielles que l'on doit y retrouver sont : l'accès aux soins, l'acceptabilité culturelle des services, l'existence de services orientés vers la santé. (OMS, 1978, 1981, WHO 1988, Mc Donald 1993).

3.2 Les pôles du modèle d'analyse.

3.2.1 Le pôle Adaptation (Externe – Moyens).

La fonction Adaptation du modèle d'analyse représente l'ensemble des actions qui servent à établir des relations entre le système de SSP et le milieu extérieur (la partie du système de santé publique qui n'est pas directement impliquée dans les SSP, les autres organisations publiques ou privées impliquées dans les SSP, l'environnement politique, économique, géographique du pays, etc.).

Cette fonction a deux rôles principaux :

- Dans un premier temps, elle doit permettre au système de puiser dans son environnement externe les ressources qui lui sont nécessaires, et mettre à la disposition de l'environnement externe les produits provenant du système. Les ressources provenant de l'environnement

externe sont les ressources humaines, les infrastructures, les équipements, les ressources matérielles, technologiques, financières, symboliques (comme la capacité de mobiliser le support de la communauté). L'acquisition des ressources financières joue un rôle particulier dans le sens où elle détermine dans une grande mesure l'acquisition des autres ressources.

- Dans un deuxième temps, la fonction d'adaptation doit démontrer la capacité de réaction du système, c'est à dire la capacité du système à réagir aux stimuli provenant de son environnement externe. La réactivité du système couvre des dimensions telles que la capacité à répondre aux besoins et aux valeurs de la population, la capacité d'attirer des clientèles, la capacité à se transformer et à innover (Sicotte et col, 1999).

Dans le modèle empirique de l'OMS, les activités du système qui consistent à produire ou à mettre en valeur des ressources humaines, matérielles et conceptuelles nécessaires au bon fonctionnement du système ainsi que celles qui consistent à financer le système, à mobiliser ou acheminer des fonds ont été regroupées pour former une fonction particulière du système de santé, mais ne seront pas regroupées telles quelles dans le cadre théorique dérivé de celui de Sicotte et coll.. Ainsi la mise en valeur des ressources, matérielles et conceptuelles nécessaires au bon fonctionnement du système, et l'acheminement des fonds sont des activités qui sont du ressort à la fois du pôle Adaptation et du pôle Production car liées à ce que l'on produit et au lieu et à la façon dont on le produit. Dans le modèle de Sicotte et col, ces dimensions qui sont à cheval sur deux fonctions sont du domaine des alignements.

Toujours dans le modèle empirique de l'OMS, la réactivité était considérée comme un but du système en raison de son importance, et pourrait être maintenue dans le pôle Atteinte des buts du modèle théorique, puisque comme le pôle Adaptation, il est tourné vers l'environnement externe. Cependant la réactivité étant une caractéristique essentielle de tout système ouvert, il

nous semble qu'un système ouvert n'a pas le choix d'être réactif ou non. Par conséquent, la réactivité a été retenue comme une dimension de la fonction d'adaptation.

Les dimensions de l'adaptation pourront donc être résumées en trois points principaux :

- l'acquisition des ressources (humaines, matérielles, symboliques);
- le financement;
- la réactivité du système.

3.2.2 Le pôle Atteinte des buts (Externe – Buts).

Cette fonction est liée à la capacité du système à définir ses buts fondamentaux, à mobiliser et gérer les ressources et les énergies en vue de l'atteinte de ses buts et à obtenir finalement la gratification recherchée (Sicotte et coll. 1999).

La première des dimensions de la fonction d'atteinte des buts consiste à définir les buts poursuivis par le Système de Soins de Santé Primaire, c'est à dire les objectifs généraux que poursuivent tous les systèmes de SSP à travers le monde.

Contrairement aux objectifs spécifiques, les buts ne sont pas limités par une période de temps ou par les ressources existantes, ils ne sont pas nécessairement atteints par le système et sont plutôt l'étape ultime à atteindre et vers laquelle sont dirigées toutes les actions et toutes les ressources, ce qui peut nécessiter la formulation d'objectifs intermédiaires.

Le but principal de tout système de santé est d'améliorer la santé (Roemer, 1991, Murray 1995, p94). C'est donc avant tout un souci d'efficacité qui doit guider les systèmes de SSP.

Les réformes des systèmes de santé (et des systèmes de SSP) menées à travers le monde ont tout de même eu des objectifs spécifiques selon qu'elles se situent au niveau systémique, programmatique, organisationnel ou instrumental. Au niveau systémique l'objectif poursuivi était généralement de réaliser l'équité (Berman, 1995).

Cette double exigence de systèmes plus efficaces dans un climat d'équité se retrouve dans le “ **Rapport sur la santé dans le monde 2000** ” de l'OMS quand il établit que l'objectif ultime de tout système de santé est l'amélioration de la santé, un but qui peut être appréhendé de deux façons. Sous l'angle qualitatif, il impose que le système soit apte à répondre aux attentes de la population en matière de soins et à augmenter le niveau moyen de santé de la population. Sous l'angle de l'équité, il met l'accent sur l'importance pour le système de santé, de réduire au mieux les inégalités entre les individus et les groupes et d'assurer à chacun le même accès à des soins de qualité sans discriminations.

On peut donc établir que les systèmes de Soins de santé Primaires cherchent à atteindre deux buts fondamentaux :

- L'amélioration de la santé;
- L'équité.

Il est du domaine de la fonction d'Atteinte des buts non seulement de définir les buts, mais aussi de mobiliser les ressources et les énergies en vue de la réalisation de ces buts, comme signalé plus haut.

Ainsi, l'amélioration de la santé, le premier but légitime de tout système de santé, pour être atteint est tributaire de l'existence d'un certain nombre de facteurs. (Pineault et Daveluy, 1986) que l'on peut classer en facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et médicaux (liés aux systèmes de soins) selon le Rapport Lalonde (Canada, 1974).

C'est à partir des années 70 et en raison de plusieurs constats liés à la suprématie du système de soins dans le système de santé que ces facteurs ont attiré l'attention de la communauté internationale (Marmor et al, 1996). Le problème principal qu'ils ont posé est celui de leur opérationnalisation dans des programmes de santé, en raison du fait qu'ils peuvent faire penser que toute politique devient de fait une politique de santé (Evans et Stoddart, 1996). S'il n'existe pas de consensus sur la façon de traduire dans des programmes de santé les évidences concernant les déterminants de la santé, les connaissances actuelles ne permettent plus à un système de santé soucieux d'améliorer la santé de la population de cantonner ses activités au seul système de soins.

En conséquence, l'atteinte de ce but exige l'existence d'un engagement clair et défini, qui se traduit par l'adoption de programmes et de politiques dans les domaines suivants :

- Le domaine des facteurs biologiques de la santé qui sont des facteurs tels que le patrimoine génétique, les caractéristiques individuelles (taille, poids, musculature, résistance immunologique...), les processus (croissance, maturation, vieillissement...) qu'il est possible de dépister, de corriger ou de compenser.
- Le domaine des facteurs comportementaux de la santé qui sont des facteurs sur lesquels les individus peuvent agir (les habitudes d'hygiène, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool, de tabac, de drogue, la sédentarité, les habitudes de sécurité en automobile, à bicyclette, les comportements sexuels, les habitudes de prévention).
- Le domaine des facteurs environnementaux de la santé qui englobent l'environnement physique externe (qualité de l'air, de l'eau, du sol, aménagement de l'espace et gestion des déchets, gestion du bruit...), et interne (lieux de travail et d'habitation), l'environnement socio-économique (organisation sociale, organisation du travail, distribution de la richesse).

- Le domaine du système de soins. De nombreuses solutions thérapeutiques efficaces et efficientes existent déjà pour une grande partie des affections qui touchent les populations ivoiriennes. Par contre d'autres problèmes sont créés par le système de soins. Ce sont les problèmes de l'iatrogénéité causés par l'activité médicale (effets secondaires des médicaments, erreurs diagnostiques et thérapeutiques, la dépendance à l'égard du système de soins). En outre, à côté du système dit moderne, existent d'autres systèmes de soins qui peuvent apporter des solutions originales et efficaces à certains problèmes de santé. Le fait de les ignorer loin de décourager leur utilisation, entretient l'existence de certaines pratiques dangereuses.

Pour ce qui est de l'équité, il faut noter que l'on qualifie d'inéquitables toutes les différences évitables et non nécessaires dans le profil de santé des populations et qui en plus sont considérées comme injustes et inacceptables (Whitehead, 1992). Il existe plusieurs définitions du terme équité qui découlent en partie de la définition de ce qui est juste. Ces différentes définitions ramènent toutes à des questions éthiques (Caplan et al, 1999).

Quelle que soit la définition choisie, un système soucieux d'assurer l'équité doit en premier lieu pouvoir identifier les causes des différences dans le profil de santé et juger de leur caractère inéquitable en accord avec la définition de l'équité qui aura été choisie.

Une fois ce diagnostic posé, il doit en deuxième lieu, se donner les moyens de remédier aux situations jugées inéquitables (Whitehead, 1992).

On peut donc proposer trois sous-dimensions pour mesurer l'équité :

- Identifier les causes des différences dans les états de santé;
- Juger du caractère inéquitable de ces différences;
- Remédier aux différences inéquitables dans les profils de santé de la population.

3.2.3 *Le pôle Production (Interne – Buts).*

C'est la fonction de prestation de services du système de Soins de santé Primaires qui inclut les interventions préventives, curatives et palliatives fournies par tous les intervenants du système.

Les dimensions de la production:

La fonction de production a été l'objet traditionnel des évaluations de la performance.

Les dimensions de la performance traditionnellement retenues étaient :

- Le volume des services produits;
- La coordination des facteurs de production;
- La productivité;
- La qualité des soins et la qualité des services. (Sicotte et col 1999).

Certaines de ses dimensions ne relèvent pas strictement de la fonction de production. Ainsi en est-il de la productivité. En effet, les facteurs qui déterminent la productivité interviennent entre les ressources et les services que ces ressources sont capables de produire (Donabedian, 1973). Puisqu'il s'agit de produire plus avec les moyens que l'on a, c'est une dimension qui est intimement liée à la fonction d'Adaptation. Par conséquent, c'est une dimension qui relève plutôt d'un alignement. Les autres dimensions, par contre relèvent essentiellement de la fonction de production.

La dimension du volume des services produits fait référence à deux aspects : la disponibilité des services et leur accessibilité (Donabedian 1973). Cependant l'accessibilité dont il est question ici est celle qui a rapport avec les dimensions organisationnelles du système et non des caractéristiques de la population à laquelle les services sont destinés. (Frenck, 1992).

La coordination des services peut être définie comme une activité entreprise de façon consciente pour assembler et synchroniser les différentes tâches effectuées pour qu'elles fonctionnent harmonieusement dans l'optique de l'atteinte des buts de l'organisation. Elle peut être programmatique quand elle cherche à clarifier à l'avance les responsabilités de travail et les activités pour une plus grande performance ou rétroactive quand elle implique des échanges d'information oralement ou à l'écrit entre les professionnels. (Young et al, 1998).

En ce qui concerne la dimension de la qualité, on peut retenir tout d'abord comme définition que la qualité est un attribut des soins et des services qui renseigne sur les meilleurs résultats qu'il est possible d'attendre de ces derniers en terme de santé dans un contexte donné, au regard des connaissances, de la technologie, des attentes et des normes sociales. Elle recouvre trois composantes (technique, interpersonnelle et organisationnelle). Si on l'appréhende en fonction de l'organisation de l'offre de soins, on peut caractériser ce qu'est la qualité au niveau d'une interaction ponctuelle, au niveau d'un épisode de soins, au niveau organisationnel et systémique. Au niveau d'une interaction ponctuelle, on distingue la qualité technique (justesse, compétence d'exécution) et la qualité non technique (contexte tangible, respect, courtoisie, support, communication). Au niveau d'un épisode de soins, on parle de continuité des soins (dans le temps, dans l'espace) et de globalité des soins³. Au niveau

³ La continuité : les soins sont organisés de façon à prendre en charge les utilisateurs du centre de santé du début à la fin de l'épisode de leur maladie ou de leur épisode de risque, aussi bien que de l'ensemble des besoins de santé de la communauté qu'il dessert. Le personnel se préoccupe du malade au-delà des services qui sont rendus dans le Centre de Santé.

La globalité : les personnes sont considérées sous toutes leurs dimensions qu'elles soient psychologiques, culturelles et sociales, voire économiques, et non pas seulement physiques, c'est à dire comme des patients ou des utilisateurs des services. Cela exige de la part de l'équipe du centre de santé une approche "emphatique" des usagers. L'équipe du centre de santé doit comprendre que pour la personne, la santé et les activités sanitaires font partie d'un tout et qu'elles ne constituent qu'une composante de leur développement et de celui de la communauté.

Manuel des directives du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de premier contact. Ministère de la santé publique. République de Côte d'Ivoire. 2000.

organisationnel, on parle de couverture (globalité, gamme des services disponibles), d'accessibilité aux services, de coordination des services. (Contandriopoulos et coll., 2000). Au niveau organisationnel, on se rend compte que les différents aspects de la qualité renvoient aux deux dimensions précédemment analysées (volume de la production et coordination).

Les dimensions de la fonction Production qui seront finalement retenues sont alors :

- Le volume des services produits;
- La coordination;
- La qualité technique;
- La qualité non technique;
- La continuité et la globalité des soins;

Les trois dernières dimensions qui relèvent toutes de la qualité ont été dissociées afin de mettre en exergue la qualité non technique qui a fait l'objet d'un intérêt particulier dans le modèle empirique de l'OMS.

3.2.4 Le pôle Maintien des valeurs (Interne- Moyens) :

La fonction de maintien des valeurs joue un rôle essentiel dans le système de SSP dans le sens où elle sert d'une part à accumuler la motivation nécessaire pour guider l'action et d'autre part à la diffuser. Elle sert d'interface entre le Système de SSP et l'univers symbolique et culturel dans lequel évoluent les acteurs du système, et de ce fait, elle a pour rôle d'assurer que les valeurs soient intériorisées par les acteurs et institutionnalisés au niveau du système, ce qui est la condition d'une certaine cohésion à l'intérieur du système de SSP. En effet les recherches de Parsons sur la problématique de l'ordre dans la société humaine l'ont conduit selon Guy

Rocher (1972) à souligner la convergence des recherches de deux théoriciens, Freud et Durkheim, que tout pourtant semblait éloigner l'un de l'autre. L'un et l'autre ont mis en évidence le fait que l'action humaine obéit à des règles, des normes, des modèles qui servent à la structurer, c'est-à-dire à lui donner un cadre qui en assure la cohérence, que Freud nomme Surmoi et que Durkheim appelle "représentations collectives" et "conscience collective". La différence essentielle dans l'approche de ces auteurs réside dans le fait que pour Freud, les modèles sociaux existent dans la mesure où ils ont été intériorisés tandis que pour Durkheim, ils n'existent que dans la mesure où ils ont été institutionnalisés. Parsons s'est attaché à démontrer que ces deux perspectives loin d'être contradictoires, sont complémentaires car les modèles extérieurs qui sont intériorisés pour donner le Surmoi, sont ceux là même qui sont institutionnalisés parce qu'une pluralité de personnes les ont intériorisés. Cette complémentarité de l'individuel et du collectif a été nommée "réciprocité des perspectives" dans la sociologie française (Rocher, 1972).

La fonction de maintien des valeurs correspond en partie à la fonction d'administration générale et certaines de ses dimensions se retrouvent également dans les trois autres fonctions du cadre de l'OMS.

Les principales dimensions de la fonction de Maintien des valeurs retenues sont:

- l'intériorisation des valeurs favorisant une vision commune des buts chez les acteurs;
- l'institutionnalisation de ces valeurs communes au sein du système.

Tableau IV: Tableau récapitulatif des fonctions du cadre d'analyse et de leurs dimensions.

Les fonctions	Les dimensions	Les sous-dimensions (famille d'indicateurs).
Atteinte des buts	<i>Amélioration de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Action sur les facteurs biologiques ▪ Action sur les facteurs comportementaux ▪ Action sur les facteurs environnementaux ▪ Action sur le système de soins.
	<i>Équité</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des causes des différences dans les états de santé ▪ Jugement du caractère inéquitable de ces différences ▪ Élimination des différences inéquitables dans les profils de santé de la population
Adaptation	<i>Capacité d'acquisition des ressources</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité à acquérir des ressources humaines qualifiées ▪ Capacité à acquérir des ressources physiques (infrastructures et matériel consommable). ▪ Capacité à acquérir des ressources intangibles (connaissances, ressources informationnelles, ressources symboliques)
	<i>Financement</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mécanismes de collecte des ressources ▪ Mécanismes de gestion des ressources
	<i>Réactivité</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientation vers les besoins populationnels ▪ Capacité d'attraction des clientèles ▪ Habileté d'innovation et de transformation (ex: systèmes d'information.)
Production	<i>Coordination</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessionnelle ▪ Intersectorielle ▪ Intégration des services
	<i>Volume des services produits</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité des services ▪ Accessibilité des services
	<i>Qualité technique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Justesse ▪ Compétence d'exécution
	<i>Qualité non technique (qualité de la prise en charge)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect de la dignité de la personne ▪ Rapidité de la prise en charge ▪ Environnement de qualité suffisante. ▪ Heure d'ouverture
	<i>Continuité et globalité des services</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuité dans le temps ▪ Continuité dans l'espace ▪ Continuité entre professionnels ▪ Globalité des services
Maintien des valeurs	<i>Intériorisation des valeurs favorisant une vision commune des buts</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information ▪ Éducation
	<i>Institutionnalisation des valeurs communes afin de guider l'action</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règles informelles ▪ Règles informelles, rituels, lois, lignes de conduite, structure des organisations, descriptions de tâches, etc.

3.3 Les alignements.

3.3.1 *L'alignement stratégique :*

Cette dimension de la performance permet de mettre en évidence les négociations entre la fonction d'adaptation et celle d'Atteinte des buts. Elle permet, d'une part, de s'intéresser au caractère approprié du processus d'adaptation du système en regard aux buts poursuivis et, d'autre part, de se prononcer sur la pertinence des buts formulés compte tenu des processus d'adaptation existants.

A titre d'exemple l'alignement stratégique permettrait de se pencher sur :

- La cohérence des incitations institutionnelles ou organisationnelles visant à atteindre une plus grande équité dans la collecte et la mise en commun des ressources financières;
- La capacité à fixer des priorités pour les ressources à acquérir ou à développer en fonction des besoins de santé;
- La capacité des systèmes de financement à allouer les ressources en fonction des finalités d'amélioration de la santé;
- L'adéquation en fonction des finalités d'amélioration de la santé, des ressources humaines en terme de nombre, mix de compétences, formation, rémunération, motivation aux objectifs du système;
- Le caractère équitable du système d'allocation des ressources humaines en fonction du type de services à fournir, des zones géographiques à desservir...;
- La compatibilité en fonction des buts entre investissements anciens, nouveaux et futurs.

3.3.2 L'alignement allocatif :

Cette dimension de la performance réside d'une part dans la justesse d'allocation des moyens de production qui permet d'évaluer si les ressources disponibles sont suffisantes et adéquates et correctement intégrées au niveau de la production et d'autre part, en réciprocity, cette dimension évalue comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production ou sont modifiés par ceux-ci.

À titre d'exemple l'alignement allocatif permettrait de se pencher sur :

- L'appariement entre les compétences et les fonctions des ressources humaines;
- Les dispositifs permettant de renforcer la productivité des ressources engagées dans la production (Mécanismes de paiement, Incitations financières, etc.);
- Les incitations financières favorisant la continuité et une approche globale des soins;
- L'ensemble des dispositifs permettant d'assurer la souplesse des mécanismes de production.

3.3.3 L'alignement tactique :

Cette dimension de la performance a pour but d'examiner la conformité du système de production aux buts, dans un système de soins de santé primaire où une très grande autonomie est laissée aux professionnels. Cette dimension permet également d'examiner dans quelle mesure les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts du système. À titre d'exemple l'alignement tactique permettrait de se pencher sur :

- La formulation adéquate du panier de services en fonction des problèmes de santé du pays;
- L'équilibre entre les services préventifs, curatifs et palliatifs, entre les interventions cliniques et les interventions de santé publique;
- Le coût- efficacité des services de façon à ne pas mobiliser de façon inutile des ressources que l'on peut allouer à d'autres services;
- L'accès équitable aux services de santé entre régions, entre organisation, entre individus.

3.3.4 L'alignement opérationnel :

L'alignement opérationnel est une dimension de la performance qui permet d'évaluer comment les valeurs intériorisées par les acteurs et institutionnalisées dans le système influent sur la production et d'autre part si les mécanismes de production renforcent ou minent les valeurs communes. À titre d'exemple l'alignement opérationnel permettrait de se pencher sur :

- L'intériorisation dans la conscience de tous les producteurs de soins des exigences d'une pratique de qualité;
- L'intériorisation par les producteurs de soins, des droits des bénéficiaires du système de soins de santé primaires et de leur famille en ce qui a trait au respect de la personne et à l'attention accordée à leurs personnes;
- L'institution d'un cadre réglementaire et l'existence de mécanismes formels et/ou informels visant à assurer la qualité technique des interventions (ex : adoptions de protocoles de soins);

- Les mécanismes formels ou informels destinés à favoriser l'application des normes de qualité technique.

3.3.5 L'alignement légitimatif :

Cette dimension de la performance permet d'évaluer la congruence entre les valeurs, la culture et les buts fondamentaux du système de santé. Elle permet d'évaluer dans quelle mesure les mécanismes de génération des valeurs permettent d'atteindre les buts et dans quelle mesure ces mécanismes sont influencés par les buts poursuivis par le système.

À titre d'exemple l'alignement légitimatif permettrait de se pencher sur :

- L'existence d'un consensus au niveau des droits des différents acteurs et des organisations auxquelles ils appartiennent ainsi que sur les droits des bénéficiaires du système de soins de santé primaires;
- La compatibilité entre les rituels, les lois, les règles, les lignes de conduite, la structure des organisations, les descriptions de tâches, qui existent au niveau du système de soins de santé primaires et les impératifs liés au but d'amélioration de la santé.

3.3.6 L'alignement contextuel :

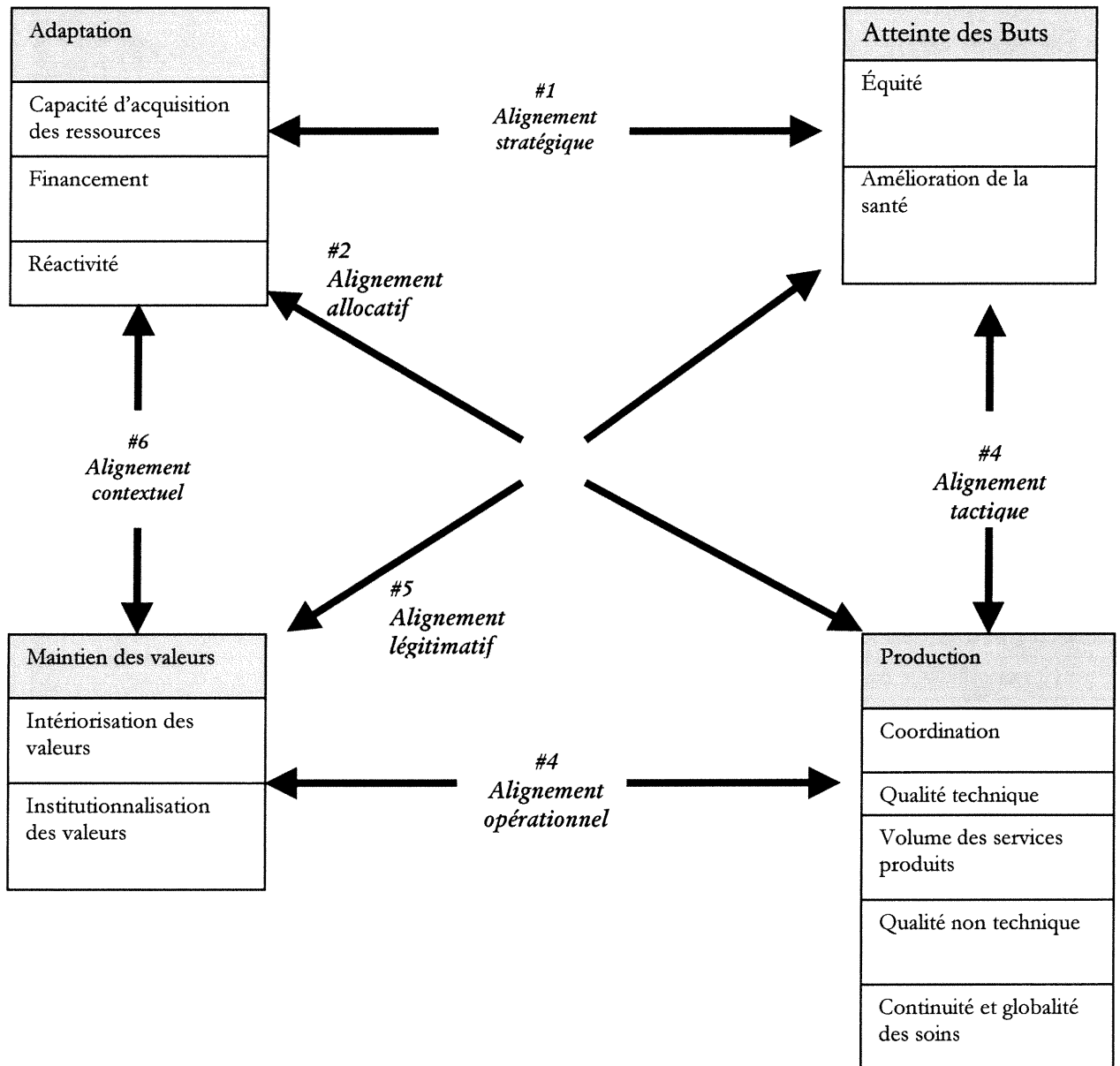
Cet alignement mesure comment les mécanismes d'adaptation sont influencés par les valeurs fondamentales du système et évalue dans quelle mesure les valeurs sont modifiées par les contraintes de l'environnement.

À titre d'exemple l'alignement contextuel permettrait de se pencher sur :

- L'intériorisation de valeurs consensuelles sur les modalités de collecte des ressources financières et matérielles (honnêteté, transparence, etc.);
- L'intériorisation de valeurs consensuelles sur la distribution des ressources collectées (qui à droit à quoi);
- La transcription dans les lois, les règles formelles ou informelles, les structures, etc. des valeurs communes au sujet du type et de la qualité des ressources à acquérir, du mode d'acquisition de ses ressources;
- L'existence de structures organisationnelles et de mécanismes réglementaires favorisant la réactivité du système.

Le modèle d'analyse de la performance du système de Soins de Santé Primaires est présenté à la figure 3. Afin de l'opérationnaliser, un ensemble de 77 items a été retenu pour décrire les quatre dimensions de la performance qui correspondent aux quatre fonctions du modèle. Dans un premier temps, les alignements n'ont pas été inclus dans l'évaluation. Ces 77 items représentent les mesures qui, mises en œuvre, permettraient d'améliorer la performance du système de SSP ivoirien. La collecte de données décrite au chapitre suivant a eu pour but de recueillir, à l'aide d'un questionnaire, l'avis d'acteurs du système de SSP ivoirien sur la pertinence et l'importance de ces items.

Figure 3: Le cadre théorique d'analyse de la performance du système de Soins de Santé Primaires.



Chapitre 4: MÉTHODOLOGIE

4.1 Collecte des données.

4.1.1 Population cible et échantillon.

La population à l'étude est composée des professionnels qui exercent dans le système de Soins de Santé Primaires et qui sont impliqués dans le développement, l'évaluation ou la mise en œuvre de programmes de Soins de santé primaires. Leur implication quotidienne dans le système de Soins de Santé Primaires en fait des personnes capables de nous éclairer sur les mesures à prendre pour en améliorer la performance.

Pour les besoins de cette étude exploratoire dont l'objectif principal est de décrire la variabilité des points de vue et non de faire des inférences statistiques, l'échantillon des personnes à interviewer a été établi selon un choix raisonné. Une première liste, non exhaustive, comprenait les noms de professionnels intervenant dans l'élaboration, la mise en œuvre ou le suivi des programmes de Soins de Santé primaires en Côte d'Ivoire. Ces professionnels travaillent soit pour le compte du gouvernement ivoirien (Ministère de la santé), soit pour des organismes internationaux (Unicef, Banque Mondiale, OMS) ou des Ong. Ce sont en général des médecins, des comptables, des financiers, des administrateurs qui exercent des fonctions de cadre supérieur. Une deuxième liste, comprenait les noms de professionnels, (médecins et infirmières, assistantes sociales) qui, dans les structures gouvernementales (Abobo, Adjamé, Cocody, Treichville, Williamsville), délivrent des services de SSP à la population.

L'échantillon de 60 personnes était composé comme suit :

Tableau V: Composition de l'échantillon de l'étude.

Secteur d'activité			Nombre
Ministère de la santé			
	Niveau central	Planificateurs Directeurs de programme Administrateurs Comptables, financiers Épidémiologistes / statisticiens	20
	Niveau du district	Médecins et médecins chef Infirmiers et infirmières chef Assistants sociales	33
Autres secteurs, ministères et organismes gouvernementaux impliqués dans les activités liées à la santé			
	ONG, secteur privé et semi-privé		2
	Organismes internationaux impliqués dans les programmes de santé		5
Total			60

Par la suite, les individus ont été distingués par trois codes différents : MINISTÈRE (Min) pour les professionnels exerçant au niveau central du Ministère de la Santé, INTERVENANTS (Int) pour les professionnels intervenant au niveau du district et ORGANISME (Org) pour les professionnels des organismes internationaux. Signalons que les deux intervenants des ONG ont été classés dans le groupe INT en raison du fait qu'ils étaient trop peu nombreux pour constituer une catégorie à part et en raison des similitudes dans leur mode d'intervention avec les membres du groupe INT.

4.1.2 Procédure de collecte de données.

La collecte de données proprement dite a été précédée d'une étape consacrée au pré-test et à l'amélioration du questionnaire.

Le questionnaire a été soumis à l'appréciation de trois cadres fortement impliqués au niveau du Ministère de la Santé, dans les programmes de SSP, ce qui a conduit à la reformulation de certains items et à l'ajout de 7 nouveaux items au questionnaire, ce qui a porté le total des items à 77.

Il a fallu deux personnes pour administrer les questionnaires. En plus de la responsable du projet, une enquêtrice a été formée en une journée. La plupart des informations ont été recueillies au cours d'interviews qui laissaient l'opportunité d'expliquer aux interviewés les questions incomprises. Mais certaines personnes figurant dans l'échantillon ont préféré que l'on leur laisse les questionnaires qu'elles ont rempli dès qu'elles ont eu un moment de libre. Généralement, ces personnes profitaient du ramassage des questionnaires pour obtenir des éclaircissements sur les questions qu'elles n'avaient pas comprises et y répondaient à ce moment. Une attention particulière a été prêtée à la qualité des questionnaires remplis. Une première vérification a eu lieu sur le terrain, une seconde lors du traitement informatique des données.

4. 2 Instrument de mesure.

4.2.1 Le questionnaire.

Le questionnaire de 10 pages (Annexe 1), comprenait deux parties principales. La première partie du questionnaire est une liste des 77 items retenus pour représenter les éléments à

prendre en compte pour améliorer la performance du système de santé ivoirien selon les quatre pôles du modèle théorique. La plupart de ces items ont été développés à partir de la littérature (Oms 1987, Oms 1989, Oms 2000, Bindari-Hammad et Smith 1992, Unesco 1978, Streiner et Norman 1995, Frost et all 1985, Price 1972, Pasmore 1988, Rossi et Gilmartin 1980, Collins 1994). Ces items ont été présentés en désordre sur le questionnaire pour éviter des biais dans le classement final autour des quatre pôles du modèle théorique. Leur classement selon les dimensions et les sous- dimensions du cadre théorique est présenté à l'annexe 2.

La deuxième partie a servi à identifier le groupe auquel appartiennent les personnes interviewées.

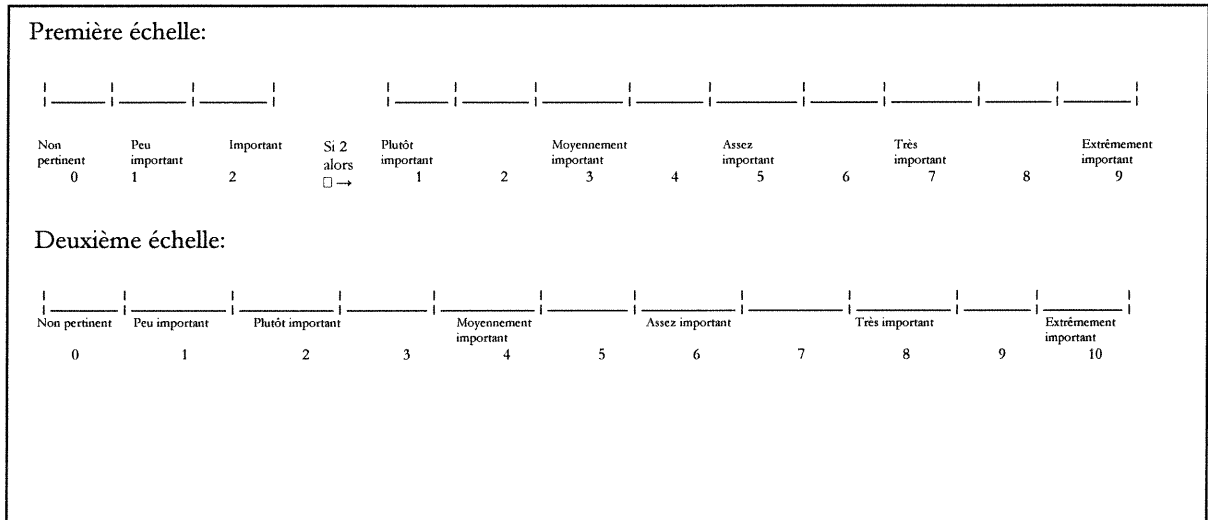
4.2.2 L'échelle de mesure.

Une attention particulière a été apportée à la formulation de l'échelle de mesure utilisée dans le questionnaire afin d'éviter un problème courant lié au fait que les personnes interviewées ont tendance à manifester un biais en faveur des scores les plus élevés de l'échelle. Ainsi, par exemple, sur une échelle de Likert de 11 points, allant de 0 à 10, cela a pour effet de déplacer le score moyen au-delà de cinq surtout quand il s'agit de discriminer entre différents degrés d'importance, car les notes de 0 à 5 ont une forte connotation négative qui fait que les personnes interviewées ont tendance à les éviter. Une des méthodes proposées pour régler ce problème (Streiner et Norman, 1995) consiste à miser sur le fait que la principale utilisation de l'échelle est de discriminer entre différents degrés d'excellence. Par conséquent, on étend le milieu de l'échelle au dépend des extrémités, ce qui dans le cadre de l'étude a donné la démarche de notation en deux étapes suivante, pour chacun des items du questionnaire. La première étape consistait à se prononcer sur l'importance du critère énoncé. Seulement si le

critère était jugé important, l'interviewé passait à la deuxième étape pour attribuer une note entre 1 et 9 à ce critère.

Par la suite, les données ont été recodées sur une échelle de 0 à 10, comme le montre l'encadré I.

Encadré I : Modification de l'échelle de mesure.



Chacun des items a été codé par une lettre et deux chiffres qui représentent son ordre d'apparition dans le questionnaire.

L'annexe 3 présente une description détaillée de la distribution de fréquence des variables de l'étude. Sur le tableau VI, on peut constater que toute l'échelle a été utilisée même si comparés aux autres, les codes 2,3,5 et 0 ont été relativement peu utilisés.

Tableau VI: Utilisation de l'échelle de mesure.

Code	Libellé	Nombre d'utilisation
0	Non pertinent	149
1	Peu important	559
2	Plutôt important	87
3		34
4	Moyennement important	241
5		134
6	Assez important	644
7		362
8	Très important	1184
9		441
10	Extrêmement important	748
Total		4583

4.3 Description et toilettage des données brutes

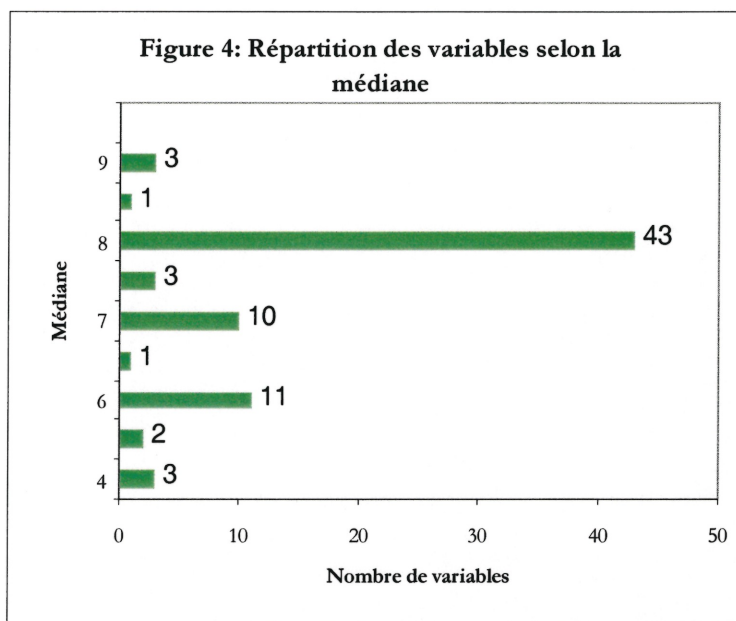
4.3.1 Description des données brutes.

Les caractéristiques de tendance centrale.

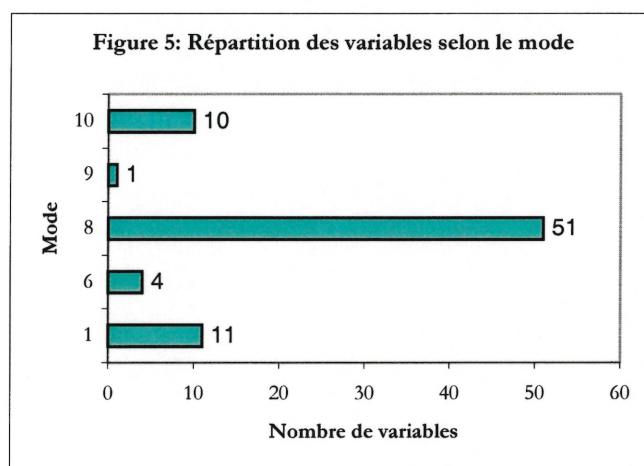
L'annexe 4 présente la valeur du mode, de la médiane et de la moyenne¹ pour chacune des variables de l'étude.

Seules 3 des 77 variables de l'étude ont une médiane inférieure à 5 et 60 des 77 variables (soit environ 78% des variables) ont une médiane supérieure ou égale à 7, comme le montre la figure 4. Ceci est un indicateur du fait que la plupart des items se sont vus attribués des degrés d'importance élevés par la majorité des personnes interviewées.

¹ Les caractéristiques de tendance centrale les mieux indiquées pour décrire des variables ordinales sont la médiane et le mode. Pour chacune des variables de l'étude, la médiane est le nombre qui divise la distribution en deux de telle sorte qu'au plus 50% des notes attribuées pour l'item en question lui soient inférieurs et qu'au plus 50% des notes lui soient supérieurs. Le mode de chacune des variables est la note (ou les notes) dont la fréquence absolue est la plus élevée. Autrement il s'agit de la note (ou des notes) qui a été le plus fréquemment attribuée à l'item.



En outre, comme le montre la figure 5, la valeur la plus fréquente attribuée aux variables est la valeur 8 (51 des 77 variables), qui signifie que l'item a été jugé «très important».



Les caractéristiques de dispersion.

Pour continuer à décrire les variables, nous avons examiné la façon dont celles-ci s'organisent autour de leur tendance centrale. Les caractéristiques de dispersion les plus appropriées pour les variables ordinales sont les quartiles, l'intervalle interquartile, l'étendue semi-interquartile². (Baillargeon et Martin, 1998).

L'annexe 5 présente en détail chacune de ces caractéristiques de dispersion pour les 77 variables de l'étude.

L'étendue semi-interquartile est le meilleur complément de la médiane. L'on peut noter (figure 6) que Q varie entre 1 (50% des notes attribuées à l'item varient alors entre Médiane – 1 et médiane +1) et 3.5 (50% des notes attribuées à l'item varient alors entre Médiane – 3.5 et médiane +3.5).

² Les quartiles sont trois nombres qui partagent une série de n données rangées par ordre croissant de telle sorte que :

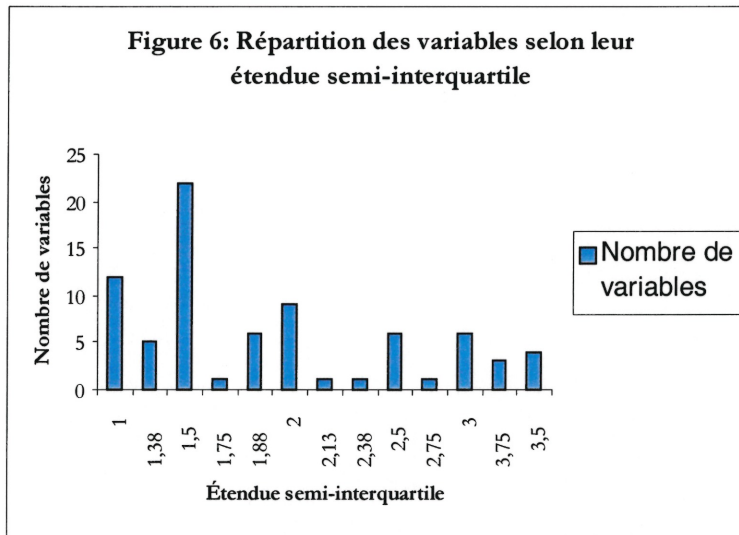
Q₁, le premier quartile a au plus 25% des données qui ont une valeur inférieure à la sienne et au plus 75% des données qui ont une valeur supérieure à la sienne;

Q₂, le deuxième quartile (qui est aussi la médiane de la série) a au plus 50% des données qui ont une valeur inférieure à la sienne et au plus 50% des données qui ont une valeur supérieure à la sienne;

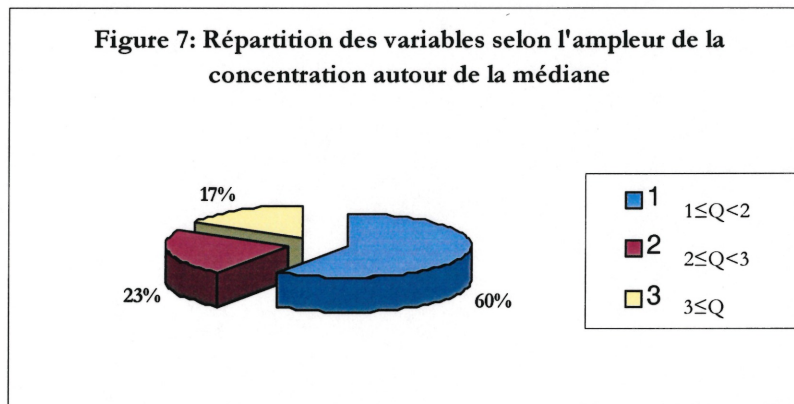
Q₃, le troisième quartile a au plus 75% des données qui ont une valeur inférieure à la sienne et au plus 25% des données qui ont une valeur supérieure à la sienne;

IQ, l'interquartile est la différence entre le troisième et le premier quartile. Il détermine l'intervalle où se trouve 50% des données.

Q, l'étendue semi-interquartile, est la moitié de l'intervalle Q₃-Q₁. C'est un indice de la concentration des données autour de la médiane. En effet, plus les données ont une valeur proche de la médiane, plus Q est petit.



Cependant, pour près de 60% des variables (figure 7), l'étendue semi-interquartile est strictement inférieure à 2. Ce qui signifie que pour une grande proportion des variables de l'étude, les notes attribuées sont regroupées autour de la médiane. La perception de leur importance est donc relativement uniforme.



En outre, le tableau VII fait ressortir le fait que les variables qui font le plus de consensus puisque leur étendue semi-interquartile sont les plus faibles, sont également celles qui ont les médianes les plus élevées et que, plus la médiane est élevée, plus l'étendue semi-interquartile est faible.

Tableau VII: Distribution des variables en fonction de la médiane et de l'étendue semi - interquartile.

		Étendue semi - interquartile			Total
		$1 \leq Q < 2$	$2 \leq Q < 3$	$3 \leq Q$	
Médiane	4.00		1	2	3
	5.00			2	2
	6.00		4	7	11
	6.50		1		1
	7.00	6	3	1	10
	7.50	2		1	3
	8.00	34	9		43
	8.50	1			1
	9.00	3			3
Total		46	18	13	77

Les valeurs manquantes.

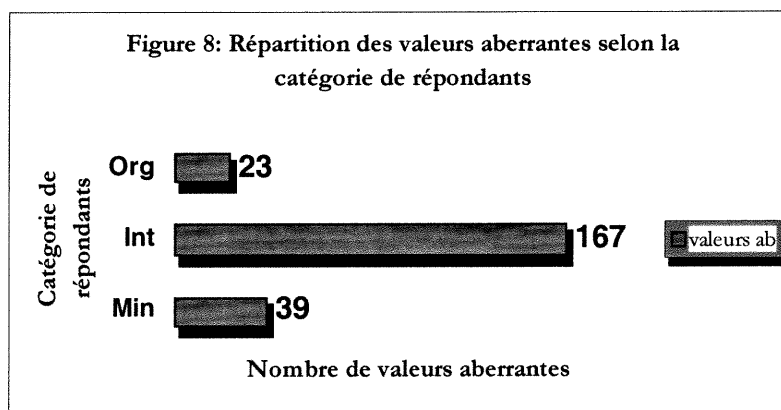
Certaines questions ont été laissées sans réponses par les interviewés. Ces données manquantes représentent un total de 35, soit un pourcentage de 0.76 %. Elles concernent néanmoins 30 variables et 18 questionnaires. Pour la suite de l'analyse, il a été décidé de les remplacer par la moyenne des notes accordées à la variable qu'elles concernent, après avoir éliminé du fichier de données les informations issues des questionnaires de mauvaise qualité.

4.3.2 Toilettage des données brutes et détermination de la base de données finale.

La dernière étape de la description des données de l'étude consiste à détecter l'existence de valeurs aberrantes, afin d'éliminer les questionnaires de mauvaise qualité.

Pour détecter l'existence de ces valeurs aberrantes, des calculs ont été effectués sur la base du principe que les valeurs pour une variable donnée sont jugées aberrantes si elles s'éloignent de $1.5Q$ de $Q1$ (le premier quartile) ou de $Q3$ (le troisième quartile).

Ce calcul effectué pour chacune des 77 variables de l'étude (annexe 7), a permis de détecter des valeurs aberrantes pour 40 des variables. Ces valeurs aberrantes font un total de 229 données et sont en majorité attribuables à la catégorie de répondants INT (intervenants), comme le montre la figure 8.



Les valeurs aberrantes peuvent résulter de plusieurs erreurs, survenues soit au cours de la collecte de données, soit au cours de la saisie des données et leur influence sur les résultats de l'analyse des données peut entraîner des interprétations erronées. Cependant toutes les valeurs aberrantes ne sont pas des valeurs fausses à corriger ou éliminer. Elles peuvent être le reflet d'une opinion unique, mais valide des personnes interrogées.

Pour déterminer si les valeurs aberrantes des données pouvaient être éliminées, il a fallu examiner leur provenance. Le tableau VIII, présente les questionnaires contenant des valeurs aberrantes ainsi que leur nombre.

Tableau VIII : Présentation des questionnaires présentant des valeurs aberrantes.

Numéro questionnaire	de	Nombre de valeurs aberrantes	de	Catégorie répondants	de	Numéro questionnaire	de	Nombre de valeurs aberrantes	de	Catégorie répondants	de
	35	30		Int			34	3		Int	
	55	17		Int			41	3		Int	
	56	17		Int			49	3		Int	
	57	16		Int			60	3		Int	
	31	15		Int			2	2		min	
	37	14		Int			7	2		min	
	13	11		min			11	2		min	
	22	11		org			17	2		min	
	6	10		Int			26	2		min	
	38	8		Int			28	2		min	
	36	7		Int			8	1		min	
	1	6		org			10	1		min	
	42	6		Int			53	1		Int	
	25	5		org			15	1		min	
	33	5		Int			18	1		min	
	12	4		min			23	1		org	
	21	4		min			29	1		Int	
	9	3		min			44	1		Int	
	16	3		min			46	1		Int	
	32	3		Int			51	1		Int	

Un retour aux questionnaires nous a permis de déterminer que les questionnaires 35, 55, 56, 57 ont été remplis sans grande attention. On peut donc penser que les informations qu'ils renferment ne sont pas fiables. Le répondant du questionnaire 22 a spécifié lui-même qu'il avait tendance à cocher les réponses sans y prêter suffisamment d'attention. Ces cinq questionnaires ne seront donc pas pris en compte au cours des analyses subséquentes.

Pour les autres questionnaires, il est difficile de déterminer si les interviewés ont répondu avec complaisance et cela pour trois raisons principales :

- La première est que les répondants ont pris la peine de faire des remarques sur les questionnaires 1, 13, 37, 31 (qui ont plus de 4 valeurs aberrantes) et sur les questionnaires 21, 53, 16, 28, 34, 11, 17, 44, 23, 18 (qui ont au maximum 4 valeurs aberrantes).

- Les répondants des questionnaires 25 et 6 (qui ont plus de 4 valeurs aberrantes) et des questionnaires 15, 2, 7, 6, 8 (qui ont au maximum 4 valeurs aberrantes) nous ont fait des remarques oralement.
- La majorité des questionnaires restants (c'est à dire ceux qui n'ont pas été remplis lors d'une interview face à face et pour lesquels nous n'avons aucune remarque), ont moins de quatre valeurs aberrantes. Il s'agit des questionnaires 9, 12, 32, 49, 41, 60, 10, 29, 46, 51. Les questionnaires 42, 33, 36 et 38 comptent respectivement 6, 5, 8 et 5 valeurs aberrantes.

Il a donc été décidé d'éliminer uniquement les questionnaires 22, 35, 55, 56, 57 et de conduire le reste de l'analyse avec un échantillon final de 55 personnes qui se décompose comme suit: Ministère (20), Intervenants (30), Organisme (5).

4.4 L'analyse des données.

4.4.1 Choix de la méthode statistique.

La méthode statistique a été choisie en fonction d'une part de nos hypothèses de recherche et d'autre part des caractéristiques de nos données. Cette méthode devait être capable d'analyser de façon conjointe plusieurs variables, de les résumer pour en faire ressortir les dimensions principales, de faire ressortir la position des répondants par rapport aux différentes dimensions qui émergeront de l'analyse. Elle devra être adaptée aux données ordinales, ne pas être limitée par un échantillon de petite taille et par le fait que les variables sont en nombre plus élevé que les cas.

La combinaison de toutes ces conditions nous a conduit à retenir l'Analyse en Composantes Principales (ACP). Si cette méthode permet de répondre aux objectifs de l'étude et s'accommode bien des trois premières conditions citées plus haut, des précautions ont été prises pour les trois dernières, notamment le choix d'une échelle de mesure suffisamment détaillée pour que les données puissent être considérées comme continues et le fait de ne faire aucune inférence statistique qui permet d'appliquer l'ACP même si le tableau de données est de petite taille. En effet, dans le cadre d'une étude exploratoire dont l'objectif principal est de décrire la variabilité des données, il est possible de faire l'analyse factorielle d'un tableau contenant moins d'individus que de variables (Rummel 1970, p219). Comparativement à l'Analyse Factorielle qui pourrait répondre aux mêmes critères, l'ACP s'accommode mieux d'un échantillon de petite taille (Dunteman, 1989).

4.4.2 Méthode d'analyse.

Avant de soumettre le tableau de données à l'Analyse en Composantes Principales avec le logiciel SPSS 10.05, les distributions de chacune des variables ont été examinées de façon visuelle et à l'aide du coefficient d'asymétrie de Yule (Annexe 5) pour déterminer dans quelle mesure elles s'éloignent de la distribution normale. Cette précaution a été prise pour limiter le plus possible l'effet de la petite taille de l'échantillon sur la qualité des résultats obtenus.

Un certain nombre de fonctions mathématiques destinées à corriger les distributions asymétriques pour les rapprocher de la distribution normale ont été retenues à partir de la littérature (Rummel 1970, 1972). Ces fonctions ont été appliquées aux variables de l'étude selon qu'elles présentent une asymétrie positive ou négative. Les fonctions retenues ont été

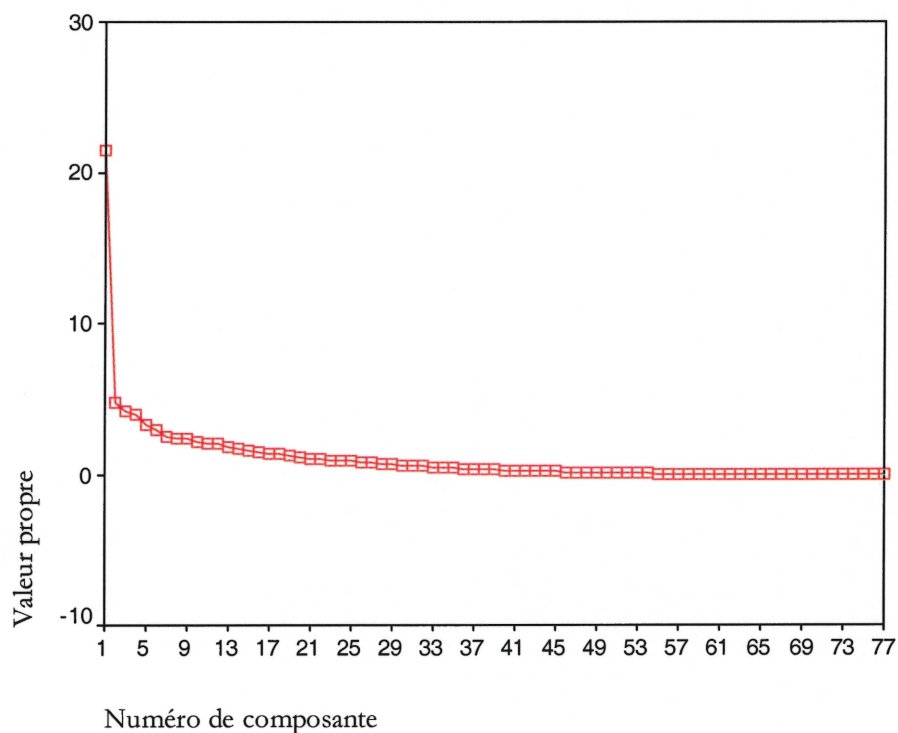
celles qui rapprochaient le plus les distributions des variables de la distribution normale (Annexe 6 et 7).

Les nouvelles variables obtenues centrées et réduites ont été codées par deux lettres (AA) et les deux chiffres de leur ordre d'apparition dans le questionnaire.

Une analyse en composantes principales a été réalisée sur les variables AA. L'annexe 8 présente la matrice de corrélation des variables AA sur laquelle a été réalisée l'ACP 1.

Le choix des facteurs à retenir a été effectué à partir de la règle de Catell de décroissance des valeurs propres (figure 8).

Figure 9 : Courbe de décroissance des valeurs propres des composantes de l'ACP1.



Les deux premières composantes retenues pour l'analyse représentent 33.775% de la variabilité totale des variables initiales (Tableau IX).

Tableau IX : Valeurs propres et pourcentage de variabilité des composantes 1 et 2 de l'ACP1.

	Composante 1	Composante 2	Total
Valeur propre	21.343	4.663	
Pourcentage de variabilité totale.	27.719	6.056	33.775

La première composante qui à elle seule explique plus de 25% de la variabilité totale des variables est un facteur de taille. Toutes les variables, en effet, ont leurs coordonnées de même signe sur cet axe (Tableau X), ce qui est un indicateur de ce que cette composante met en évidence une caractéristique commune à toutes les variables.

Dans le but d'interpréter cette composante, un examen de la manière dont elle discrimine les individus de l'échantillon à été fait (Annexe 11). Un examen des données a permis de mettre en évidence le fait que la composante 1 sépare les individus qui en général donne des notes inférieures à la moyenne aux différents items de l'étude, de ceux qui accordent généralement des notes supérieures à la moyenne (Tableau 11).

Tableau X: Examen de la première composante de l'ACP 1, coordonnées des variables sur l'axe, cosinus carrés et contributions.

	Coordonnées	Cosinus carrés	Contribution à l'axe		Coordonnées	Cosinus carrés	Contribution à l'axe
AA01	0.341	0.117	0.55%	AA42	0.594	0.352	1.65%
AA02	0.637	0.405	1.90%	AA43	0.605	0.366	1.72%
AA03	0.353	0.124	0.58%	AA44	0.615	0.378	1.77%
AA04	0.529	0.280	1.31%	AA45	0.324	0.105	0.49%
AA05	0.440	0.194	0.91%	AA46	0.590	0.349	1.63%
AA06	0.436	0.190	0.89%	AA47	0.432	0.186	0.87%
AA07	0.679	0.461	2.16%	AA48	0.638	0.406	1.90%
AA08	0.460	0.212	0.99%	AA49	0.714	0.510	2.39%
AA09	0.458	0.210	0.98%	AA50	0.427	0.183	0.86%
AA10	0.482	0.232	1.09%	AA51	0.204	0.042	0.19%
AA11	0.618	0.382	1.79%	AA52	0.360	0.129	0.61%
AA12	0.421	0.177	0.83%	AA53	0.555	0.308	1.44%
AA13	0.435	0.189	0.89%	AA54	0.654	0.428	2.00%
AA14	0.578	0.334	1.56%	AA55	0.523	0.274	1.28%
AA15	0.562	0.316	1.48%	AA56	0.518	0.268	1.26%
AA16	0.526	0.277	1.30%	AA57	0.586	0.343	1.61%
AA17	0.528	0.278	1.30%	AA58	0.323	0.104	0.49%
AA18	0.456	0.208	0.97%	AA59	0.493	0.243	1.14%
AA19	0.217	0.047	0.22%	AA60	0.645	0.416	1.95%
AA20	0.428	0.183	0.86%	AA61	0.247	0.061	0.29%
AA21	0.539	0.290	1.36%	AA62	0.730	0.533	2.50%
AA22	0.230	0.053	0.25%	AA63	0.648	0.420	1.97%
AA23	0.373	0.139	0.65%	AA64	0.129	0.017	0.08%
AA24	0.546	0.298	1.40%	AA65	0.381	0.145	0.68%
AA25	0.476	0.226	1.06%	AA66	0.658	0.433	2.03%
AA26	0.514	0.264	1.24%	AA67	0.518	0.268	1.26%
AA27	0.476	0.227	1.06%	AA68	0.635	0.404	1.89%
AA28	0.708	0.501	2.35%	AA69	0.408	0.167	0.78%
AA29	0.517	0.267	1.25%	AA70	0.622	0.387	1.81%
AA30	0.684	0.468	2.19%	AA71	0.392	0.154	0.72%
AA31	0.387	0.150	0.70%	AA72	0.632	0.400	1.87%
AA32	0.609	0.371	1.74%	AA73	0.521	0.271	1.27%
AA33	0.510	0.260	1.22%	AA74	0.693	0.481	2.25%
AA34	0.536	0.287	1.34%	AA75	0.660	0.436	2.04%
AA35	0.548	0.300	1.41%	AA76	0.480	0.231	1.08%
AA36	0.552	0.305	1.43%	AA77	0.710	0.505	2.36%
AA37	0.537	0.288	1.35%				
AA38	0.594	0.353	1.65%				
AA39	0.422	0.178	0.83%				
AA40	0.512	0.262	1.23%				
AA41	0.580	0.337	1.58%				

Tableau XI: Comparaison des moyennes attribuées par les individus aux variables AA centrées et réduites à leurs coordonnées sur la composante 1 de l'ACP1.

Numéro Individu	Moyenne (AA centrées réduites)	Comp 1	Numéro Individu	Moyenne (AA centrées réduites)	Comp 1
I01	0.04	0.24	I29	0.67	1.47
I02	0.22	0.53	I30	0.16	0.46
I03	0.03	0.17	I31	-0.35	-0.55
I04	0.30	0.68	I32	-0.88	-1.63
I05	-0.06	-0.04	I33	0.25	0.66
I06	-0.74	-1.48	I34	-0.87	-1.58
I07	-0.10	0.02	I35	-1.43	-2.75
I08	0.67	1.54	I36	-0.47	-0.76
I09	-0.71	-1.19	I37	0.47	1.10
I10	-0.03	0.08	I38	-0.01	0.10
I11	0.03	0.29	I39	-0.72	-1.26
I12	-0.38	-0.56	I40	-0.30	-0.47
I13	-1.05	-1.88	I41	0.14	0.45
I14	0.52	1.22	I42	-0.21	-0.22
I15	0.55	1.26	I43	0.63	1.37
I16	-0.71	-1.23	I44	-0.50	-0.81
I17	0.05	0.21	I45	-0.14	-0.17
I18	-0.08	0.02	I46	0.40	0.88
I19	0.16	0.45	I47	-0.30	-0.43
I20	-0.07	0.03	I48	0.98	2.04
I21	0.02	0.19	I49	-0.05	0.03
I22	-0.34	-0.65	I50	0.78	1.69
I23	0.52	1.28	I51	0.31	0.67
I24	0.31	0.73	I52	-0.04	0.11
I25	-0.31	-0.28	I53	-0.27	-0.34
I26	-0.75	-1.39	I54	0.28	0.69
I27	0.24	0.59	I55	-0.79	-1.47
I28	-0.16	-0.14			

A L'examen du tableau XI, on se rend compte que, en dehors de 7 individus (qui discriminent faiblement sur la composante 1) les deux valeurs sont de même signe.

Le signe positif (ou négatif) de la moyenne des notes centrées et réduites attribuées aux variables par un individu pouvait être le résultat de ce que l'individu a accordé plus de notes au

dessus de la moyenne (en dessous de la moyenne) et/ou que la valeur absolue des notes au dessus de la moyenne (en dessous de la moyenne) est la plus élevée. Afin de préciser l'interprétation de l'axe nous avons donc vérifié le sens à accorder au signe de la moyenne des notes centrées et réduites. Dans la majorité des cas, ce signe était l'expression du nombre plus élevé des notes de même signe. Les individus qui discriminent du côté positif de la composante 1 sont ceux qui en général ont accordé aux items des notes plus élevées que la moyenne de l'échantillon et inversement pour les individus qui discriminent du côté négatif de la composante 1. La caractéristique commune que partagent toutes les variables et que met en évidence la composante 1 de l'ACP1 est que la note obtenue par une variable n'est pas seulement liée à la variable elle-même mais aussi à l'individu qui l'attribue. Le signe positif des variables sur cette composante signifie alors que les individus ayant une perception faible de l'importance de la performance accordent de faibles notes aux items, et inversement. La première composante peut donc s'interpréter comme un indicateur de la perception de l'importance de la performance par les individus de l'échantillon.

La deuxième composante, quant à elle, met en évidence des différences structurelles entre les variables. Pour l'interpréter, les variables ont été classées selon leur contribution à la formation de l'axe et cette classification a été comparée à leur position sur les axes Buts- Moyens et Externe – Interne du modèle théorique de l'étude (Tableau 12).

La contribution d'une variable à un axe s'obtient en élevant au carré la coordonnée de la variable sur l'axe (le cosinus carré) et en la divisant par la valeur propre de la composante. La contribution totale étant de 100%, si toutes les variables contribuaient de la même façon à la formation de l'axe, leur contribution serait la même et égale à $100/77$ soit environ 1.30%. Les variables dont la contribution est supérieure à cette valeur sont celles qui contribuent le plus à

la formation de la composante 2 et ce sont elles qui ont servi à l'interprétation de la composante.

Tableau XII: Examen de la composante 2 de l'ACP 1

Pôle positif						Pôle négatif					
Code	Coordonnées sur l'axe 2	Cos 2	Contribution	Axe Externe Interne	Axe Buts Moyens	Code	Coordonnées sur l'axe 2	Cos 2	Contribution	Axe Externe Interne	Axe Buts Moyens
AA22	0.472	0.223	4.78%	E	M	AA03	-0.005	0.000	0.00%	E	M
AA13	0.458	0.210	4.51%	I	M	AA48	-0.008	0.000	0.00%	E	B
AA62	0.421	0.177	3.80%	I	M	AA26	-0.021	0.000	0.01%	I	B
AA36	0.416	0.173	3.71%	E	B	AA02	-0.026	0.001	0.01%	E	M
AA51	0.416	0.173	3.71%	I	B	AA07	-0.056	0.003	0.07%	E	B
AA01	0.401	0.161	3.44%	I	M	AA31	-0.056	0.003	0.07%	E	M
AA50	0.396	0.157	3.36%	I	B	AA47	-0.061	0.004	0.08%	E	B
AA55	0.393	0.154	3.31%	E	M	AA11	-0.062	0.004	0.08%	I	B
AA27	0.376	0.141	3.03%	I	M	AA21	-0.064	0.004	0.09%	E	B
AA15	0.351	0.123	2.65%	I	M	AA71	-0.066	0.004	0.09%	E	M
AA46	0.345	0.119	2.56%	E	M	AA18	-0.090	0.008	0.17%	E	M
AA35	0.342	0.117	2.51%	E	B	AA08	-0.098	0.010	0.20%	I	B
AA44	0.337	0.113	2.43%	E	M	AA20	-0.105	0.011	0.24%	E	B
AA49	0.334	0.111	2.39%	I	M	AA45	-0.111	0.012	0.27%	E	M
AA59	0.314	0.098	2.11%	E	M	AA41	-0.125	0.016	0.33%	E	M
AA42	0.311	0.097	2.08%	I	M	AA29	-0.130	0.017	0.36%	E	M
AA17	0.297	0.088	1.89%	E	M	AA34	-0.151	0.023	0.49%	E	M
AA39	0.249	0.062	1.33%	E	M	AA66	-0.158	0.025	0.53%	I	B
AA72	0.238	0.057	1.22%	E	M	AA58	-0.158	0.025	0.53%	E	B
AA63	0.203	0.041	0.89%	E	M	AA25	-0.159	0.025	0.54%	I	B
AA53	0.186	0.035	0.75%	E	M	AA60	-0.164	0.027	0.58%	I	B
AA73	0.184	0.034	0.73%	E	M	AA54	-0.171	0.029	0.63%	E	M
AA69	0.182	0.033	0.71%	E	B	AA65	-0.183	0.033	0.71%	E	B
AA61	0.162	0.026	0.56%	I	B	AA23	-0.212	0.045	0.96%	I	B
AA76	0.132	0.017	0.37%	E	M	AA28	-0.213	0.045	0.97%	I	M
AA67	0.131	0.017	0.37%	E	B	AA30	-0.230	0.053	1.14%	I	B
AA52	0.126	0.016	0.34%	I	B	AA75	-0.232	0.054	1.15%	E	M
AA32	0.072	0.005	0.11%	E	M	AA68	-0.235	0.055	1.18%	I	B
AA56	0.070	0.005	0.10%	E	M	AA43	-0.237	0.056	1.21%	E	M
AA64	0.051	0.003	0.06%	E	M	AA57	-0.242	0.059	1.26%	E	M
AA06	0.043	0.002	0.04%	E	B	AA09	-0.244	0.060	1.28%	I	B
AA24	0.030	0.001	0.02%	I	B	AA04	-0.252	0.064	1.36%	E	M
AA14	0.023	0.001	0.01%	E	M	AA33	-0.268	0.072	1.53%	E	M
AA40	0.001	0.000	0.00%	I	M	AA70	-0.275	0.076	1.62%	E	M
						AA19	-0.275	0.076	1.63%	E	M
						AA05	-0.285	0.081	1.74%	E	M
						AA74	-0.292	0.085	1.82%	I	B
						AA38	-0.298	0.089	1.91%	I	B
						AA12	-0.303	0.092	1.97%	I	B
						AA10	-0.328	0.108	2.31%	I	B
						AA77	-0.354	0.125	2.69%	E	M
						AA16	-0.360	0.130	2.78%	E	M
						AA37	-0.406	0.165	3.53%	I	B

Afin de mieux interpréter cet axe, nous avons examiné la position des variables sur l'axe et leurs libellés.

Tableau XIII: Les variables qui discriminent du côté positif de la composante 2 de l'ACP1.

Num	Intitulé	Contribution à l'axe	Axe Externe Interne	Axe Buts Moyens
AA22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	4.78%	E	M
AA13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	4.51%	I	M
AA62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	3.80%	I	M
AA36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	3.71%	E	B
AA51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	3.71%	I	B
AA01	La capacité du M. S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	3.44%	I	M
AA50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	3.36%	I	B
AA55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	3.31%	E	M
AA27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	3.03%	I	M
AA15	La capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	2.65%	I	M

À l'examen du tableau XIII, on se rend compte que l'item AA22 qui avait été classé initialement du côté Interne sur l'axe Interne - Externe pourrait être classé du côté Externe puisque les décisions qui vont amener les travailleurs du système à assimiler la déontologie de leur profession dépassent largement le cadre du système de SSP. Par contre sa position sur l'axe Moyens - Buts semble toujours aussi pertinente. Il en est de même pour les items AA51 et AA01 (la plupart des travailleurs du système de SSP relevant du ministère de la Fonction

publique), pour l'item AA15 (il impliquerait au moins l'assemblée nationale et le ministère de la fonction publique). On peut facilement concevoir que les décisions concernant les items AA62 et AA50, relèvent du Ministère de la Santé et dépendent dans une large mesure de l'environnement externe du système de SSP.

Tableau XIV: Les variables qui discriminent du côté négatif de la composante 2 de l'ACP2.

Num	Intitulé	Contribution à l'axe	Axe Externe Interne	Axe Buts Moyens
AA70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	1.62%	E	M
AA19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	1.63%	E	M
AA05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	1.74%	E	M
AA74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	1.82%	I	B
AA38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	1.91%	I	B
AA12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	1.97%	I	B
AA10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	2.31%	I	B
AA77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	2.69%	E	M
AA16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	2.78%	E	M
AA37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	3.53%	I	B

Pour les variables qui discriminent sur le pôle négatif de la composante 2 (tableau XIV), l'interprétation est plus difficile car le classement initial sur les axes Interne - Externe et Moyens - buts semble toujours aussi pertinent. Mais le fait que la plupart de ces items renvoient de façon plus directe à l'interaction entre la population et les professionnels de la

santé au niveau de la première ligne nous pousse à dire que ce pôle s'apparente au pôle Interne de l'axe Interne - Externe

La deuxième composante semble donc opposer le pôle Externe au pôle Interne. Cette interprétation assez approximative, va cependant servir de piste pour le reste de l'analyse. En effet l'effet de taille assez important de la première composante dissimule les différences structurelles qui sont le centre d'intérêt principal de l'étude.

Il est donc apparu important d'éliminer des données initiales, cette connaissance de la perception de l'importance de la performance que porte la composante 1, et ce d'autant plus que les rotations des composantes n'en permettent pas une meilleure interprétation.

La procédure utilisée pour ce faire a été de diviser chacune des notes accordées par un individu à un item par la moyenne des notes accordées par cet individu à l'ensemble des items de l'étude¹.

Les nouvelles variables ainsi obtenues ont été codées par deux lettres (AB) et le numéro d'apparition de leur forme non pondérée dans le questionnaire. Ces variables pondérées ont été traitées comme les variables initiales pour la première analyse en composantes principales afin de maximiser la qualité des résultats de la deuxième ACP. Après examen de leurs distributions de fréquence, un certain nombre de fonctions mathématiques leur ont été appliquées (Annexe 13 et 14), pour les rapprocher le plus possible d'une distribution normale. Pour les différencier de leur version non normalisée, les deux lettres de leur code sont passées de AB à BB. Les variables BB centrées et réduites sont devenues CC et ce sont elles qui ont fait l'objet de la deuxième analyse en composantes principales.

¹ Cette procédure a été utilisée dans Morineau et Aluja-Banet 1998.

La première analyse en composantes principales a donc permis de détecter des différences structurelles entre les variables qui permettraient de faire un lien entre le modèle empirique et le modèle d'analyse théorique. Pour mieux visualiser ces différences, les données ont été pondérées pour éliminer l'information contenue dans la première composante de l'ACP1. et les nouvelles variables ainsi obtenues ont subi un traitement préalable visant à assurer la qualité des résultats d'une seconde analyse en composantes principales.

Chapitre 5: RÉSULTATS.

5.1 L'analyse en composantes principales 2.

La matrice de corrélations des variables CC sur lesquelles a été effectuée la deuxième Analyse en Composantes principales est présentée à l'annexe 15. Comparativement à la matrice de corrélations de l'ACP1, elle présente plus de signes négatifs et les corrélations sont plus faibles. On a en fait une matrice de corrélations partielle après l'élimination de l'information assez importante sur la perception de la performance contenue dans la composante 1 de l'ACP1.

Pour la plupart des variables CC, la variabilité exprimée dans les 77 composantes de l'ACP2 est supérieure à 80%. (Annexe 16).

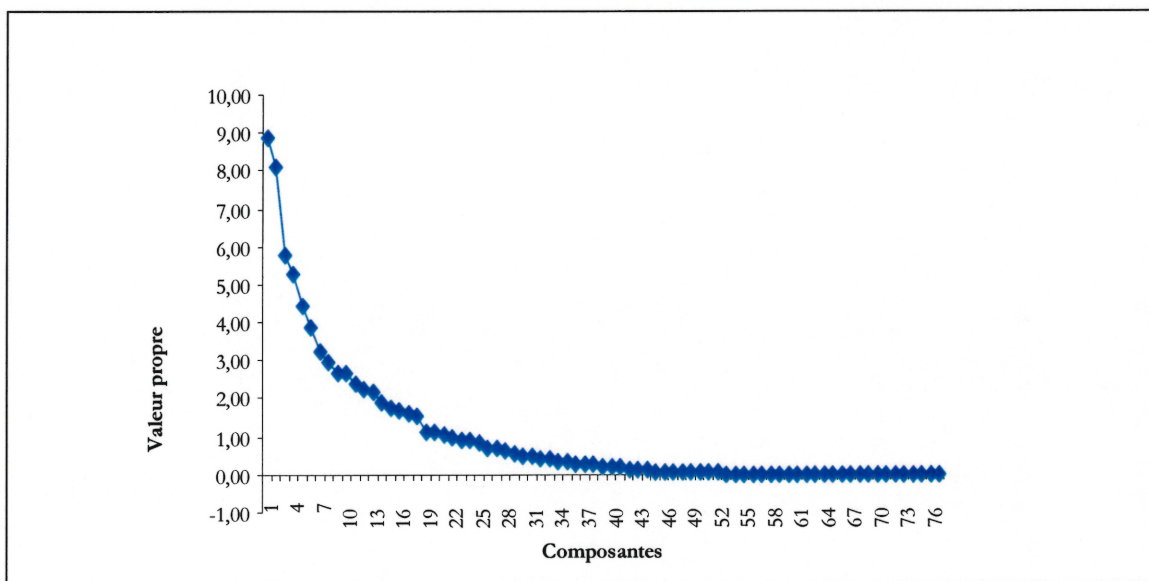
On retrouve dans les 18 premières composantes de l'ACP2 plus de 80% de l'information contenue dans les 77 composantes. (Tableau XV, Annexe 17).

En outre la règle de décroissance des valeurs propres de Catell, nous permet de retenir effectivement les 18 premières composantes pour l'analyse des résultats. (Figure 10).

Tableau XV: Les 18 premières composantes de l'ACP 2, leurs valeurs propres, les pourcentages de la variabilité totale représentée.

Composante	Valeur propre	% de Variance	% cumulatif
1	8.88	11.53	11.53
2	8.10	10.52	22.05
3	5.75	7.47	29.51
4	5.25	6.82	36.33
5	4.44	5.76	42.10
6	3.88	5.03	47.13
7	3.20	4.16	51.29
8	2.96	3.85	55.14
9	2.69	3.49	58.63
10	2.64	3.43	62.06
11	2.42	3.14	65.21
12	2.27	2.94	68.15
13	2.16	2.80	70.95
14	1.91	2.48	73.43
15	1.72	2.24	75.67
16	1.65	2.14	77.81
17	1.58	2.05	79.86
18	1.52	1.98	81.84

Figure 10 : Courbe de décroissance des valeurs propres des composantes de l'ACP2



5.2 Interprétation des axes

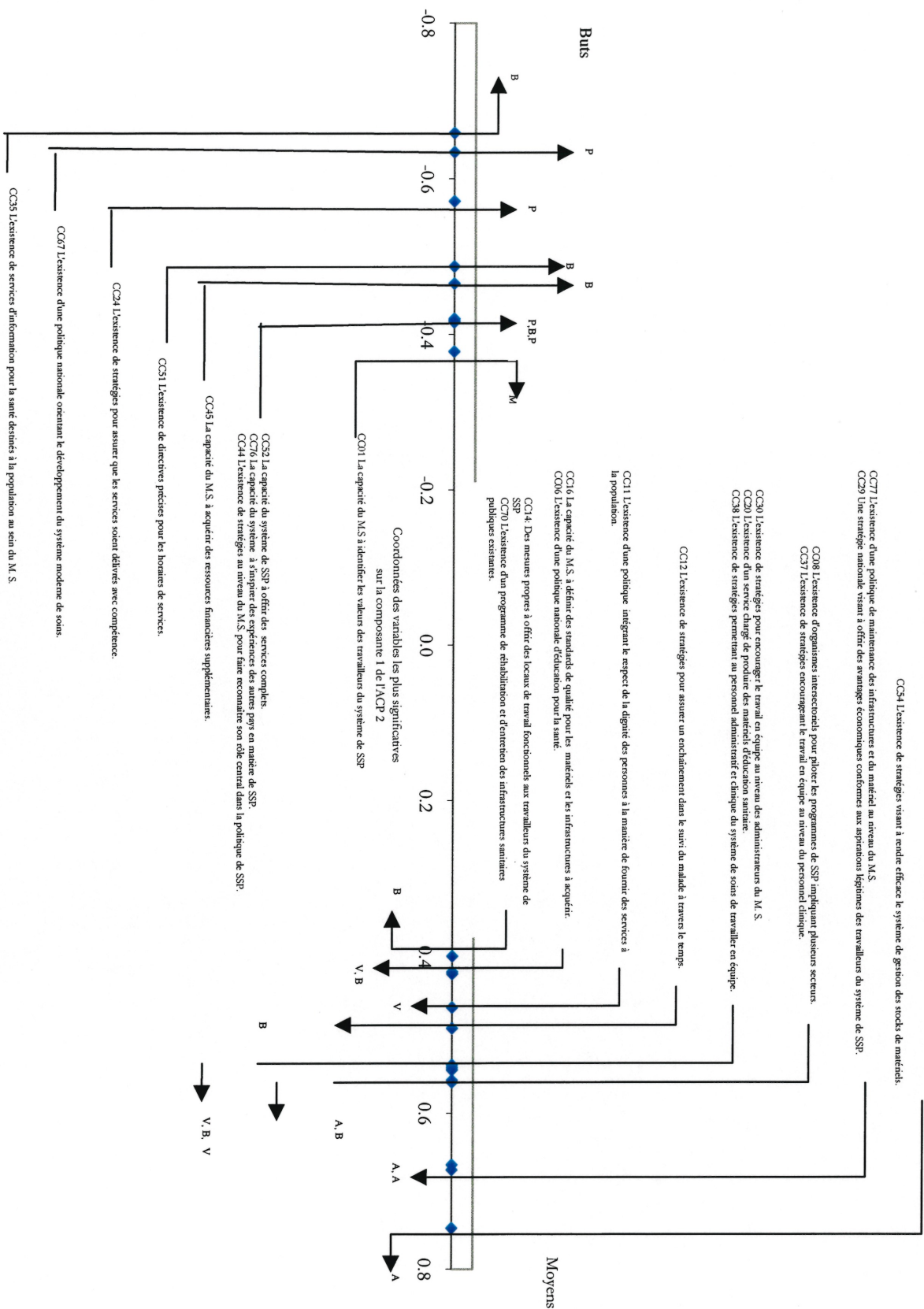
On peut noter que toutes les composantes de l'ACP2 montrent des différences structurelles entre les variables (coordonnées de signes différents sur les composantes). La méthode d'interprétation des deux premières composantes a été la même que celle utilisée pour la composante 2 de l'ACP1 (examen des contributions des variables à la formation des composantes, libellés des variables, position dans le modèle théorique).

La première composante de l'ACP 2 a une valeur propre de 8.88 et représente 11.53% de la variabilité totale. Elle oppose les Moyens (pôle positif) aux Buts (pôle négatif) par référence au modèle initial, comme on peut le constater après l'examen des variables qui contribuent le plus à la formation de cet axe (Annexe 18).

La figure 11 montre la projection des variables les plus significatives sur la composante 1. À l'examen des libellés des variables ainsi représentées et de leurs proximités, on peut baptiser la composante 1 "**Niveau d'action des interventions du système**".

Le pôle positif (Moyens) regroupe des variables dont **l'action se situe au niveau macroscopique** (relations avec d'autres instances gouvernementales, le monde politique, etc.) **ou mésoscopique** (niveau central ou régional du Ministère de la santé). Ce pôle regroupe des activités qu'on peut qualifier d'intermédiaires par rapport aux buts du système de SSP et qui sont autant de moyens pour atteindre ces Buts. **Le pôle négatif (Buts)** regroupe des variables dont **l'action se situe au niveau microscopique** du système de SSP et décrit le décor des relations entre les intervenants de la première ligne et la population à laquelle ils rendent des services.

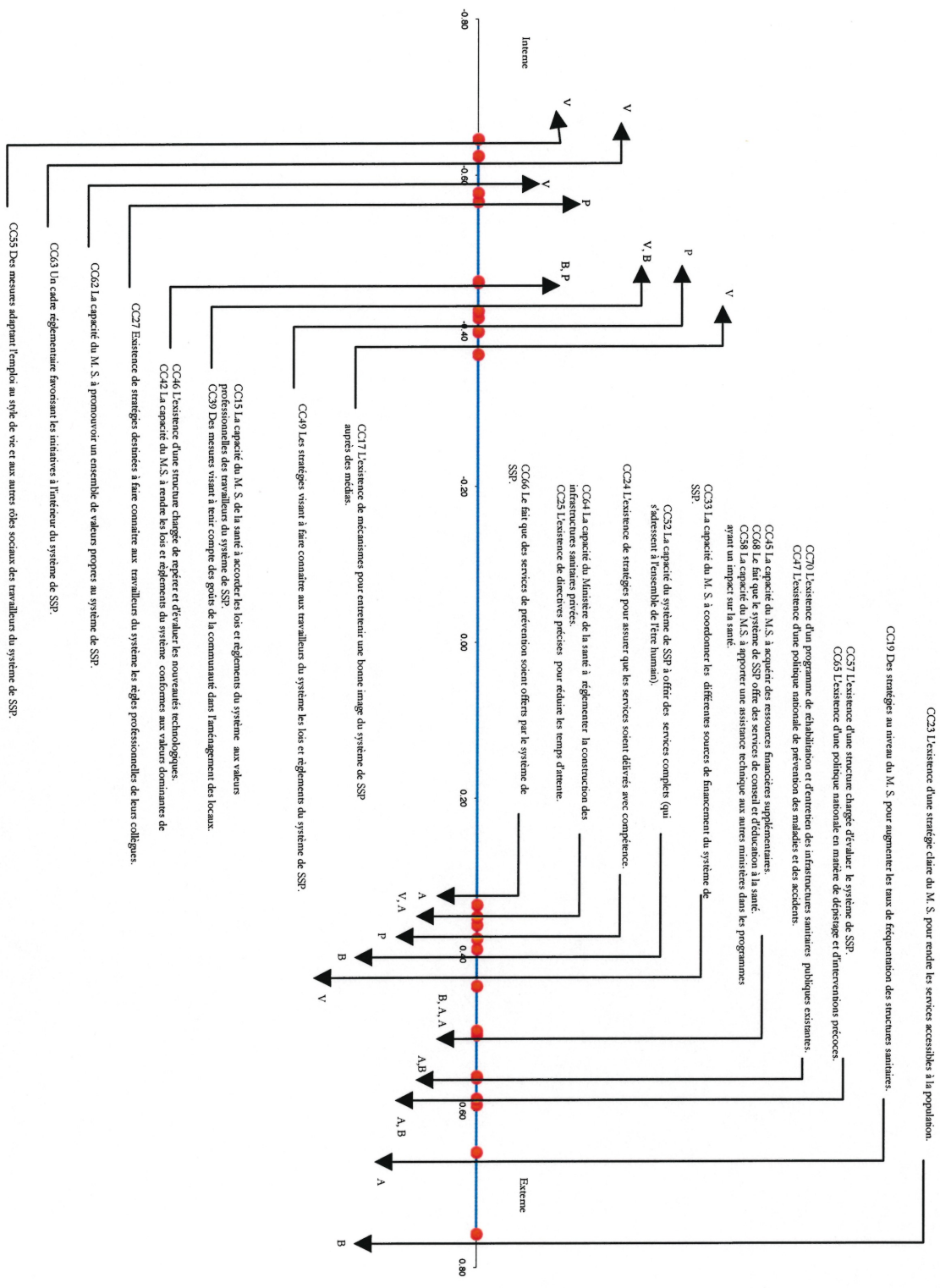
Figure 11: Examen de la composante 1



La deuxième composante de l'ACP 2 a une valeur propre de 8.10 et représente 10.52% de la variabilité totale. Elle oppose l'Externe (pôle positif) à l'Interne (pôle négatif), comme on peut le constater à l'examen des variables les plus significatives sur cet axe (annexe 19).

La figure 12, montre la projection de ces variables sur l'axe. La composante 2 peut être baptisée "**Nature des interventions du système de SSP**". Elle matérialise l'administration du système c'est à dire la mise en œuvre de tous les moyens humains et matériels incluant l'ensemble des fonctions administratives, la planification de l'organisation, la mise en exécution, le contrôle ou toute autre activité permettant d'atteindre le plus efficacement et économiquement possible, les objectifs de l'organisation. Elle sépare les interventions de type Planification- Programmation (**pôle positif : externe**) des interventions de contrôle et de régulation (**pôle négatif: interne**).

Figure 12: Examen de la composante 2



Pour les autres composantes, l'interprétation a été itérative. Les variables ont été reclassées selon la composante 1 interprétée comme opposant les buts aux moyens et la composante 2 interprétée comme opposant l'interne à l'externe. En partant de l'hypothèse que les autres composantes sont des corrections apportées aux deux premières composantes¹, la méthode utilisée pour interpréter la composante 3, en plus de l'examen des contributions des variables à l'axe, a été de comparer la position des variables sur celle-ci aux nouvelles configurations résultant de la classification sur les composantes 1 et 2. La composante 3 a été ainsi interprétée comme opposant les buts aux moyens. Une nouvelle classification des variables sur l'axe Moyens buts a été effectuée en retenant la position sur celle des composantes 1 et 3 où la contribution de la variable était la plus élevée.

Ainsi, chaque fois qu'un axe était interprété, une nouvelle classification des variables était effectuée, jusqu'à ce qu'il soit impossible d'interpréter tous les axes. Sur les 18 axes que l'on pouvait retenir pour l'analyse des résultats de l'ACP 2, seuls les 14 premiers ont été interprétés (Annexe 18 à 31), de la façon suivante:

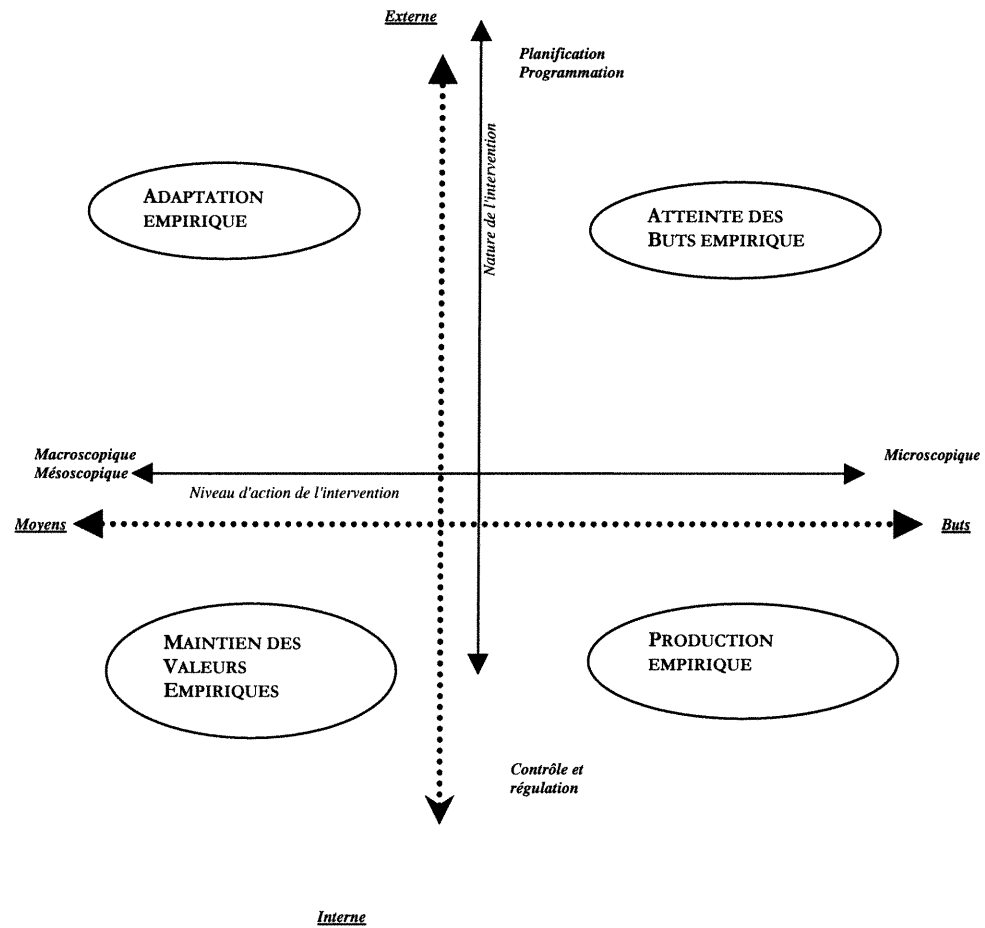
- Axe Macro, Méso - Micro (Moyens- Buts) : Composante 1, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 14.
- Axe Planification, Programmation - Contrôle, Régulation (Interne – Externe) : composante 2, 5, 7, 9, 10, 13

Ces 14 composantes représentent 73.43% de la variabilité totale (voir tableau XV).

¹ «On retrouve ici le principe général de l'analyse factorielle : le premier facteur est la meilleure approximation des données, mais cette approximation manque de précision. A cette approximation grossière, on apporte un premier correctif : c'est le deuxième facteur. **C'est donc l'ensemble du premier et du deuxième facteur qui forme l'approximation plus précise que le premier facteur seul.** De même si on juge l'approximation des deux premiers facteurs insuffisante, c'est l'ensemble des trois premiers facteurs qui donnera l'approximation suivante de meilleure qualité et ainsi de suite jusqu'au dernier facteur qui supprime toute approximation puisqu'il restitue les données d'origine dans leur intégralité. » Philippe Cibois «L'analyse factorielle» p 85-86.

Le modèle d'analyse empirique devient:

Figure 13: Le modèle empirique.



5.3 Classement des variables à l'intérieur des pôles.

La position finale des variables sur les deux axes a été celle qui correspond à sa contribution la plus élevée. (Annexe 32 et 33).

Même si l'on retrouve les quatre pôles du modèle initial, la position des variables à l'intérieur de ces pôles a été modifiée de façon substantielle. (Annexe 34). Les paragraphes suivants décrivent cette modification.

5.3.1 Les migrations des variables du pôle *Adaptation théorique*. (Figure 14)

Les items de la dimension *Adaptation théorique* étaient répartis à l'intérieur de cinq sous dimensions :

Acquisition des ressources humaines

- cc14: Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.
- cc29: Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.
- cc41: Des mesures propres à assurer des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.
- cc53: Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.
- cc55: Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.

- cc71: Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.

Ressources matérielles et infrastructures:

- cc02: La capacité du Ministère de la santé à rendre disponibles les informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.
- cc16: La capacité du Ministère de la santé à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.
- cc31: L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.
- cc43: L'existence d'un système permettant de s'assurer de la conformité des matériels aux standards de qualités prédéfinis.
- cc54: L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.
- cc64: La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.
- cc70: L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.
- cc73: La capacité du Ministère de la Santé à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.
- cc77: L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du Ministère de la Santé.

Ressources symboliques:

- cc03: L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.
- cc17: L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.
- cc32: L'existence de stratégies de communication au niveau du Ministère de la santé pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.
- cc44: L'existence de stratégies au niveau du Ministère de la santé pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.
- cc56: L'existence de stratégies au niveau du Ministère de la santé pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.

Financement

- cc04: L'existence d'un plan directeur financier au niveau du Ministère de la santé.
- cc18: Le renforcement de la fonction budgétaire du Ministère de la santé.
- cc33: La capacité du Ministère de la santé à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.
- cc45: La capacité du Ministère de la santé à acquérir des ressources financières supplémentaires.

Réactivité:

- cc05 La capacité du Ministère de la santé à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.
- cc22: La capacité du Ministère de la santé à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.

- cc59: Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.
- cc63: Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.
- cc19: Des stratégies au niveau du Ministère de la santé pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.
- cc34: L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.
- cc46: L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.
- cc57: L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP
- cc72: La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.
- cc75: L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.
- cc76: La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.

De tous les items de la sous dimension **Acquisition des ressources humaines**, seul le cc29 migre vers le pôle Adaptation empirique. Trois des items migrent vers le pôle Atteinte des buts empirique (cc14, cc41, cc53) et les deux derniers vers le pôle Maintien des valeurs empirique (cc55, cc71).

Seuls quatre des neuf items de la sous dimension **Ressources matérielles et infrastructures** (cc43, cc54, cc70, cc77) passent à la dimension Adaptation empirique. Les autres migrent vers le pôle Maintien des valeurs empirique (cc16, cc31, cc64, cc73) et le pôle Production empirique (cc02).

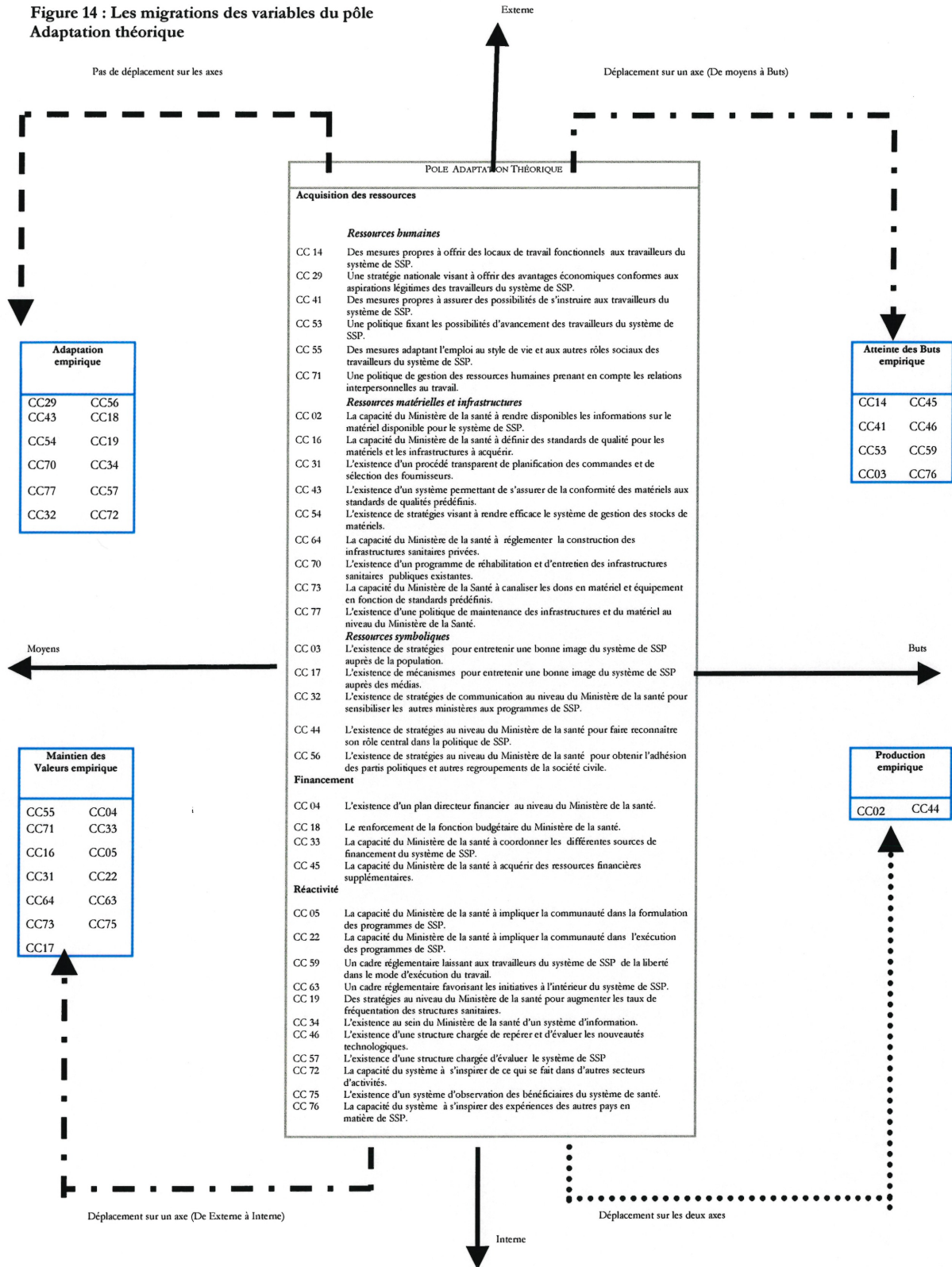
La sous-dimension **Ressources symboliques** laisse deux de ses items au pôle Adaptation empirique (cc32 et cc56). L'item cc44 migre vers le pôle Production empirique, l'item cc03 vers le pôle Atteinte des buts empirique et l'item cc17 vers le pôle Maintien des valeurs empirique.

Pour ce qui est de la sous-dimension **Financement**, seul l'item cc18 passe au pôle Adaptation empirique, l'item cc45 passe au pôle Atteinte des Buts empirique et les items cc04 et cc33 au pôle Maintien des valeurs empirique.

Les 11 items de la sous-dimension **Réactivité** ont également migré de façon importante puisque seuls quatre d'entre eux (cc19, cc34, cc57, cc72) passent au pôle Adaptation empirique.

Les items cc46, cc59, cc76 passent au pôle Atteinte des Buts empirique tandis que les items cc05, cc22, cc63, cc75 passent au pôle Maintien des valeurs empirique.

Figure 14 : Les migrations des variables du pôle Adaptation théorique



5.3.2 Les migrations des variables du pôle Atteinte des Buts théorique. (Figure 15)

Le pôle Atteinte des Buts théorique comprenait deux sous dimensions :

Amélioration de la santé:

- cc06: L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.
- cc20: L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.
- cc35: L'existence de services d'information pour la santé au sein du Ministère de la santé.
- cc47: L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.
- cc58: La capacité du Ministère de la santé à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.
- cc65: L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.
- cc67: L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.
- cc69: L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.

Équité:

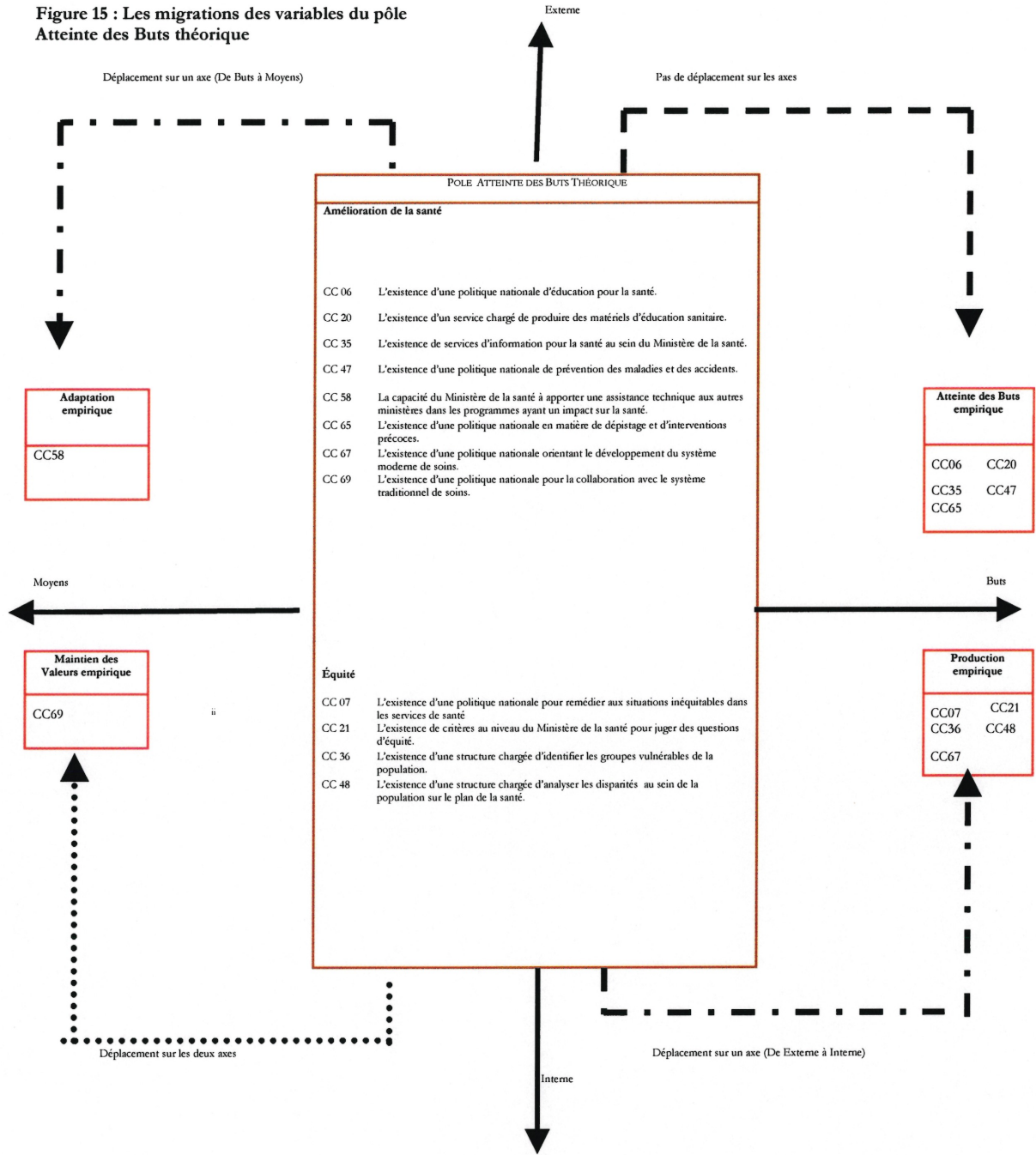
- cc07: L'existence d'une politique nationale pour remédier aux situations inéquitables dans les services de santé
- cc21: L'existence de critères au niveau du Ministère de la santé pour juger des questions d'équité.
- cc36: L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.

- cc48: L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.

Tous les items de la sous-dimension **Équité** se retrouvent dans le pôle Production empirique.

La plupart des items de la sous-dimension **Amélioration de la santé** passent à la dimension Atteinte des buts empirique (cc06, cc20, cc35, cc47, cc65), l'un des items passe au pôle Adaptation empirique (cc58), un autre au pôle Production empirique (cc67) et le dernier au pôle Maintien des valeurs empirique (cc69).

Figure 15 : Les migrations des variables du pôle Atteinte des Buts théorique



5.3.3 Les migrations des variables du pôle Production théorique. (Figure 16)

Cinq sous-dimensions structuraient le pôle Production théorique :

Coordination

- CC 08: L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.
- CC 30 : L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du Ministère de la santé.
- CC 37: L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.
- CC 38: L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.
- CC 60: L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.

Volume des services produits:

- CC 09: Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.
- CC 23: L'existence d'une stratégie claire du Ministère de la santé pour rendre les services offerts accessibles à la population.
- CC 50: La capacité du Ministère de la santé à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.
- CC 61: Le fait les soins curatifs soient offerts par le système de SSP.
- CC 66: Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.

- CC 68: Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.
- CC 74: La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.

Qualité technique:

- CC 10: La capacité du Ministère de la santé à définir des protocoles de soins.
- CC 24: L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés à la population avec compétence.

Qualité non technique:

- CC 11: L'existence d'une politique claire intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.
- CC 25: L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.
- CC 39: Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.
- CC 51: L'existence de directives précises pour les horaires de services.

Continuité et globalité des soins:

- CC 12: L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.
- CC 26: L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.
- CC 52: La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).

Aucun des cinq items de la sous-dimension **Coordination** ne demeure au pôle Production empirique, deux d'entre eux se retrouvent au pôle Adaptation empirique (cc08, cc60), deux

autres au pôle Maintien des valeurs empirique (cc30, cc38) et le dernier au pôle Atteinte des Buts empirique (cc37).

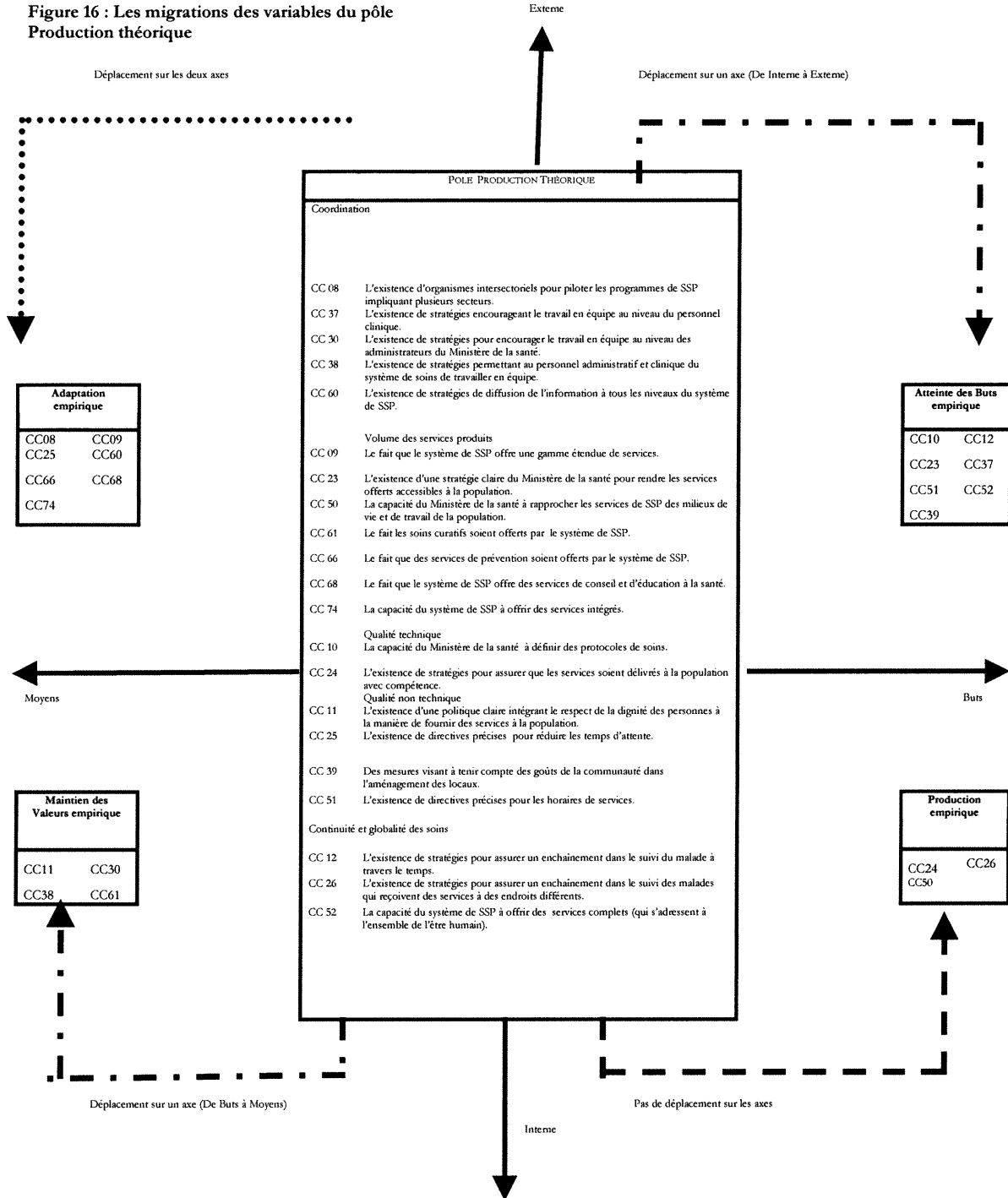
Seul un des items de la sous-dimension **Volume des services produits** passe au pôle Production empirique (cc50), un autre migre vers le pôle Maintien des valeurs empirique (cc61), quatre vers le pôle Adaptation empirique (cc09, cc66, cc68, cc74) et un dernier vers le pôle Atteinte des buts empirique (cc23).

L'un des deux items de la sous-dimension **Qualité technique** passe au pôle Production empirique (cc24), tandis que le dernier se retrouve au pôle Atteinte des buts empirique (cc10).

Les quatre items de la sous dimension **Qualité non technique** ont quitté le pôle Production théorique pour se retrouver au pôle Adaptation empirique (cc25), Atteinte des buts empirique (cc39, cc51) et Maintien des valeurs empirique (cc11).

Enfin les items de la sous-dimension **Continuité et globalité des soins** se retrouvent au pôle Production empirique (cc26) et Atteinte des Buts empirique (cc12).

Figure 16 : Les migrations des variables du pôle Production théorique



5.3.4 Les migrations des variables du pôle Maintien des valeurs théorique. (Figure 17).

Le pôle Maintien des valeurs théorique était structuré autour de deux sous dimensions :

Intériorisation des valeurs

- CC 13: Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.
- CC 27: Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.
- CC 28: Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.
- CC 49: Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.
- CC 40: Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.

Institutionnalisation des valeurs

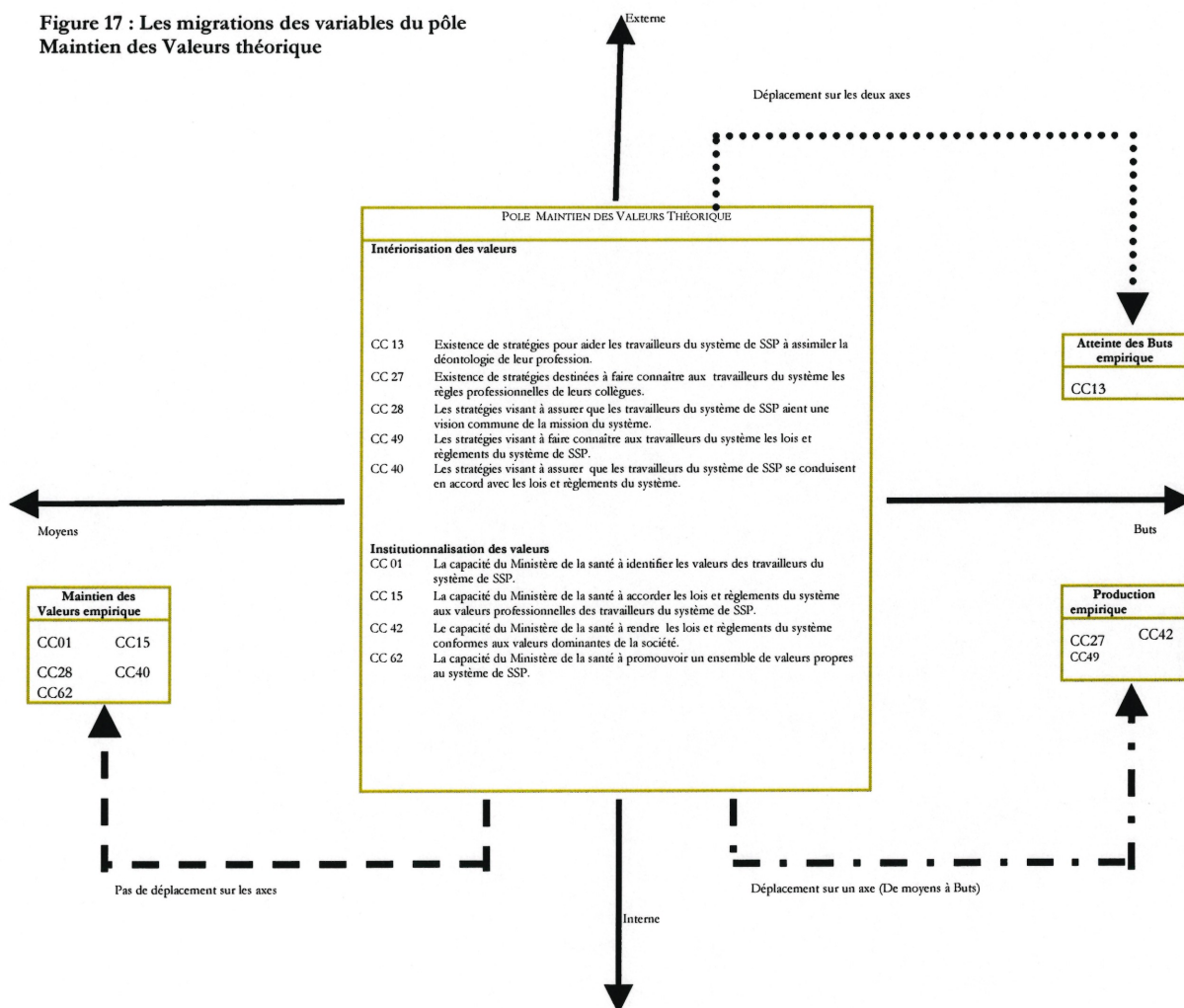
- CC 01: La capacité du Ministère de la santé à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.
- CC 15: La capacité du Ministère de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.
- CC 42: Le capacité du Ministère de la santé à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.

- CC 62: La capacité du Ministère de la santé à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.

La plupart des items de la sous-dimension **Institutionnalisation des valeurs** passent au pôle Maintien des valeurs empirique (cc01, cc15, cc62), seul l'item 42 passe au pôle Production empirique.

Deux des items de la sous-dimension **Intériorisation des Valeurs** passent au pôle Maintien des valeurs empirique (cc28, cc40), deux autres passent au pôle Production empirique (cc27, cc49) et le dernier au pôle Atteinte des Buts empirique (cc13).

Figure 17 : Les migrations des variables du pôle Maintien des Valeurs théorique



Les pôles du modèle empirique ainsi obtenu renferment un certain nombre d'items (25 au total, soit environ 1/3 des variables initiales), extrêmement bien représentés sur les composantes de l'ACP2, qui forme un noyau qui justifie leur association au modèle initial (tableau XVI).

Tableau XVI : Les variables des pôles théoriques qui se retrouvent dans les pôles du même nom du modèle empirique.

PÔLE ADAPTATION EMPIRIQUE			PÔLE ATTEINTE DES BUTS EMPIRIQUE		
Provenance	Num	Libellé	Provenance	Num	Libellé
Financement	CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	Amélioration de la santé	CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.
Réactivité	CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	Amélioration de la santé	CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.
Acquisition des ressources humaines	CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	Amélioration de la santé	CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.
Ressources symboliques	CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	Amélioration de la santé	CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.
Réactivité	CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	Amélioration de la santé	CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.
Ressources Matérielles	CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.			
Ressources Matérielles	CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.			
Ressources symboliques	CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.			
Réactivité	CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.			
Ressources Matérielles	CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires polologiques existantes.			
Réactivité	CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.			
Ressources Matérielles	CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.			
PÔLE VALEUR EMPIRIQUE			PÔLE PRODUCTION EMPIRIQUE		
Provenance	Num	Libellé	Provenance	Num	Libellé
Institutionnalisation des valeurs	CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	Qualité technique	CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.
Institutionnalisation des valeurs	CC15	La capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	Continuité et globalité des soins	CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents
Intériorisation des valeurs	CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	Volume des services produits	CC30	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.
Intériorisation des valeurs	CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.			
Institutionnalisation des valeurs	CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.			

5.4 Les pôles du modèle empirique.

Les classifications opérées suite à l'ACP 2 ont donné des pôles aux contenus différents de ceux du modèle théorique. Afin de mieux comprendre le message que ces nouveaux pôles véhiculent en terme de politiques de santé, nous avons soumis chacun des pôles à une ACP pour examiner de quelle façon les différentes variables se regroupaient. La typologie des politiques de santé de Julio Frenck (1994) était celle qui était la plus proche des données (en comparaison avec celle effectuée par Mills (1997)).

Frenck identifie quatre niveaux de politiques de santé, chacun d'entre eux étant lié à un aspect particulier de réformes de santé.

Au niveau systémique, les politiques mises en place définissent le rôle et les responsabilités des différents acteurs du système de santé et couvrent les champs suivants:

- La base qui va déterminer l'éligibilité de la population;
- Les arrangements institutionnels entre les agences publiques impliquées dans la santé;
- Les niveaux de gouverne;
- Le mix public/privé;
- La participation communautaire;
- L'activité intersectorielle;
- Les relations avec les détenteurs de ressources.

Au niveau programmatique les politiques de santé s'adressent aux questions qui ont trait à l'établissement de critères de priorité pour le choix des programmes et des interventions de santé, et à l'établissement de services de bon rapport coût - efficacité.

Au niveau organisationnel, les politiques de santé proposent des solutions en terme de productivité et de qualité des soins.

Le niveau instrumental est celui qui a pour objectif de produire l'intelligence institutionnelle qui permettra d'améliorer la performance du système de santé. Les questions principales à ce niveau sont celles qui ont trait au système d'information, à la recherche scientifique, au développement de la technologie, au développement des ressources humaines.

5.4.1 Le pôle Adaptation empirique.

Tableau XVII: Le pôle Adaptation empirique.

Niveau de politique	Points de politique	Sous dimensions dans le modèle théorique	Numéro	Libellé
Systémique	P1	Production : Coordination	CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.
		Adaptation Acquisition des ressources humaines	CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.
		Adaptation : Financement	CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.
	P2	Adaptation: Ressources Symboliques	CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.
		But: Amélioration de la santé	CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.
Programmatique	P3	Production :Volume des services produits	CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.
			CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.
			CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.
			CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.
		Adaptation: Réactivité	CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.
Organisationnel	P4	Adaptation :Ressources Matérielles	CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.
			CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.
			CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.
			CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.
	P5	Production: Qualité non technique	CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.
Instrumental	P6	Adaptation: Réactivité	CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.
		Adaptation: Réactivité	CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.
		Adaptation: Réactivité	CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.
		Production : Coordination	CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP
		Adaptation: Ressources Symboliques	CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.

Le pôle Adaptation empirique (Tableau XVII) compte un total de 20 items que l'on peut organiser en 6 points de politique de santé:

- Point 1: Mettre en place des incitatifs financiers surtout pour les activités intersectorielles.
- Point 2: Développer les activités intersectorielles pour obtenir un plus grand consensus et pour mener à bien les programmes de santé.
- Point 3: Rendre un large éventail de services accessible à la population.
- Point 4: Gérer les matériels et les infrastructures.
- Point 5: Diminuer les temps d'attente.
- Point 6: Gérer l'information.

5.4.2 Le pôle Atteinte des buts empirique.

Le pôle Atteinte des Buts empirique comporte un total de 21 items (Tableau XVIII). Ce pôle comporte trois items qui pourraient être classés dans un autre pôle empirique. Il s'agit des items cc20 « L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire» et cc51 « L'existence de directives précises pour les horaires de services» qui pourraient appartenir au pôle empirique Production, car ils sont très bien représentés sur l'axe Moyen- But, du côté But, mais faiblement sur l'axe Interne - Externe. L'item cc23 «L'existence d'une stratégie claire au niveau du Ministère de la santé pour rendre les services accessibles à la population» pourrait se retrouver dans le pôle Adaptation empirique puisqu'il est très bien représenté sur l'axe Interne –Externe, du côté Externe et faiblement sur l'axe Moyens- buts.

Tableau XVIII: Le pôle Atteinte des Buts empirique.

Niveau de politique	Points de politique	Sous dimensions dans le modèle théorique	Numéro	Libellé
Systémique	P1	Adaptation: Réactivité	CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.
		Maintien des valeurs: Intériorisation des valeurs	CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.
	P2	Adaptation: Financement	CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.
	P3	Adaptation: Ressources symboliques	CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.
		Production: Qualité non technique	CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.
	P4	Production: Qualité non technique	CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.
		Atteinte des Buts: Amélioration de la santé	CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.
	Programmatique	P5	Atteinte des Buts: Amélioration de la santé	CC47
Atteinte des Buts: Amélioration de la santé			CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.
P6		Production: Continuité et Globalité des soins	CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).
P7		Volume des services produits	CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.
Organisationnel	P8	Adaptation: Acquisition des ressources humaines	CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.
	P9	Production: Coordination	CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.
		Production: Continuité et Globalité des soins	CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.
Instrumental	P10	Atteinte des Buts: Amélioration de la santé	CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.
		Atteinte des Buts: Amélioration de la santé	CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.
		Production: Qualité technique	CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.
	P11	Adaptation: Acquisition des ressources humaines	CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.
		Adaptation: Acquisition des ressources humaines	CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.
	P12	Adaptation: Réactivité	CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.
		Adaptation: Réactivité	CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.

Les variables du pôle Atteinte des Buts empiriques fournissent 12 points de politique de santé:

- Point 1: Réaliser un transfert de responsabilités au niveau de la première ligne régulé par le professionnalisme.
- Point 2: Allouer des ressources financières supplémentaires.
- Point 3: Améliorer l'acceptabilité du système de SSP.
- Point 4: Informer la population sur ce qu'elle est en droit d'attendre du système.
- Point 5: Mettre l'accent sur la prévention.
- Point 6: Mettre l'accent sur la complétude et l'étendue des services offerts
- Point 7: Améliorer l'accessibilité en terme quantitatif
- Point 8: Améliorer le cadre de travail
- Point 9: Améliorer les méthodes de travail
- Point 10: Donner une éducation sanitaire réaliste et scientifique (formation des professionnels surtout)
- Point 11: Gérer la carrière des professionnels.
- Point 12: Mettre l'accent sur les nouvelles technologies et la recherche scientifique.

5.4.3 Le pôle Production empirique

Le pôle Production empirique (tableau XIX) compte un total de 14 items.

L'item cc02 aurait pu appartenir au pôle Maintien des Valeurs empirique car il est bien représenté sur l'axe Externe- Interne sur le côté Interne, mais mal sur l'axe Moyens - Buts.

Les variables du pôle production empirique fournissent 7 points de politique sanitaire:

- Point 1: Corriger les situations inéquitables
- Point 2: Prévenir les situations inéquitables
- Point 3: Réguler du système de santé par la connaissance des limites imposées par le reste des acteurs du système.
- Point 4: Rendre légitime le système moderne de soins (par rapport aux autres dispensateurs de soins).
- Point 5: Étendre la médecine ambulatoire aux services curatifs
- Point 6: Améliorer la qualité des services par un suivi temporel des malades.
- Point 7: Informer sur le matériel disponible.

Tableau XIX: Le pôle Production empirique.

Niveau de politique	Points de politique	Sous dimensions dans le modèle théorique	Numéro	Libellé
Systémique	P1	Atteinte des Buts: Équité	CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.
			CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.
	P2	Atteinte des Buts: Équité	CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.
			CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.
	P3	Maintien des valeurs Intériorisation des valeurs	CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.
			CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.
		Maintien des Valeurs: Institutionnalisation des valeurs	CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.
	P4	Adaptation :Ressources Symboliques	CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.
		Atteinte des Buts: Amélioration de la santé	CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.
	Programmatique	P5	Production: Volume des services produits	CC50
CC61				Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP
Organisationnel	P6	Production Continuité et globalité des soins	CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents
		Production Qualité technique	CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.
	P7	Adaptation: Ressources Matérielles	CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.

5.4.4 Le pôle Maintien des Valeurs empirique.

Pour ce qui est du pôle Maintien des Valeurs empirique (Tableau XX), on peut noter que l'item cc55 pourrait être dans le pôle Production empirique car il est très bien représenté sur le pôle Externe – Interne, du côté Interne, mais très mal sur le pôle Moyens – Buts.

L'item cc16 pourrait quant à lui être dans le pôle Adaptation empirique, car très bien représenté sur l'axe Moyens – Buts du côté Moyens, mais très mal sur l'axe Interne – Externe.

Le pôle Maintien des valeurs empirique compte un total de 22 items. Ces items fournissent 12 points de politique:

- Point 1: Renforcer la participation communautaire.
- Point 2: Réguler le secteur privé par un alignement des acteurs sur la mission du système de santé.
- Point 3: Encadrer la liberté des acteurs par des incitatifs financiers.
- Point 4: Améliorer l'efficacité technique de la gestion des différents types de financements.
- Point 5: Gérer la qualité des ressources à acquérir (matériel et infrastructure).
- Point 6: Améliorer la coopération entre les différents niveaux décisionnels et entre ceux ci et la première ligne.
- Point 7: Surveiller l'acceptabilité culturelle des services.
- Point 8: Réguler le climat de travail.
- Point 9: Réguler le système en fonction des compétences des travailleurs.
- Point 10: Porter attention à la spécificité des travailleurs du système de santé en termes d'emploi

Point 11: Améliorer l'image du système de SSP.

Tableau XX: Pôle Maintien des valeurs empirique.

Niveau de politique	Points de politique	Sous dimensions dans le modèle théorique	Numéro	Libellé	
Systémique	P1	Adaptation: Réactivité	CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	
			CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	
	P2	Maintien des Valeurs: Intériorisation des valeurs	CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	
			CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	
	P3	Adaptation: Réactivité	CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	
			CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	
	P4	Adaptation: Financement	CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	
	Organisationnel	P5	Adaptation: Ressources Matérielles	CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.
CC31				L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	
CC73				La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	
P6		Production: Coordination	CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	
			CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	
P7		Atteinte des buts: Amélioration de la santé	CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	
			CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	
			CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	
Instrumental		P8	Maintien des Valeurs: Intériorisation des valeurs	CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.
				CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.
	P9	Maintien des Valeurs: Institutionnalisation des valeurs	CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	
			CC15	La capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	
	P10	Maintien des Valeurs: Institutionnalisation des valeurs	CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	
			CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	
	P11	Adaptation: Ressources Symboliques	CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	

5.5 Classement des individus de l'échantillon dans les pôles du modèle empirique.

Une fois les axes interprétés, la classification des individus à l'intérieur des pôles du modèle empirique s'est effectuée en examinant la contribution des individus à la formation des composantes de l'ACP 2 (Annexe 35 à 48).

La position retenue, comme dans le cas des variables, est celle qui correspond à la plus grande contribution des individus sur les deux types d'axe.

Pour un nombre élevé d'individus, ce choix a été arbitraire en raison du fait qu'il discrimine faiblement¹ sur l'un des deux axes ou sur les deux à la fois (25 sur l'axe Moyens - Buts, et 20 sur l'axe Externe- Interne) (Annexe 49, 50 et 51).

Néanmoins en examinant la moyenne des notes attribuées aux variables des pôles de chacun des deux axes Moyens -Buts et Externe -Interne pour les individus qui contribuent le plus à leur formation, on se rend compte que la position des individus sur un axe est liée à **l'importance relative** (estimée par la moyenne des notes attribuées) qu'ils accordent aux variables de chacun des pôles de l'axe en question. (Annexe 52).

Une nouvelle classification des individus a donc été effectuée à partir de la moyenne des notes qu'ils attribuent aux variables des pôles des axes Moyens- buts et Externe - Interne. (Annexe 53).

Le tableau XXI montre la répartition des individus sur l'axe Moyens- Buts (Niveau d'action de l'intervention).

¹ Si tous les individus contribuaient de la même façon à la formation des axes, la contribution serait la même pour tous et égale à $1/55 \approx 1.82\%$.

Tableau XXI: Répartition des individus sur l'axe Buts - Moyens (Niveau d'action de l'intervention).

	Moyens (Macro - Méso)	Buts (Micro)	Total
Intervenants	14 (46.7%)	16 (52.3%)	30 (100%)
Ministère	16 (80%)	4 (20%)	20 (100%)
Organismes	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Total	33	22	55

De façon générale, on peut noter que le pôle Moyens est préféré au pôle Buts par les individus de l'échantillon, c'est-à-dire que les interventions dont le champ d'action se situe au niveau macroscopique ou mésoscopique sont préférées à celles dont le champ d'action est le niveau microscopique du système de SSP.

Si la position des individus sur l'axe «Niveau d'action de l'intervention» était indépendante du groupe auquel ils appartiennent, la répartition serait de 60% (33/55) en faveur du pôle Macro - Méso et de 40% (22/55) en faveur du pôle Micro pour chacun des groupes. C'est le groupe Organisme qui est conforme à la moyenne (il reproduit dans les mêmes proportions que l'ensemble de l'échantillon, la préférence pour le pôle Macro - Méso), alors que les groupes Intervenants et Ministère ont une préférence plus marquée que la moyenne pour les pôles Micro et Macro - Méso respectivement.

Ce résultat est corroboré par le constat fait par la Banque Mondiale, à la suite d'une étude sur l'aide et les réformes en Côte D'Ivoire, de l'intérêt marqué pour les questions d'ordre macro dans les réformes des secteurs sociaux, tant de la part des bailleurs de fond que de la part des décideurs locaux. (The World Bank, 2001).

De 1990 à 1997, la Côte d'Ivoire a bénéficié d'importants flux monétaires destinés à financer les réformes dans les secteurs sociaux (éducation et santé). Les trois raisons avancées pour expliquer l'implantation inégale et les résultats insuffisants de ces réformes sont:

- Le fait que ces réformes s'inscrivent dans une démarche plus large de rééquilibrage macro-économique, si bien que les questions principales adressées par les réformes étaient d'ordre macro.
- Le fait que les principaux bailleurs de fond et les décideurs ivoiriens aient un agenda identique en termes de préférence pour les questions d'ordre macro, si bien que les particularités des secteurs sociaux n'étaient pas prioritaires;
- Le fait que les décideurs locaux (et même certains bailleurs de fond) ne croient pas vraiment à la pertinence de favoriser le secteur primaire au détriment du secteur tertiaire en termes d'allocation des ressources financières. (The World Bank 2001, p 411).

Le tableau XXII quant à lui montre la répartition des individus sur l'axe Externe – Interne (Nature de l'intervention).

Tableau 22: Tableau de répartition des individus sur l'axe Externe - Interne (Nature de l'intervention).

	Externe: Planification Programmation	Interne: Contrôle et Régulation	Total
Intervenants	22 (73.3%)	8 (26.7%)	30 (100%)
Ministère	14 (70%)	6 (30%)	20 (100%)
Organisme	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Total	39	16	55

De façon générale, on peut noter que c'est le pôle Externe qui regroupe le plus d'individus (près de 2.5 fois le nombre d'individus du pôle Interne), c'est-à-dire que de façon générale les actions de contrôle et de régulation sont délaissées en faveur des activités de gestion.

Si la position des individus sur l'axe Externe - Interne (Nature des interventions) était indépendante du groupe auquel ils appartiennent, la répartition serait de 71% (39/55) en faveur du pôle Externe(gestion) et de 29% (16/55) en faveur du pôle Interne (régulation et contrôle). C'est le groupe Organisme qui s'éloigne quelque peu de cette moyenne et a une préférence moins marquée que les deux autres groupes pour le pôle Externe.

Ces résultats trouvent une fois de plus un écho dans le rapport de la Banque Mondiale précédemment cité qui soulignent la faiblesse des capacités de suivi et d'évaluation ainsi que celle de préparation et de sélection des projets dans les secteurs sociaux du côté ivoirien, et un intérêt secondaire pour les questions d'évaluation du côté des bailleurs de fonds. (The World Bank 2001).

La position finale des individus à l'intérieur des quatre pôles du modèle théorique est résumée dans le tableau XXIII.

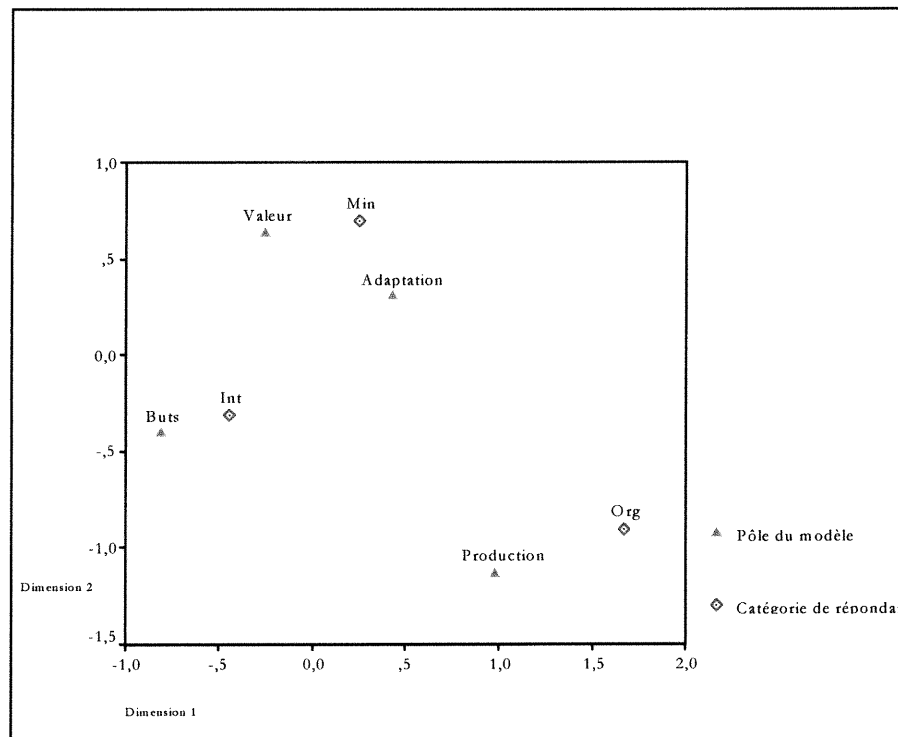
La situation à l'indépendance serait que, pour chacun des groupes, on ait 42% (23/55) des individus dans le pôle Adaptation empirique (Gestion au niveau macroscopique et mésoscopique), 29% (16/55) pour le pôle Atteinte des Buts empirique (Gestion au niveau microscopique), 11% (6/55) pour le pôle Production empirique (Contrôle et Régulation au niveau microscopique) et 18% (10/55) pour le pôle Maintien des Valeurs empirique (Contrôle et Régulation au niveau macroscopique et mésoscopique).

Tableau XXIII: Répartition des individus à l'intérieur des quatre pôles du modèle empirique.

Pôle du modèle empirique	Catégorie de répondants			Total
	Intervenants	Ministère	Organisme	
Adaptation (Planification, programmation au niveau macro et méso)	9 (30%)	11 (55%)	3 (60%)	23
Buts (Planification, programmation au niveau micro)	13 (43.3%)	3 (15%)	0	16
Production (contrôle et régulation au niveau micro)	3 (10%)	1 (5%)	2 (40%)	6
Valeurs (contrôle et régulation au niveau macro et méso)	5 (16.7%)	5 (25%)	0	10
Total	30 (100%)	20 (100%)	5 (100%)	55

Pour mieux visualiser les proximités entre les pôles du modèle et les groupes d'individus de l'échantillon, le tableau XXIII a été soumis à une analyse des correspondances.

Figure 18: Position des groupes d'individus par rapport aux pôles du modèle empirique.



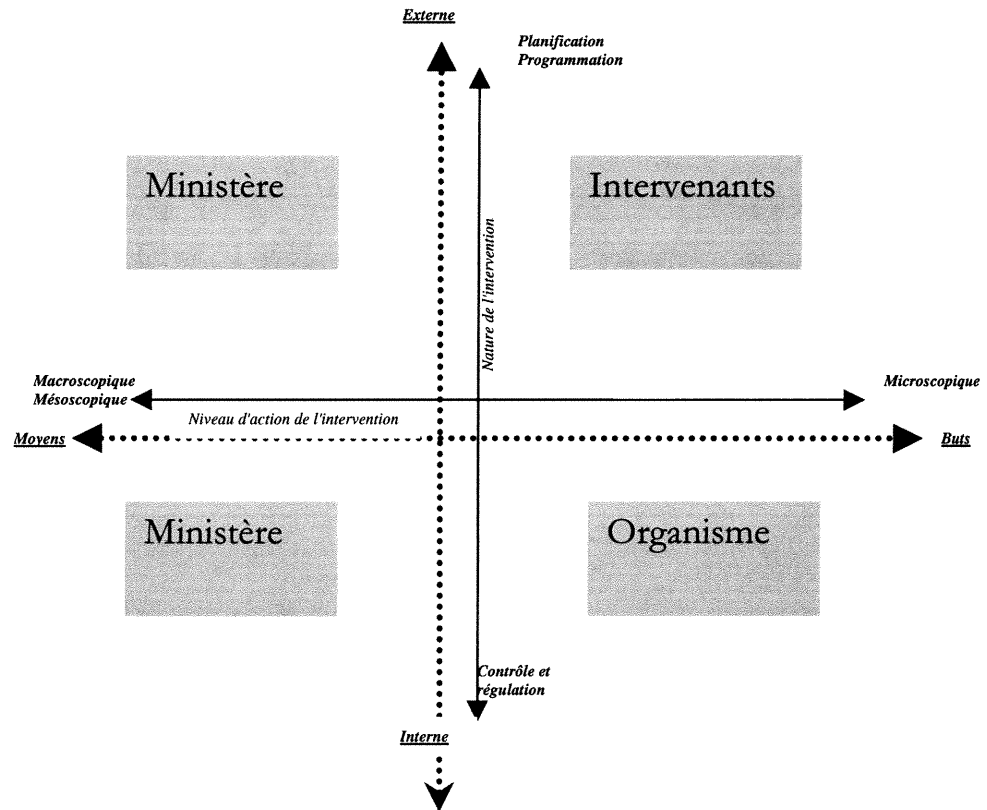
Le résultat graphique de l'analyse des correspondances (Figure 18), est une présentation simultanée des points colonne du tableau (c'est à dire les groupes d'individus de l'échantillon de l'étude) et des points ligne (c'est à dire les pôles du modèle empirique). Dans un tel graphique la distance entre points ligne et points colonne n'est pas directement interprétable, ce sont plutôt les ordonnancements des différents points qui le sont. La façon de procéder est de commencer soit par les points lignes, soit par les points colonnes pour interpréter les axes. L'objectif étant ici de comparer la position des individus par rapport aux pôles du modèle empirique, les axes ne seront pas nommés.

Si donc on examine la position des individus, on se rend compte que la première dimension oppose le groupe Intervenants au groupe Organisme. Cette même dimension sépare le pôle Atteinte des Buts empirique du pôle Production. On a donc d'un côté de l'axe le groupe Intervenants et le pôle Atteinte des Buts et de l'autre le groupe Organisme et le pôle production. Le groupe Ministère quant à lui se trouve proche du zéro tout comme le pôle Adaptation du même côté de l'axe. Le groupe Ministère préfère plus que les deux autres groupes le pôle Adaptation, le groupe Intervenants préfère plus que les deux autres groupes le pôle Atteinte des buts et le groupe Organisme préfère plus que les deux autres groupes le pôle Production.

La deuxième dimension oppose le groupe Organisme au groupe Ministère, elle oppose du même coup le pôle Production empirique aux pôles Maintien des valeurs empirique et Adaptation empirique. Par rapport à la première dimension, elle montre que le groupe Ministère préfère plus que les deux autres groupes le pôle Maintien des valeurs.

Si l'on devait caractériser chacun des pôles du modèle empirique par le groupe d'acteurs qui le préfère le plus on aurait le schéma suivant:

Figure 19: Caractérisation de chacun des pôles du modèle empirique par le groupe qui le préfère le plus.



Chapitre 6: DISCUSSION.

6.1 Synthèse des résultats.

Un premier résultat montre que la structure du modèle empirique se rapproche assez bien du modèle théorique en dépit des nombreuses migrations des variables entre les pôles. Cette nouvelle classification des variables n'a nullement altéré la pertinence des termes Moyens, Buts Externe et Interne pour décrire les deux axes du modèle empirique. Elle permet simplement de préciser ce que signifient ces termes dans le contexte de la Côte d'Ivoire, appliqués au concept de performance des Soins de santé Primaires. Ainsi le pôle Moyens - Buts permet de décrire les niveaux d'action des interventions du système de SSP en séparant les interventions du niveau macroscopique et mésoscopique de celles du niveau microscopique. Le pôle Externe - Interne permet de décrire l'administration du système de SSP. Il met d'un côté les activités de planification et de programmation et de l'autre les activités de contrôle et de régulation.

Un deuxième résultat montre que la position des individus à l'intérieur des pôles du modèle empirique est fonction:

- Des préférences relatives et non pas absolues, c'est à dire que les **X** individus qui se retrouvent dans un même pôle ne sont pas ceux qui ont accordé les **X** premières notes au pôle en question, mais plutôt ceux qui ont accordés la plus forte note à ce pôle comparativement aux trois autres, indépendamment du niveau de cette note.
- Du groupe auquel ils appartiennent, ce qui met en évidence des distorsions en terme de priorités pour certains types de réforme. Les intérêts des acteurs ne sont pas les mêmes,

des négociations seront donc nécessaire pour les amener à œuvrer dans le même sens quel que soit le sens choisi.

Un troisième résultat montre que de façon générale, on peut noter un déséquilibre sur l'axe Macro, Méso - Micro au détriment du pôle Micro (qui comprend entre autres items ceux relatifs au but principal de tout système de santé: l'amélioration de la santé, ceux relatifs à la prise en compte des besoins de la population et de la recherche d'une plus grande équité), déséquilibre qui est plus criant dans les groupes Ministère et Organisme, deux groupes desquels dépend étroitement la configuration du système de SSP. (Voir tableau XXI). Ce déséquilibre illustre le fait que le système de SSP s'éloigne de la population qu'il est censé servir. C'est une situation interpellante lorsque l'on sait que les problèmes rencontrés par les systèmes de santé dans la plupart des pays et dans les pays en voie de développement en particulier sont dûs à une mauvaise adéquation entre les moyens dont dispose le système et les buts poursuivis qui doivent être modulés en fonction des caractéristiques de la population desservie par le système, comme le souligne la Banque Mondiale:

«Les objectifs d'un système de santé sont d'améliorer l'état de santé de la population, de contenir les coûts, de viser à plus d'équité et de donner la satisfaction aux usagers. Les instruments de la politique ne correspondent pas, toutefois, à chacun de ces objectifs. Ce que font les pouvoirs publics, c'est construire des installations, acheter du matériel et des fournitures, recruter et former du personnel, fixer les honoraires ou autres conditions de services, régler la prestation des soins et l'assurance, informer, déterminer la politique globale et surveiller l'évolution et autres variables de la morbidité. Mauvaise allocation et répartition inéquitable des ressources sont la conséquence d'erreurs de jugement quant aux installations à construire, au choix du lieu de leur implantation, au personnel dont elles doivent être pourvues et aux services qu'elles doivent fournir...L'une des principales responsabilités d'un gouvernement est de faire coïncider les instruments de politique dont il dispose — les leviers de commande du secteur public — avec les objectifs qu'il vise. »
Banque Mondiale, Rapport sur le développement dans le monde 1993: Investir dans la santé, p 73.

On note également un déséquilibre important sur l'axe Planification, Programmation au détriment du pôle Régulation - Contrôle Ministère (voir tableau XXII), déséquilibre qui est particulièrement visible dans les groupes Ministère et Intervenants.

C'est une situation tout aussi interpellante que la précédente car les activités de planification et de programmation menées sans contrôle et sans régulation ne peuvent tenir compte des réalités du contexte dans lequel elles sont appliquées.

Dans un article sur la politique publique en matière de santé en Afrique, Joseph Brunet - Jailly écrivait ceci au sujet de la Côte d'Ivoire:

«Dans tous les établissements sanitaires, on procédera à une réorganisation interne fondée sur la technique «organisation et méthode», et l'ensemble du processus est une application littérale de la technique de planification - programmation - budgétisation. On sait depuis des décennies que cette façon de définir les structures sanitaires se heurte à deux objections essentielles et fondamentales: d'abord, la rigidité des structures définies interdit de prendre en compte les spécificités de chaque cas pratique, par exemple en matière de pathologie à traiter, d'utilisation effective des services par la population, de facilités d'accès aux formations etc., et conduit donc à plaquer un système uniforme sur des réalités diverses; en second lieu, elle remplace la démarche intellectuelle d'adaptation incessante des moyens aux objectifs, démarche qui doit être celle des responsables de la santé publique, par des normes bureaucratiques qu'on se contentera d'appliquer dans la plus totale irresponsabilité» (Brunet - Jailly 2000)

En outre ce constat est d'autant plus interpellant qu'il est bien connu que le principal argument, soulevé par les défenseurs du secteur privé dans le financement des soins de santé dans les pays en voie de développement, pour réduire le rôle joué par l'État dans le système de santé est précisément ce manque de transparence et de contrôle dans la gestion.

Ce qui est particulièrement remarquable dans ces résultats est que, invités à se prononcer sur ce qui selon eux pourraient améliorer la performance du système de SSP, tout ce se passe comme si les acteurs étaient incapables de concevoir le système autrement que dans son état

actuel. C'est donc que les dysfonctionnements du système actuel ont pris racine dans les schémas conceptuels des différents acteurs au point que ce qu'il semble le plus urgent est de fournir une utopie capable de créer des changements réels. Il pourrait être ainsi nécessaire de procéder à des études visant à déterminer les barrières, institutionnelles, cliniques, culturelles, financières qui perpétuent la préférence pour les pôles Macro, Méso et Planification, Programmation au détriment des pôles Micro et Contrôle, Régulation.

Un quatrième résultat montre que le pôle Adaptation empirique est l'ensemble des principes, des méthodes, des services permettant de repérer les moyens à mettre en œuvre et d'organiser de façon systématique les actions à entreprendre et les étapes à franchir pour atteindre les objectifs du système de SSP au niveau macroscopique et mésoscopique.

Des réformes visant à améliorer la performance du système de SSP et basées sur ce pôle seront généralement bien accueillies comparativement aux autres pôles puisque c'est le pôle qui a fait le plus de consensus. Il occupe la première place de façon générale en terme d'importance (tableau XXIV) et seul le groupe Intervenants le classe en deuxième position.

Le pôle Atteinte des Buts empirique est l'ensemble des principes, des méthodes, des services permettant de repérer les moyens à mettre en œuvre et d'organiser de façon systématique les actions à entreprendre et les étapes à franchir pour atteindre les objectifs du système de SSP au niveau microscopique.

Il oppose le groupe Intervenants aux groupes Ministère et Organisme. Il permet de mettre en évidence, entre autres éléments, les différences de point de vue entre le groupe Intervenants et le groupe Ministère en ce qui a trait à la gestion des ressources humaines. Les éléments de motivation tels que le cadre et les conditions de travail, associés fortement valorisés par le

groupe Intervenant ne le sont pas autant par le groupe Ministère, en dépit du fait que le constat du manque de motivation des professionnels de la santé n'est pas nouveau. Des réformes visant à améliorer la performance du système de SSP et basées sur les items de ce pôle seront favorablement accueillies par le groupe Intervenants et devront faire l'objet de sensibilisation dans les deux autres groupes.

Le pôle Production empirique est l'ensemble des mesures de contrôle et de régulation à mettre en œuvre au niveau microscopique du système de SSP. Il décrit un champ d'action très important pour transformer le système de SSP en un système de qualité et équitable.

De façon générale, ce pôle a été classé en quatrième position en terme d'importance (tableau XXIV), sauf par le groupe Intervenant qui le place en troisième position. C'est néanmoins dans le groupe Organisme qu'il se trouve plus d'individus que la moyenne pour le préférer. On peut donc dire que toute réforme visant à améliorer la performance du système de SSP dans ce domaine devra être précédée d'une sensibilisation bien ciblée pour modifier le schéma des préférences surtout auprès des groupes Ministère et Intervenants.

Le pôle Maintien des Valeurs est l'ensemble des mesures de contrôle et de régulation à mettre en œuvre au niveau macroscopique et mésoscopique du système de SSP.

De façon générale ce pôle a été classé en troisième position. Le groupe Ministère le classe en deuxième position, le groupe Intervenants en quatrième position et le groupe Organisme en troisième position. C'est néanmoins dans le groupe Ministère qu'il se trouve plus d'individus que la moyenne qui préfèrent ce pôle. Il pourrait être intéressant de recenser les raisons qui expliquent cette disparité dans l'importance accordée à ce pôle et vérifier par exemple si ce n'est pas là l'expression d'un certain scepticisme à l'égard de la capacité du Ministère de la santé de réguler le système de Soins de Santé Primaires. En tous les cas des réformes entreprises

pour améliorer la performance du système de SSP basées sur ce pôle devront faire l'objet de sensibilisation, mais moins dans le groupe Ministère que dans les deux autres groupes.

Toutes les dimensions de la performance sont jugées importantes mais sont valorisées de façon différente par les différents groupes d'acteur. Aussi les dimensions à privilégier dans un premier temps sont celles qui font le plus de consensus au sein des acteurs, les autres devant faire l'objet d'une sensibilisation préalable.

Tableau XXIV: Comparaison de l'importance accordée aux différents pôles (estimée par la moyenne)

	Par l'ensemble de l'échantillon		Par le groupe Min		Par le groupe Int		Par le groupe Org	
	Importance		Importance		Importance		Importance	
	Moyenne	Rang	Moyenne	Rang	Moyenne	Rang	Moyenne	Rang
Adaptation	6,81	1	7,29	1	6,42	2	7,66	1
Buts	6,68	2	6,60	3	6,72	1	6,72	3
Production	6,20	4	6,58	4	5,94	3	6,39	4
Valeur	6,24	3	6,83	2	5,82	4	6,81	2

6.2 Limites de l'étude.

Comme première limite de la présente étude citons le choix des variables ayant pour but d'opérationnaliser le modèle d'analyse de la performance. En termes de nombre et de thèmes abordés, ils ne peuvent prétendre couvrir de façon exhaustive le champ de la performance des systèmes de SSP. Cette limite n'est pas inhérente à la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons ou au modèle d'analyse de la performance de Sicotte et coll. (1998) qui ont guidé ce travail. Les dimensions du modèle de base sont effectivement assez générales pour décrire le cas particulier du système de SSP ivoirien. Cependant en raison de la revue de la littérature assez importante qui a guidé leur choix, de nouveaux indicateurs sélectionnés suivant les balises du modèle de base qui a guidé l'étude ne sauraient remettre en cause de façon fondamentale les dimensions trouvées.

Comme deuxième limite citons la petite taille de l'échantillon et la méthode de remplissage des questionnaires. Il n'est pas possible de faire des inférences statistiques, par contre dans le cadre d'une étude exploratoire la petite taille de l'échantillon n'est pas une limite à proprement parler, puisque l'objectif est de décrire la variabilité des données pour indiquer des pistes de réflexion. D'autre part, au cours de l'analyse des données décrite au chapitre 6, des précautions ont été prises pour limiter l'impact de la taille de l'échantillon et de la méthode de remplissage des questionnaires sur la qualité des résultats.

Comme troisième limite, soulignons la composition de l'échantillon. L'étude s'est limitée à la ville d'Abidjan faute de moyens et a exclu ainsi les autres grandes villes et les zones rurales dont les réalités peuvent être sensiblement différentes de celles de la capitale. En outre

en raison des délais, les acteurs opérant au niveau des districts sanitaires, ceux des autres ministères intervenant dans les SSP, ceux du secteur privé (moderne et traditionnel) ne figuraient pas dans l'échantillon. Aussi serait-il important d'évaluer dans quelle mesure les différentes dimensions issues du modèle leur sont applicables et de comparer leurs positions par rapport aux différents pôles à celles des trois groupes figurant dans l'échantillon.

Comme quatrième limite on peut citer qu'un grand nombre des variables du modèle discriminaient sur des types d'axes différents. Ceci est sans doute dû au fait qu'ils recouvraient plusieurs dimensions à la fois. Pour l'élaboration d'un modèle définitif, il pourrait s'avérer intéressant de formuler les indicateurs de telle sorte qu'ils ne discriminent que sur un seul type d'axes.

6.3 Étapes à franchir pour l'élaboration d'un outil d'aide à la décision.

Afin d'élaborer un modèle d'analyse de la performance du système de SSP capable de guider la prise de décision, dans le contexte ivoirien, l'étape suivante consisterait à valider les dimensions empiriques issues de la présente étude auprès d'un échantillon d'acteurs plus représentatif tant en terme de nombre que de composition. Une fois cette validation effectuée, il faudra trouver une méthode capable de décomposer ces dimensions en sous-dimensions primaires, secondaires et même tertiaires, tout en tenant compte du caractère subjectif et non rationnel des préférences des acteurs pour un pôle ou un autre. Cette méthode devrait permettre de concilier de façon harmonieuse l'idéal à atteindre en terme d'amélioration de la performance du système de SSP aux réalités des acteurs qui auront à la mettre en œuvre,

réalités que l'on peut caractériser par une information incomplète, des perceptions subjectives, une aversion pour le risque et une capacité limitée à réfléchir de façon systémique.

Les résultats de la présente étude suggèrent qu'une méthode purement normative (qui décrit les choix idéaux d'un acteur idéal) pour guider la prise de décision dans ce contexte ne serait pas approprié, puisque par construction, les modèles normatifs ne permettent pas de prendre en compte les dimensions subjectives des choix des acteurs.

Une approche plus constructiviste permettrait non seulement d'intégrer un aspect normatif à la construction du modèle d'analyse, mais aussi de prendre en compte les contingences réelles des acteurs qui ont à la mettre en œuvre. Le modèle d'analyse ainsi construit devrait permettre d'identifier les sous-dimensions principales secondaires et même tertiaires ainsi qu'un ensemble d'indicateurs permettant de les mesurer. Il devrait également permettre de les structurer et de les pondérer de façon à permettre des arbitrages entre des objectifs concurrentiels. Un tel modèle qui décompose dans toute sa complexité et sa globalité le problème de l'amélioration de la performance du système de SSP ivoirien serait un outil précieux d'aide à la décision pour guider les réformes car il simplifierait le processus analytique tout en tenant compte des contingences institutionnelles, culturelles, économiques auxquelles doivent faire face les décideurs.

CONCLUSION.

Des résultats de cette étude exploratoire, il ressort que la performance du système de Soins de Santé Primaires ivoirien couvre plusieurs dimensions. Deux clés peuvent être utilisées pour appréhender cette réalité: le niveau d'action des interventions du système (Niveau macroscopique, mésoscopique versus niveau microscopique) et la nature des interventions qui sont menées à l'intérieur du système (activités de planification et de programmation versus activités de contrôle et de régulation).

De façon générale on peut noter un intérêt plus marqué pour les interventions qui se situent au niveau macroscopique et mésoscopique (au détriment de celles qui se situent au niveau microscopique) et pour les activités de Planification et Programmation (au détriment des activités de Contrôle et de Régulation). Ces préférences pourraient expliquer pour une grande part la faible performance du système de Soins de Santé ivoirien puisqu'elles sont le signe d'une mauvaise connexion entre le système de Soins de Primaires et la population qu'elle est censée servir, entre les instances décisionnelles et les professionnels de la première ligne d'une part et que d'autre part, elles sont le signe d'un certain laissez aller dans la gestion du système.

Au-delà de cette configuration générale, le jeu des acteurs qui évoluent dans le système de Soins de Santé Primaires mérite que l'on s'y arrête. Les trois groupes d'acteurs que nous avons considérés dans cette étude exploratoire (Ministère, Intervenants, Organisme) ne jouissent pas des mêmes pouvoirs. Ce sont les groupes Ministères et Organismes qui par leurs décisions, impriment au Système de Soins de Soins de Santé Primaires sa configuration formelle. Ils ont en commun une préférence marquée pour les activités de programmation et de planification au

niveau macroscopique et mésoscopique et une préférence faible pour les activités de planification et de programmation au niveau Microscopique. Avec un tel agenda et étant donné les pouvoirs que ces deux groupes possèdent (financiers, administratifs, législatifs...), on comprend qu'il soit difficile, entre autres choses, de rapprocher de façon effective les services de première ligne de la population. Ils ont également des points de divergence. Le groupe Ministère valorise plus que le groupe Organisme les activités de Régulation et de Contrôle au niveau Macroscopique et Mésoscopique tandis que c'est le contraire pour les activités de Régulation et de Contrôle au niveau Microscopique.

Le groupe Intervenants, s'il n'a pas les mêmes pouvoirs que les deux groupes cités plus haut, peut par ses stratégies de compensation face aux décisions qui ne lui sont pas favorables imprimer une toute autre forme à la configuration formelle du système de Soins de Santé Primaires. Ce groupe a justement une préférence marquée pour les activités de programmation et de planification au niveau microscopique, activités qui ne sont pas suffisamment valorisées par les groupes Ministère et Organisme. C'est donc sans surprise que l'on peut constater que les activités les moins préférées par ce groupe sont celles qui ont trait au contrôle et à la régulation au niveau microscopique:

«Ainsi en tendance, en Afrique de l'ouest, les services de santé ont été gérés par leurs hauts responsables médicaux de telle sorte que les effectifs croissaient indépendamment de l'évolution de l'activité, jusqu'à ce que les dépenses de personnel atteignent de telles proportions qu'aucun moyen n'était disponible (sous forme de médicaments ou de consommables médicaux par exemple) pour produire le service à fournir aux malades; cette pénurie favorisait tous les trafics, tant au sein des formations publiques qu'en dehors d'elles, parce que la pratique privée, fut elle illicite, reste le modèle idéal pour tous les professionnels de santé, affiché en exemple puisqu'il est appliqué sans la moindre gêne par les grands patrons.» Brunet Jailly 1996.

Il serait intéressant d'analyser en profondeur les déterminants de ces clivages entre les différents acteurs selon le point de vue des acteurs concernés, la façon dont chaque groupe

d'acteurs les légitime et sur les moyens de créer un consensus car ils ne sont pas sans conséquence sur la performance du système de Soins de Santé primaires ivoirien.

En effet pour créer une cohérence globale, il faudrait que les acteurs du système, en dépit de leur préférence pour un pôle en particulier, soient capables d'interagir avec les autres groupes sur d'autres pôles. Ces négociations seront certainement ce qui va déterminer la nature et le contenu des alignements entre les pôles. L'instauration imminente d'un système général d'assurance maladie risque d'exacerber les clivages et rend la recherche d'un consensus d'autant plus urgente.

On peut retenir que pour analyser la performance du système de Soins de Santé Primaires ivoirien, il faudrait tenir compte:

- De la structure du système de Soins de Santé Primaires;
- Des différents acteurs en présence;
- Des rapports de pouvoir qui existent entre ces différents acteurs.

Le troisième point nous semble particulièrement important pour déterminer si des groupes autres que les groupe Ministère et Organisme pourraient initier des changements au niveau du système de Soins de Santé Primaires.

Pour ce qui est des politiques de réforme particulières à mettre en place, les différents points relevés à l'examen des pôles du modèle empirique peuvent servir de pistes à approfondir. Les pôles du modèle empirique qui font le plus de consensus nous semblent de bons points de départ.

BIBLIOGRAPHIE

- Abelson Julia, Brian Hutchinson**, (1994), , Primary Care Delivery Models: A review of the international litterature. Analysis Working Paper Series 94-15, Mc Master University Centre for Health Economics and Policy.
- Babbie Earl**. (1990) Survey Research Methods. Wadsworth, Inc. Belmont, California.
- Baillargeon Gérald et Louise Martin** (1998) Méthodes quantitatives et analyse des données en Sciences Humaines. Les éditions SMG.
- Banerji, D.** (1986). "Hidden menace in the Universal Child Immunization Programme", Journal of the Indian medical Association, 84 (8), 229-232.
- Banque Mondiale** (1993) Rapport sur le développement dans le monde 1993: Investir dans la santé. Washington DC.
- Banque Mondiale** (1995) Pour une meilleure santé en Afrique: les leçons de l'expérience. Washington DC.
- Banque Mondiale** (1996) Projet de développement des services de santé intégrés. Rapport n°15607 - IVC.Rapport d'évaluation. République de Côte d'Ivoire. Division Population et Ressources humaines. Département Afrique de l'Ouest. Région Afrique.
- Banque Mondiale** (1997) La pauvreté en Côte d'Ivoire Cadre d'action. Rapport n° 15640-IVC. Document de la Banque Mondiale.
- Barnett Vic** (1980) Interpreting Multivariate Data. Wiley Series in probability and mathematical Statistics. John Wiley & Sons Chichester New York Brisbane Toronto.
- Benzecri J.-P.** (1973) L'analyse des données, tome I : La taxinomie. Éditions Dunod. Paris, Bruxelles, Montréal.

- Benzecri J.-P.** (1973) L'analyse des données, tome II : L'analyse des correspondances. Éditions Dunod. Paris, Bruxelles, Montréal.
- Benzecri J.-P. et collaborateurs** (1980) Pratique de l'analyse des données, tome I : Analyse des correspondances. Exposé élémentaire. Éditions Dunod. Paris.
- Benzecri J.-P., Ch. Bastin, Ch. Bourgarit, P. Gazes** (1980) Abrégé théorique. Étude de cas modèles. Éditions Dunod. Paris.
- Bernam, Peter.** (1995) " Health sector reform: making health development sustainable". Health Policy, 32: 13-28.
- Bindari-Hammad A. EL., D.L. Smith** (1992) Évaluation des Soins de santé primaires. Guide de l'enquêteur. Organisation mondiale de la santé. Genève.
- Block Miguel, Angel Gonzalez** (1997) "Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reforms". Health policy 42: 187 - 209.
- Blumenthal David, Elizabeth Mort and Jennifer Edwards** (1995) "The efficacy of primary care for vulnerable groups" Health services research 30 (1): 253-273.
- Bodart Claude, Gérard Servais, Yansané L. Mohamed, Bergis Schmidt-Ehry** (2001) " The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso", Health policy and planning 16 (1): 74-86.
- Brunet- Jaily, Joseph** (1996). " La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement" dans Crise et population en Afrique – Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques. Jean Coussy et Jacques Vallin. 233-272.
- Brunet- Jaily, Joseph** (2000). "La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone" Afrique contemporaine n°195 Juillet - Septembre.

- Canada** (1974) Nouvelle perspective de la santé des Canadiens; un document de travail. Ottawa.
- Caplan Ronald. L., Donald W. Light, and Norman Daniels.** (1999) " Benchmarks of fairness: a moral framework for assessing equity" International Journal of Health Services, 29 (4): 853-869.
- Carmines E. G. et Richard A. Zeller,** (1979) Reliability and Validity assessment Sage Publications Beverly Hills London..
- Champagne François** (1990) "Introduction : les modèles d'efficacité", Efficacité de gestion et performance des organisations de santé Actes du colloque Jean-Yves-Rivard, p. 3-6.
- Cibois, Philippe** (1983) L'analyse factorielle: analyse en composantes principales et analyse des correspondances. Presses Universitaires de France, Paris.
- Collins Charles** (1994) Management and organization of developing health systems. Oxford University Press. Oxford New York Tokyo.
- Conolly T., D.J. Conlon, S.J. Deutsch,** (1980) "Organizational effectiveness : A multiple constituency approach". Academy of Management Review, 5: 211-217.
- Contandriopoulos A.P., François Champagne, Louise Potvin, Jean-Louis Denis, Pierre Boyle,** (1990) Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos A.P.** (1998) La régulation d'un système de soins sans murs. GRIS. Université de Montreal. Faculté de médecine. Secteur Santé publique.
- Contandriopoulos A.P, François Champagne, Jean-Louis Denis, Marie-Chistine Avargues,** (2000) "L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes". Revue d'épidémiologie et de Santé publique. 48:517-539 Paris Masson.

- Côte d'Ivoire** (1995) Stratégie et programme d'investissements publics 1995-1997. Développement des ressources humaines. Secteur Santé . Abidjan.
- Côte d'Ivoire** (1996a) Plan national de développement sanitaire. Tome I. Ministère de la santé publique.
- Côte d'Ivoire** (1996b) Plan national de développement sanitaire. Tome II . Ministère de la santé publique.
- Côte d'Ivoire** (1997) Rapport annuel sur la situation sanitaire . Ministère de la santé publique.
- Cronbach, L.J et P.E. Meehl**, (1955) "Construct validity in psychological tests". Psychological Bulletin 52 : 281-302
- Crozier, M. et E. Friedberg** (1972). L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. Paris, Éditions du seuil.
- De Brueker Roland** (1995). Strategies organisationnelles. Collection Rapport et Synthèse. Économica, Paris.
- De la Moussaye Eric, Pierre Jacquemot**. (1993) "Politiques de santé: les trois options stratégiques". Afrique contemporaine n°166 (2^e trimestre): 15 - 26.
- Diarra J, J.P. Louis** (1996) "La Côte d'Ivoire modernise son système de santé" Médecine tropicale 56: 333 - 338.
- Donabedian A**, (1973) Aspects of medical care Administration. Cambridge (Mass), Havard University Press.
- Evans R.G ., G.L. Stoddart** (1996) " Produire de la santé, consommer des soins" dans Être ou ne pas être en bonne santé, Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Evans Robert G, Morris L Barer, Theodore R Marmor (dir) . Montréal, Les Presses de l'université de Montréal.

Farand Lambert, Claude Sicotte, François Champagne, Jan Barnsley, Henriette Bilodeau, Isabelle Trabut, Marie-Pierre Moreault (2000) "Stakeholder validation of a conceptual model of hospital performance". Miméo GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé). Université de Montréal.

France et Côte d'Ivoire (1991) Projet Santé Abidjan 1992 - 1996 Abidjan/Paris, ministère des la coopération et du développement / ministère de la santé et de la protection sociale.

Frenck J (1992) "The concept and measurement of accessibility" in Health Services Research: an Ontology, White, K et al. (Ed.), Washington, Pan American Health Organization.

Frenck J (1994) "Dimensions of health system reform" . Health policy 27: 19 - 34.

Frost Peter J, Larry F. Moore, Meryl Reis Levis, Craig C. Lundberg, Joanne Martin (ed) (1985) Organizational Culture. Sage publications. Beverly Hills, London, New Delhi.

Guisset Ann-Lise, Claude Sicotte, Pol leclercq, William D'Hoore, (2000) "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux" À paraître.

Greenacre Michael J. (1993) Correspondence analysis in practice. Academic Pres, Hartcourt Brace & Company, Publishers, London. 195p.

Grootaert Chistian (1993) Poverty in Côte d'Ivoire. The challenge for reform. Document de travail, Banque Mondiale, Washington.

Jeans Mary Ellen (1999) " Primary care and Primary health care for an integrated system" Healthcare Papers 1 (Winter): 33-36.

Johnson Richard A., Dean W. Wichern (1998) Applied multivariate Statistical Analysis. Fourth edition. Prentice hall, Upper saddle River, New Jersey.

Laforge, Hubert (1981) Analyse multivariée : pour les sciences sociales et biologiques avec applications des logiciels BMD, BMDP, SPSS, SAS . Québec.

Lazarsfeld Paul F, Ann K. Pasanella, Morris Rosenberg (1972). Continuities in the Language of Social Research. The Free Press, New York.

MacDonald, John J. (1993) Primary Health Care. Medicine in its place. London, Earthscan Publications Ltd.

Marmor. T. , M.L. Barer, R.G. Evans (1996) "Les déterminants de la santé de la population: comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques" dans Être ou ne pas être en bonne santé, Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Evans Robert G, Morris L Barer, Theodore R Marmor (dir) . Montréal, Les Presses de l'université de Montréal.

Mechanic David, David A Rochefort: (1996) "Comparative Medical systems", Annual review of sociology. 22: 239 – 70, 1996.

Mills A (1997) "Current policy issues in health care reform from an international perspective: the battle between bureaucrats and marketeers. " In: Nitarayamshong S. editor. Health care reform. At the frontier of research and policy decisions. Nontabury, Thailand: Ministry of public health.

Morineau Alain et Aluja - Banet Tomas (1998) Analyse en composantes principales avec illustration SPAD. CISIA - CERESTA Saint Mandé (France).

Murray, Christopher J. L. (1995) " Towards an analytical approach to health sector reform" Health policy, 32 , 93-109

Newton Rae R., Kjell Erik Rudestam (1999). Your Statistical Consultant. Answers to your data analysis questions. Sage Publications. Thousand Oaks London New Delhi.

- Organisation mondiale de la santé.** (1978). Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. Genève..
- Organisation mondiale de la santé** (1981). Prise de décisions à l'échelon national pour les soins de santé primaires. Étude du Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires. Genève.
- Organisation mondiale de la santé** (1987). Action intersectorielles en faveur de la santé. Organisation mondiale de la Santé. Genève.
- Organisation mondiale de la santé** (1989). Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous. Organisation mondiale de la santé. Genève.
- Organisation mondiale de la santé** (2000) Rapport sur la santé dans le monde 2000 Pour un système de santé plus performant. Genève.
- Pasmore William. A.** (1988) Designing effective organizations, The sociotechnical perspective. John Wiley and Sons.
- Pedhazur et Schmelkin,** (1991) Measurement design and analysis. An integrated Approach. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale, New Jersey, Hove and London.
- Pineault, Raynald et Carole Daveluy** (1986) La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies. Les éditions Agence d'ARC Inc. Montréal.
- Price, J.L.** (1972a) "The study of organisational effectiveness". The sociological Quarterly, winter 13: 3-15.
- Price, J.L.** (1972b) Handbook of organizational measurement. D.C Health and Company. Lexington, Massachusetts Toronto London.
- Quinn, R.E.** (1988) Beyond rational Management : Mastering the paradoxes and competing demands of high performance. San Francisco: Jossey-Bass Publications.

- Quinn, R.E. , J. Rorhbaugh, (1983) "A spatial Model of effectiveness criteria: Towards a Competing values Approach to Organisational Analysis". Management science, 29 (3): 363-377.
- Rocher, Guy (1972) Talcott Parsons et la sociologie américaine. Presses universitaires de France, Paris.
- Roemer Milton I. (1991) National Health systems of the world, volume I: The countries. Oxford University Press. New York Oxford.
- Rossi Robert J, Kevin J Gilmartin, (1980) The handbook of social indicators: sources characteristics and analysis. Garlang STPM Press. New York, London.
- Rummel R. J. (1970) Applied Factor analysis.. Evanston northwestern University press.
- Rummel R. J. (1972) The dimensions of nations. Sage publications. Beverly Hills / London.
- Sicotte Claude François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, François Béland, Jean-Louis Denis, Henriette Bilodeau et al. (1998) " A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance" . Health Services Management Research 11: 24-48.
- Sicotte Claude, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos (1999). " La performance organisationnelle des organismes publics de santé", Ruptures, 6, no. 1, 34-36.
- Sindzingre Alice (2000) " Le contexte économique et social du changement politique en Côte d'Ivoire" Afrique contemporaine, 193 (1): 27- 44.
- Shrode Williams A, Dan Voich Jr (1974) Organization and Management: basic system concepts. The Irwin series in Management and the behavioral sciences.
- Streiner D. L and G. R Norman . . (1995) Health measurement scales : a practical guide to their development and use. Oxford ; New York : Oxford University Press

Tatar M., F. Tatar. (1997) , "Primary Health Care in Turkey : A passing fashion". Health Policy and Planning, 12 (3): 224-233.

Tessier Roger (1973) "La fonction publique est - elle en mesure de mener à terme certains changements sociaux?" dans Changement planifié et développement des organisations sous la direction de roger Tessier et Yvan Tellier, EPI editeur paris, Les Éditions de l'IFG Montreal.

Unesco (1978) Indicateurs de la qualité de l'environnement et de la qualité de la vie. Rapports et documents de sciences sociales. Unesco.

Walt Gill et Susan Rifkin, (1990), "Le contexte politique des soins de santé primaires" dans Les soins de santé primaires, Expériences depuis Alma Ata, Jarl Chabot et Pieter Streefland (eds). Institut Royal des Tropiques.

Warren, K S (1988) "The evolution of selective primary health care" Social Science and Medecine 26 (9) 1988, pp891-898.

Wentz Walter J (1994) "Materiels management" in The Aupha Manuel of health services management . Robert J Taylor, Susan B Taylor (ed). An Aspen publication. Gaithersburg, Maryland.

Whitehead Margareth (1992) "The concepts and principles of equity and health" International Journal of Health Services, 22 (3): 429-445.

World Health Organization (1988). From Alma-Ata to the year 2000, Reflections at the midpoint. Geneva.

World Bank (2001) Aid and reform in Africa. Lessons from ten case studies. Shantayanan devarajan, David R Dollar, Toigny Holmgren editors.

Yin Robert K (1989) Case study research. Design and Methods. Sage Publications. Newbury Park London New Delhi.

Young Gary J. Et al. (1998). "Patterns of Coordination and Clinical Outcomes: A study of surgical Services" Health Services research, 33(5) part I: 1211-36.

Yuchtman, E., S.E. Seashore, (1967) "A system Resource Approach to Organization Effectiveness". American Sociological Review, 32: 891-903.

LES

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire.



**LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE
SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**



LES FONCTIONS

Annexe 2 : Opérationnalisation du modèle théorique, classement des items en fonction des dimensions du modèle.

Pour qu'un système de soins de santé primaires soit performant, il faut un certain nombre de conditions parmi lesquelles:

DIMENSION : ADAPTATION

Acquisition des ressources

Ressources humaines

- Q 14 Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.
- Q 29 Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.
- Q 41 Des mesures propres à assurer des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.
- Q 53 Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.
- Q 55 Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.
- Q 71 Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.

Ressources matérielles et infrastructures

- Q 2 La capacité du Ministère de la santé à rendre disponibles les informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.
- Q 16 La capacité du Ministère de la santé à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.
- Q 31 L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.
- Q 43 L'existence d'un système permettant de s'assurer de la conformité des matériels aux standards de qualités prédéfinis.
- Q 54 L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.
- Q 64 La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.
- Q 70 L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.
- Q 73 La capacité du Ministère de la Santé à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.

- Q 77 L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du Ministère de la Santé.

Ressources symboliques

- Q 3 L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.
- Q 17 L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.
- Q 32 L'existence de stratégies de communication au niveau du Ministère de la santé pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.
- Q 44 L'existence de stratégies au niveau du Ministère de la santé pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.
- Q 56 L'existence de stratégies au niveau du Ministère de la santé pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.

Financement

- Q 4 L'existence d'un plan directeur financier au niveau du Ministère de la santé.
- Q 18 Le renforcement de la fonction budgétaire du Ministère de la santé.
- Q 33 La capacité du Ministère de la santé à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.
- Q 45 La capacité du Ministère de la santé à acquérir des ressources financières supplémentaires.

Réactivité

- Q 5 La capacité du Ministère de la santé à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.
- Q 22 La capacité du Ministère de la santé à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.
- Q 59 Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.
- Q 63 Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.
- Q 19 Des stratégies au niveau du Ministère de la santé pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.
- Q 34 L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information .
- Q 46 L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.
- Q 57 L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.

- Q 72 La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.
- Q 75 L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.
- Q 76 La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.

DIMENSION : ATTEINTE DES BUTS

Amélioration de la santé

- Q 6 L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.
- Q 20 L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.
- Q 35 L'existence de services d'information pour la santé au sein du Ministère de la santé.
- Q 47 L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.
- Q 58 La capacité du Ministère de la santé à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.
- Q 65 L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.
- Q 67 L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.
- Q 69 L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.

Équité

- Q 7 L'existence d'une politique nationale pour remédier aux situations inéquitables dans les services de santé
- Q 21 L'existence de critères au niveau du Ministère de la santé pour juger des questions d'équité.
- Q 36 L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.
- Q 48 L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.

DIMENSION : PRODUCTION

Coordination

- Q 8 L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.
- Q 37 L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.
- Q 30 L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du Ministère de la santé.
- Q 38 L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.

Q 60 L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.

Volume des services produits

Q 9 Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.

Q 23 L'existence d'une stratégie claire du Ministère de la santé pour rendre les services offerts accessibles à la population.

Q 50 La capacité du Ministère de la santé à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.

Q 61 Le fait que les soins curatifs soient offerts par le système de SSP.

Q 66 Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.

Q 68 Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.

Qualité technique

Q 10 La capacité du Ministère de la santé à définir des protocoles de soins.

Q 24 L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés à la population avec compétence.

Qualité non technique

Q 11 L'existence d'une politique claire intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.

Q 25 L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.

Q 39 Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.

Q 51 L'existence de directives précises pour les horaires de services.

Continuité et globalité des soins

Q 12 L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.

Q 26 L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.

Q 52 La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).

74 La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.

DIMENSION : MAINTIEN DES VALEURS

Intériorisation des valeurs

Q 13 Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.

- Q 27 Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.
- Q 28 Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.
- Q 49 Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.
- Q 40 Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.

Institutionnalisation des valeurs

- Q 1 La capacité du Ministère de la santé à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.
- Q 15 Le capacité du Ministère de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.
- Q 42 Le capacité du Ministère de la santé à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.
- Q 62 La capacité du Ministère de la santé à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.

Annexe 3: Distribution de fréquence des variables de l'étude.

Variables		Scores											Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A01	Effectif	1	5	1	1	5	3	13	5	18	2	6	60
	%valide	1.7	8.3	1.7	1.7	8.3	5.0	21.7	8.3	30.0	3.3	10.0	100.0
	% cumulé	1.7	10.0	11.7	13.3	21.7	26.7	48.3	56.7	86.7	90.0	100.0	
A02	Effectif	1	4	2	1	4	3	9	3	22	2	8	59
	%valide	1.7	6.8	3.4	1.7	6.8	5.1	15.3	5.1	37.3	3.4	13.6	100.0
	% cumulé	1.7	8.5	11.9	13.6	20.3	25.4	40.7	45.8	83.1	86.4	100.0	
A03	Effectif	1	4	1	2	6	1	4	4	27	0	10	60
	%valide	1.7	6.7	1.7	3.3	10.0	1.7	6.7	6.7	45.0	0.0	16.7	100.0
	% cumulé	1.7	8.3	10.0	13.3	23.3	25.0	31.7	38.3	83.3	83.3	100.0	
A04	Effectif	0	6	1	0	3	0	8	3	18	6	14	59
	%valide	0.0	10.2	1.7	0.0	5.1	0.0	13.6	5.1	30.5	10.2	23.7	100.0
	% cumulé	0.0	10.2	11.9	11.9	16.9	16.9	30.5	35.6	66.1	76.3	100.0	
A05	Effectif	4	2	3	0	3	3	10	4	9	8	14	60
	%valide	6.7	3.3	5.0	0.0	5.0	5.0	16.7	6.7	15.0	13.3	23.3	100.0
	% cumulé	6.7	10.0	15.0	15.0	20.0	25.0	41.7	48.3	63.3	76.7	100.0	
A06	Effectif	0	4	0	0	3	0	4	4	22	5	18	60
	%valide	0.0	6.7	0.0	0.0	5.0	0.0	6.7	6.7	36.7	8.3	30.0	100.0
	% cumulé	0.0	6.7	6.7	6.7	11.7	11.7	18.3	25.0	61.7	70.0	100.0	
A07	Effectif	1	7	1	2	3	2	4	7	17	6	9	59
	%valide	1.7	11.9	1.7	3.4	5.1	3.4	6.8	11.9	28.8	10.2	15.3	100.0
	% cumulé	1.7	13.6	15.3	18.6	23.7	27.1	33.9	45.8	74.6	84.7	100.0	
A08	Effectif	3	8	1	1	3	2	13	9	7	8	5	60
	%valide	5.0	13.3	1.7	1.7	5.0	3.3	21.7	15.0	11.7	13.3	8.3	100.0
	% cumulé	5.0	18.3	20.0	21.7	26.7	30.0	51.7	66.7	78.3	91.7	100.0	
A09	Effectif	2	14	1	1	3	0	8	7	13	6	4	59
	%valide	3.4	23.7	1.7	1.7	5.1	0.0	13.6	11.9	22.0	10.2	6.8	100.0
	% cumulé	3.4	27.1	28.8	30.5	35.6	35.6	49.2	61.0	83.1	93.2	100.0	
A10	Effectif	0	4	1	0	4	1	6	3	19	9	12	59
	%valide	0.0	6.8	1.7	0.0	6.8	1.7	10.2	5.1	32.2	15.3	20.3	100.0
	% cumulé	0.0	6.8	8.5	8.5	15.3	16.9	27.1	32.2	64.4	79.7	100.0	
A11	Effectif	3	7	0	0	2	2	10	5	15	9	6	59
	%valide	5.1	11.9	0.0	0.0	3.4	3.4	16.9	8.5	25.4	15.3	10.2	100.0
	% cumulé	5.1	16.9	16.9	16.9	20.3	23.7	40.7	49.2	74.6	89.8	100.0	

Variables		Scores											Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A12	Effectif	3	9	0	1	3	3	14	4	11	2	9	59
	%valide	5.1	15.3	0.0	1.7	5.1	5.1	23.7	6.8	18.6	3.4	15.3	100.0
	% cumulé	5.1	20.3	20.3	22.0	27.1	32.2	55.9	62.7	81.4	84.7	100.0	
A13	Effectif	3	8	0	0	3	2	10	2	10	6	15	59
	%valide	5.1	13.6	0.0	0.0	5.1	3.4	16.9	3.4	16.9	10.2	25.4	100.0
	% cumulé	5.1	18.6	18.6	18.6	23.7	27.1	44.1	47.5	64.4	74.6	100.0	
A14	Effectif	1	10	1	0	3	1	11	2	22	4	5	60
	%valide	1.7	16.7	1.7	0.0	5.0	1.7	18.3	3.3	36.7	6.7	8.3	100.0
	% cumulé	1.7	18.3	20.0	20.0	25.0	26.7	45.0	48.3	85.0	91.7	100.0	
A15	Effectif	3	16	1	0	3	3	10	7	11	3	2	59
	%valide	5.1	27.1	1.7	0.0	5.1	5.1	16.9	11.9	18.6	5.1	3.4	100.0
	% cumulé	5.1	32.2	33.9	33.9	39.0	44.1	61.0	72.9	91.5	96.6	100.0	
A16	Effectif	3	8	1	0	4	1	3	3	16	7	14	60
	%valide	5.0	13.3	1.7	0.0	6.7	1.7	5.0	5.0	26.7	11.7	23.3	100.0
	% cumulé	5.0	18.3	20.0	20.0	26.7	28.3	33.3	38.3	65.0	76.7	100.0	
A17	Effectif	3	10	3	0	7	0	12	3	17	3	2	60
	%valide	5.0	16.7	5.0	0.0	11.7	0.0	20.0	5.0	28.3	5.0	3.3	100.0
	% cumulé	5.0	21.7	26.7	26.7	38.3	38.3	58.3	63.3	91.7	96.7	100.0	
A18	Effectif	0	5	1	1	6	3	4	2	17	4	15	58
	%valide	0.0	8.6	1.7	1.7	10.3	5.2	6.9	3.4	29.3	6.9	25.9	100.0
	% cumulé	0.0	8.6	10.3	12.1	22.4	27.6	34.5	37.9	67.2	74.1	100.0	
A19	Effectif	1	1	1	0	0	1	5	5	15	7	23	59
	%valide	1.7	1.7	1.7	0.0	0.0	1.7	8.5	8.5	25.4	11.9	39.0	100.0
	% cumulé	1.7	3.4	5.1	5.1	5.1	6.8	15.3	23.7	49.2	61.0	100.0	
A20	Effectif	1	8	0	1	4	0	5	5	16	10	9	59
	%valide	1.7	13.6	0.0	1.7	6.8	0.0	8.5	8.5	27.1	16.9	15.3	100.0
	% cumulé	1.7	15.3	15.3	16.9	23.7	23.7	32.2	40.7	67.8	84.7	100.0	
A21	Effectif	1	13	0	1	6	5	11	4	8	5	6	60
	%valide	1.7	21.7	0.0	1.7	10.0	8.3	18.3	6.7	13.3	8.3	10.0	100.0
	% cumulé	1.7	23.3	23.3	25.0	35.0	43.3	61.7	68.3	81.7	90.0	100.0	
A22	Effectif	1	5	0	0	2	1	4	5	21	4	15	58
	%valide	1.7	8.6	0.0	0.0	3.4	1.7	6.9	8.6	36.2	6.9	25.9	100.0
	% cumulé	1.7	10.3	10.3	10.3	13.8	15.5	22.4	31.0	67.2	74.1	100.0	
A23	Effectif	0	2	0	0	3	0	3	6	17	7	22	60
	%valide	0.0	3.3	0.0	0.0	5.0	0.0	5.0	10.0	28.3	11.7	36.7	100.0
	% cumulé	0.0	3.3	3.3	3.3	8.3	8.3	13.3	23.3	51.7	63.3	100.0	

		Scores											
Variables		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
A24	Effectif	1	5	0	1	0	2	10	2	9	17	13	60
	%valide	1.7	8.3	0.0	1.7	0.0	3.3	16.7	3.3	15.0	28.3	21.7	100.0
	% cumulé	1.7	10.0	10.0	11.7	11.7	15.0	31.7	35.0	50.0	78.3	100.0	
A25	Effectif	2	5	1	1	2	0	7	5	15	10	11	59
	%valide	3.4	8.5	1.7	1.7	3.4	0.0	11.9	8.5	25.4	16.9	18.6	100.0
	% cumulé	3.4	11.9	13.6	15.3	18.6	18.6	30.5	39.0	64.4	81.4	100.0	
A26	Effectif	2	5	3	0	2	4	9	7	12	4	12	60
	%valide	3.3	8.3	5.0	0.0	3.3	6.7	15.0	11.7	20.0	6.7	20.0	100.0
	% cumulé	3.3	11.7	16.7	16.7	20.0	26.7	41.7	53.3	73.3	80.0	100.0	
A27	Effectif	5	17	0	0	6	1	15	4	10	1	1	60
	%valide	8.3	28.3	0.0	0.0	10.0	1.7	25.0	6.7	16.7	1.7	1.7	100.0
	% cumulé	8.3	36.7	36.7	36.7	46.7	48.3	73.3	80.0	96.7	98.3	100.0	
A28	Effectif	1	5	2	1	6	2	5	4	20	7	7	60
	%valide	1.7	8.3	3.3	1.7	10.0	3.3	8.3	6.7	33.3	11.7	11.7	100.0
	% cumulé	1.7	10.0	13.3	15.0	25.0	28.3	36.7	43.3	76.7	88.3	100.0	
A29	Effectif	4	4	1	0	3	2	10	5	16	2	13	60
	%valide	6.7	6.7	1.7	0.0	5.0	3.3	16.7	8.3	26.7	3.3	21.7	100.0
	% cumulé	6.7	13.3	15.0	15.0	20.0	23.3	40.0	48.3	75.0	78.3	100.0	
A30	Effectif	0	5	1	1	6	1	9	8	12	6	11	60
	%valide	0.0	8.3	1.7	1.7	10.0	1.7	15.0	13.3	20.0	10.0	18.3	100.0
	% cumulé	0.0	8.3	10.0	11.7	21.7	23.3	38.3	51.7	71.7	81.7	100.0	
A31	Effectif	2	10	1	0	2	0	7	3	18	11	5	59
	%valide	3.4	16.9	1.7	0.0	3.4	0.0	11.9	5.1	30.5	18.6	8.5	100.0
	% cumulé	3.4	20.3	22.0	22.0	25.4	25.4	37.3	42.4	72.9	91.5	100.0	
A32	Effectif	2	9	1	0	3	0	13	5	18	4	5	60
	%valide	3.3	15.0	1.7	0.0	5.0	0.0	21.7	8.3	30.0	6.7	8.3	100.0
	% cumulé	3.3	18.3	20.0	20.0	25.0	25.0	46.7	55.0	85.0	91.7	100.0	
A33	Effectif	0	7	0	0	2	1	7	4	17	9	13	60
	%valide	0.0	11.7	0.0	0.0	3.3	1.7	11.7	6.7	28.3	15.0	21.7	100.0
	% cumulé	0.0	11.7	11.7	11.7	15.0	16.7	28.3	35.0	63.3	78.3	100.0	
A34	Effectif	1	1	0	1	2	0	7	7	15	5	21	60
	%valide	1.7	1.7	0.0	1.7	3.3	0.0	11.7	11.7	25.0	8.3	35.0	100.0
	% cumulé	1.7	3.3	3.3	5.0	8.3	8.3	20.0	31.7	56.7	65.0	100.0	
A35	Effectif	1	4	1	2	2	0	3	10	12	10	11	56
	%valide	1.8	7.1	1.8	3.6	3.6	0.0	5.4	17.9	21.4	17.9	19.6	100.0
	% cumulé	1.8	8.9	10.7	14.3	17.9	17.9	23.2	41.1	62.5	80.4	100.0	

		Scores											
Variables		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
A36	Effectif	3	8	0	0	2	3	6	5	13	6	14	60
	%valide	5.0	13.3	0.0	0.0	3.3	5.0	10.0	8.3	21.7	10.0	23.3	100.0
	% cumulé	5.0	18.3	18.3	18.3	21.7	26.7	36.7	45.0	66.7	76.7	100.0	
A37	Effectif	4	9	0	0	2	3	8	2	16	8	6	58
	%valide	6.9	15.5	0.0	0.0	3.4	5.2	13.8	3.4	27.6	13.8	10.3	100.0
	% cumulé	6.9	22.4	22.4	22.4	25.9	31.0	44.8	48.3	75.9	89.7	100.0	
A38	Effectif	1	9	0	0	1	2	6	3	19	5	14	60
	%valide	1.7	15.0	0.0	0.0	1.7	3.3	10.0	5.0	31.7	8.3	23.3	100.0
	% cumulé	1.7	16.7	16.7	16.7	18.3	21.7	31.7	36.7	68.3	76.7	100.0	
A39	Effectif	10	14	2	0	7	2	4	6	11	2	2	60
	%valide	16.7	23.3	3.3	0.0	11.7	3.3	6.7	10.0	18.3	3.3	3.3	100.0
	% cumulé	16.7	40.0	43.3	43.3	55.0	58.3	65.0	75.0	93.3	96.7	100.0	
A40	Effectif	3	5	4	0	5	2	11	4	16	8	2	60
	%valide	5.0	8.3	6.7	0.0	8.3	3.3	18.3	6.7	26.7	13.3	3.3	100.0
	% cumulé	5.0	13.3	20.0	20.0	28.3	31.7	50.0	56.7	83.3	96.7	100.0	
A41	Effectif	3	4	0	1	3	0	10	5	18	4	12	60
	%valide	5.0	6.7	0.0	1.7	5.0	0.0	16.7	8.3	30.0	6.7	20.0	100.0
	% cumulé	5.0	11.7	11.7	13.3	18.3	18.3	35.0	43.3	73.3	80.0	100.0	
A42	Effectif	5	15	3	0	0	2	7	7	11	3	6	59
	%valide	8.5	25.4	5.1	0.0	0.0	3.4	11.9	11.9	18.6	5.1	10.2	100.0
	% cumulé	8.5	33.9	39.0	39.0	39.0	42.4	54.2	66.1	84.7	89.8	100.0	
A43	Effectif	1	9	5	0	4	0	10	3	18	3	7	60
	%valide	1.7	15.0	8.3	0.0	6.7	0.0	16.7	5.0	30.0	5.0	11.7	100.0
	% cumulé	1.7	16.7	25.0	25.0	31.7	31.7	48.3	53.3	83.3	88.3	100.0	
A44	Effectif	4	7	3	1	6	2	6	7	14	5	4	59
	%valide	6.8	11.9	5.1	1.7	10.2	3.4	10.2	11.9	23.7	8.5	6.8	100.0
	% cumulé	6.8	18.6	23.7	25.4	35.6	39.0	49.2	61.0	84.7	93.2	100.0	
A45	Effectif	1	4	1	0	1	1	12	5	16	8	11	60
	%valide	1.7	6.7	1.7	0.0	1.7	1.7	20.0	8.3	26.7	13.3	18.3	100.0
	% cumulé	1.7	8.3	10.0	10.0	11.7	13.3	33.3	41.7	68.3	81.7	100.0	
A46	Effectif	2	11	4	1	5	1	7	5	12	5	7	60
	%valide	3.3	18.3	6.7	1.7	8.3	1.7	11.7	8.3	20.0	8.3	11.7	100.0
	% cumulé	3.3	21.7	28.3	30.0	38.3	40.0	51.7	60.0	80.0	88.3	100.0	
A47	Effectif	0	0	2	0	0	0	6	3	19	9	20	59
	%valide	0.0	0.0	3.4	0.0	0.0	0.0	10.2	5.1	32.2	15.3	33.9	100.0
	% cumulé	0.0	0.0	3.4	3.4	3.4	3.4	13.6	18.6	50.8	66.1	100.0	

Variables		Scores											Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A48	Effectif	3	6	2	1	2	2	11	2	16	7	8	60
	%valide	5.0	10.0	3.3	1.7	3.3	3.3	18.3	3.3	26.7	11.7	13.3	100.0
	% cumulé	5.0	15.0	18.3	20.0	23.3	26.7	45.0	48.3	75.0	86.7	100.0	
A49	Effectif	1	8	4	1	2	2	14	10	8	7	2	59
	%valide	1.7	13.6	6.8	1.7	3.4	3.4	23.7	16.9	13.6	11.9	3.4	100.0
	% cumulé	1.7	15.3	22.0	23.7	27.1	30.5	54.2	71.2	84.7	96.6	100.0	
A50	Effectif	1	3	1	0	1	2	9	5	13	10	15	60
	%valide	1.7	5.0	1.7	0.0	1.7	3.3	15.0	8.3	21.7	16.7	25.0	100.0
	% cumulé	1.7	6.7	8.3	8.3	10.0	13.3	28.3	36.7	58.3	75.0	100.0	
A51	Effectif	5	5	1	0	2	2	11	4	19	4	7	60
	%valide	8.3	8.3	1.7	0.0	3.3	3.3	18.3	6.7	31.7	6.7	11.7	100.0
	% cumulé	8.3	16.7	18.3	18.3	21.7	25.0	43.3	50.0	81.7	88.3	100.0	
A52	Effectif	4	7	0	0	1	2	7	2	16	9	12	60
	%valide	6.7	11.7	0.0	0.0	1.7	3.3	11.7	3.3	26.7	15.0	20.0	100.0
	% cumulé	6.7	18.3	18.3	18.3	20.0	23.3	35.0	38.3	65.0	80.0	100.0	
A53	Effectif	3	3	1	0	3	0	11	3	21	4	10	59
	%valide	5.1	5.1	1.7	0.0	5.1	0.0	18.6	5.1	35.6	6.8	16.9	100.0
	% cumulé	5.1	10.2	11.9	11.9	16.9	16.9	35.6	40.7	76.3	83.1	100.0	
A54	Effectif	0	5	1	0	2	1	13	2	24	4	8	60
	%valide	0.0	8.3	1.7	0.0	3.3	1.7	21.7	3.3	40.0	6.7	13.3	100.0
	% cumulé	0.0	8.3	10.0	10.0	13.3	15.0	36.7	40.0	80.0	86.7	100.0	
A55	Effectif	6	23	0	0	3	4	13	4	4	2	1	60
	%valide	10.0	38.3	0.0	0.0	5.0	6.7	21.7	6.7	6.7	3.3	1.7	100.0
	% cumulé	10.0	48.3	48.3	48.3	53.3	60.0	81.7	88.3	95.0	98.3	100.0	
A56	Effectif	5	17	3	1	1	4	11	2	6	5	5	60
	%valide	8.3	28.3	5.0	1.7	1.7	6.7	18.3	3.3	10.0	8.3	8.3	100.0
	% cumulé	8.3	36.7	41.7	43.3	45.0	51.7	70.0	73.3	83.3	91.7	100.0	
A57	Effectif	0	2	0	0	3	1	6	6	21	8	13	60
	%valide	0.0	3.3	0.0	0.0	5.0	1.7	10.0	10.0	35.0	13.3	21.7	100.0
	% cumulé	0.0	3.3	3.3	3.3	8.3	10.0	20.0	30.0	65.0	78.3	100.0	
A58	Effectif	0	5	0	0	5	3	10	3	24	3	7	60
	%valide	0.0	8.3	0.0	0.0	8.3	5.0	16.7	5.0	40.0	5.0	11.7	100.0
	% cumulé	0.0	8.3	8.3	8.3	16.7	21.7	38.3	43.3	83.3	88.3	100.0	
A59	Effectif	10	13	1	1	8	4	6	5	7	3	1	59
	%valide	16.9	22.0	1.7	1.7	13.6	6.8	10.2	8.5	11.9	5.1	1.7	100.0
	% cumulé	16.9	39.0	40.7	42.4	55.9	62.7	72.9	81.4	93.2	98.3	100.0	

Variables		Scores											Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A60	Effectif	0	5	0	0	3	3	9	9	15	4	12	60
	%valide	0.0	8.3	0.0	0.0	5.0	5.0	15.0	15.0	25.0	6.7	20.0	100.0
	% cumulé	0.0	8.3	8.3	8.3	13.3	18.3	33.3	48.3	73.3	80.0	100.0	
A61	Effectif	1	4	2	0	5	4	13	6	10	4	10	59
	%valide	1.7	6.8	3.4	0.0	8.5	6.8	22.0	10.2	16.9	6.8	16.9	100.0
	% cumulé	1.7	8.5	11.9	11.9	20.3	27.1	49.2	59.3	76.3	83.1	100.0	
A62	Effectif	2	18	2	1	2	6	7	7	7	5	2	59
	%valide	3.4	30.5	3.4	1.7	3.4	10.2	11.9	11.9	11.9	8.5	3.4	100.0
	% cumulé	3.4	33.9	37.3	39.0	42.4	52.5	64.4	76.3	88.1	96.6	100.0	
A63	Effectif	5	13	2	1	4	3	9	9	7	3	3	59
	%valide	8.5	22.0	3.4	1.7	6.8	5.1	15.3	15.3	11.9	5.1	5.1	100.0
	% cumulé	8.5	30.5	33.9	35.6	42.4	47.5	62.7	78.0	89.8	94.9	100.0	
A64	Effectif	2	5	0	0	4	0	7	5	15	8	13	59
	%valide	3.4	8.5	0.0	0.0	6.8	0.0	11.9	8.5	25.4	13.6	22.0	100.0
	% cumulé	3.4	11.9	11.9	11.9	18.6	18.6	30.5	39.0	64.4	78.0	100.0	
A65	Effectif	0	4	0	0	1	0	5	4	15	15	16	60
	%valide	0.0	6.7	0.0	0.0	1.7	0.0	8.3	6.7	25.0	25.0	26.7	100.0
	% cumulé	0.0	6.7	6.7	6.7	8.3	8.3	16.7	23.3	48.3	73.3	100.0	
A66	Effectif	0	6	1	0	2	2	8	4	18	6	13	60
	%valide	0.0	10.0	1.7	0.0	3.3	3.3	13.3	6.7	30.0	10.0	21.7	100.0
	% cumulé	0.0	10.0	11.7	11.7	15.0	18.3	31.7	38.3	68.3	78.3	100.0	
A67	Effectif	0	9	1	0	2	1	9	9	20	3	6	60
	%valide	0.0	15.0	1.7	0.0	3.3	1.7	15.0	15.0	33.3	5.0	10.0	100.0
	% cumulé	0.0	15.0	16.7	16.7	20.0	21.7	36.7	51.7	85.0	90.0	100.0	
A68	Effectif	0	1	0	1	6	3	8	5	16	5	15	60
	%valide	0.0	1.7	0.0	1.7	10.0	5.0	13.3	8.3	26.7	8.3	25.0	100.0
	% cumulé	0.0	1.7	1.7	3.3	13.3	18.3	31.7	40.0	66.7	75.0	100.0	
A69	Effectif	1	2	2	2	3	2	16	2	21	2	7	60
	%valide	1.7	3.3	3.3	3.3	5.0	3.3	26.7	3.3	35.0	3.3	11.7	100.0
	% cumulé	1.7	5.0	8.3	11.7	16.7	20.0	46.7	50.0	85.0	88.3	100.0	
A70	Effectif	0	4	0	0	2	0	8	4	17	8	17	60
	%valide	0.0	6.7	0.0	0.0	3.3	0.0	13.3	6.7	28.3	13.3	28.3	100.0
	% cumulé	0.0	6.7	6.7	6.7	10.0	10.0	23.3	30.0	58.3	71.7	100.0	
A71	Effectif	1	9	1	0	1	3	13	4	14	6	8	60
	%valide	1.7	15.0	1.7	0.0	1.7	5.0	21.7	6.7	23.3	10.0	13.3	100.0
	% cumulé	1.7	16.7	18.3	18.3	20.0	25.0	46.7	53.3	76.7	86.7	100.0	

		Scores											
Variables		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
A72	Effectif	0	13	1	0	5	4	9	9	17	1	1	60
	%valide	0.0	21.7	1.7	0.0	8.3	6.7	15.0	15.0	28.3	1.7	1.7	100.0
	% cumulé	0.0	21.7	23.3	23.3	31.7	38.3	53.3	68.3	96.7	98.3	100.0	
A73	Effectif	3	12	1	0	2	3	6	3	19	5	6	60
	%valide	5.0	20.0	1.7	0.0	3.3	5.0	10.0	5.0	31.7	8.3	10.0	100.0
	% cumulé	5.0	25.0	26.7	26.7	30.0	35.0	45.0	50.0	81.7	90.0	100.0	
A74	Effectif	0	6	3	0	4	3	5	5	16	5	12	59
	%valide	0.0	10.2	5.1	0.0	6.8	5.1	8.5	8.5	27.1	8.5	20.3	100.0
	% cumulé	0.0	10.2	15.3	15.3	22.0	27.1	35.6	44.1	71.2	79.7	100.0	
A75	Effectif	1	8	1	1	3	1	6	2	21	5	10	59
	%valide	1.7	13.6	1.7	1.7	5.1	1.7	10.2	3.4	35.6	8.5	16.9	100.0
	% cumulé	1.7	15.3	16.9	18.6	23.7	25.4	35.6	39.0	74.6	83.1	100.0	
A76	Effectif	0	5	1	2	3	1	4	5	20	6	12	59
	%valide	0.0	8.5	1.7	3.4	5.1	1.7	6.8	8.5	33.9	10.2	20.3	100.0
	% cumulé	0.0	8.5	10.2	13.6	18.6	20.3	27.1	35.6	69.5	79.7	100.0	
A77	Effectif	1	6	0	0	1	0	4	1	12	9	25	59
	%valide	1.7	10.2	0.0	0.0	1.7	0.0	6.8	1.7	20.3	15.3	42.4	100.0
	% cumulé	1.7	11.9	11.9	11.9	13.6	13.6	20.3	22.0	42.4	57.6	100.0	
		1	6	0	0	1	0	4	1	12	9	25	59

Annexe 4 : Caractéristiques de tendance centrale des variables de l'étude

Code	Libellé	Médiane	Mode	Moyenne
A01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	7	8	6.33
A02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	8	8	6.63
A03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	8	8	6.82
A04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	8	8	7.24
A05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	8	10	6.78
A06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	8	8	7.82
A07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.	8	8	6.61
A08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	6	6	5.90
A09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	7	1	5.53
A10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	8	8	7.41
A11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	8	8	6.46
A12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	6	6	5.88
A13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	8	10	6.58
A14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	8	8	6.18
A15	Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	6	1	4.90
A16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	8	8	6.68

Code	Libellé	Médiane	Mode	Moyenne
A17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	6	8	5.33
A18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	8	8	7.05
A19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	9	10	8.24
A20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	8	8	6.78
A21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	6	1	5.47
A22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	8	8	7.43
A23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	8	10	8.22
A24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	8.50	9	7.45
A25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	8	8	7.03
A26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents	7	8*	6.57
A27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	6	1	4.38
A28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	8	8	6.62
A29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	8	8	6.65
A30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	7	8	6.82
A31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	8	8	6.37
A32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	7	8	6.10
A33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	8	8	7.28

* Il existe plusieurs modes. La valeur affichée est celle du plus petit mode.

Code	Libellé	Médiane	Mode	Moyenne
A34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information .	8	10	7.97
A35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	8	8	7.21
A36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	8	10	6.67
A37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	8	8	6.10
A38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	8	8	6.95
A39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	4	1	4.13
A40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	6.50	8	5.95
A41	Des mesures assurant des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.	8	8	6.90
A42	Le capacité du M.S . à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	6	1	5.03
A43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	7	8	5.95
A44	L'existence de stratégies au niveau du M.S.pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	7	8	5.63
A45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	8	8	7.20
A46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	6	8	5.58
A47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	8	10	8.37
A48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	8	8	6.37
A49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	6	6	5.73

Code	Libellé	Médiane	Mode	Moyenne
A50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	8	10	7.53
A51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	7.50	8	6.28
A52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	8	8	6.77
A53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	8	8	6.92
A54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	8	8	7
A55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	4	1	3.68
A56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	5	1	4.55
A57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	8	8	7.78
A58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	8	8	6.83
A59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	4	1	3.97
A60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	8	8	7.08
A61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	7	6	6.51
A62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	5	1	4.66
A63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	6	1	4.76
A64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	8	8	7.12
A65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	9	10	8.02
A66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	8	8	7.17

Code	Libellé	Médiane	Mode	Moyenne
A67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	7	8	6.47
A68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	8	8	7.48
A69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	7.50	8	6.67
A70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	8	8*	7.77
A71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	7	8	6.37
A72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	6	8	5.45
A73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	7.50	8	5.85
A74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	8	8	6.80
A75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	8	8	6.66
A76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	8	8	7.17
A77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	9	10	7.93

* Il existe plusieurs modes. La valeur affichée est celle du plus petit.

Annexe 5 : Caractéristiques de dispersion des variables de l'étude.

Code	Les quartiles			Q (Intervalle semi-interquartile: IQ/2)	C: Coefficient d'assymétrie de Yule (Q1+Q3-2Q2/Q3-Q1)	
	Q ₁	Q ₂ = Médiane	Q ₃			IQ (Interquartile: Q3-Q1)
A01	5	7	8	3	1.5	-0.33
A02	5	8	8	3	1.5	-1.00
A03	5.25	8	8	2.75	1.375	-1.00
A04	6	8	9	3	1.5	-0.33
A05	5.25	8	9	3.75	1.875	-0.47
A06	7.25	8	10	2.75	1.375	0.45
A07	5	8	9	4	2	-0.50
A08	4	6	8	4	2	0.00
A09	1	7	8	7	3.5	-0.71
A10	6	8	9	3	1.5	-0.33
A11	6	8	9	3	1.5	-0.33
A12	4	6	8	4	2	0.00
A13	5	8	10	5	2.5	-0.20
A14	4.25	8	8	3.75	1.875	-1.00
A15	1	6	8	7	3.5	-0.43
A16	4	8	9	5	2.5	-0.60
A17	2	6	8	6	3	-0.33
A18	5	8	10	5	2.5	-0.20
A19	8	9	10	2	1	0.00
A20	6	8	9	3	1.5	-0.33
A21	3.25	6	8	4.75	2.375	-0.16

Code	Les quartiles				Q (Intervalle semi-interquartile: IQ/2)	C: Coefficient d'assymétrie de Yule (Q1+Q3-2Q2/Q3-Q1)
	Q ₁	Q ₂ = Médiane	Q ₃	IQ (Interquartile: Q ₃ -Q ₁)		
A22	7	8	10	3	1.5	0.33
A23	8	8	10	2	1	1.00
A24	6	8.5	9	3	1.5	-0.67
A25	6	8	9	3	1.5	-0.33
A26	5	7	9	4	2	0.00
A27	1	6	7	6	3	-0.67
A28	4.25	8	8	3.75	1.875	-1.00
A29	6	8	8.75	2.75	1.375	-0.45
A30	6	7	9	3	1.5	0.33
A31	4	8	9	5	2.5	-0.60
A32	4.5	7	8	3.5	1.75	-0.43
A33	6	8	9	3	1.5	-0.33
A34	7	8	10	3	1.5	0.33
A35	7	8	9	2	1	0.00
A36	5	8	9	4	2	-0.50
A37	4	8	8.25	4.25	2.125	-0.88
A38	6	8	9	3	1.5	-0.33
A39	1	4	7.75	6.75	3.375	0.11
A40	4	6.5	8	4	2	-0.25
A41	6	8	9	3	1.5	-0.33
A42	1	6	8	7	3.5	-0.43
A43	2.5	7	8	5.5	2.75	-0.64
A44	3	7	8	5	2.5	-0.60

Code	Les quartiles				Q (Intervalle semi-interquartile: IQ/2)	C: Coefficient d'assymétrie de Yule (Q1+Q3-2Q2/Q3-Q1)
	Q ₁	Q ₂ = Médiane	Q ₃	IQ (Interquartile: Q3-Q1)		
A45	6	8	9	3	1.5	-0.33
A46	2	6	8	6	3	-0.33
A47	8	8	10	2	1	1.00
A48	5	8	8.75	3.75	1.875	-0.60
A49	4	6	8	4	2	0.00
A50	6	8	9.75	3.75	1.875	-0.07
A51	5.25	7.5	8	2.75	1.375	-0.64
A52	6	8	9	3	1.5	-0.33
A53	6	8	8	2	1	-1.00
A54	6	8	8	2	1	-1.00
A55	1	4	6	5	2.5	-0.20
A56	1	5	8	7	3.5	-0.14
A57	7	8	9	2	1	0.00
A58	6	8	8	2	1	-1.00
A59	1	4	7	6	3	0.00
A60	6	8	9	3	1.5	-0.33
A61	5	7	8	3	1.5	-0.33
A62	1	5	7	6	3	-0.33
A63	1	6	7	6	3	-0.67
A64	6	8	9	3	1.5	-0.33
A65	8	9	10	2	1	0.00
A66	6	8	9	3	1.5	-0.33
A67	6	7	8	2	1	0.00

Code	Les quartiles				Q (Intervalle semi-interquartile: IQ/2)	C: Coefficient d'assymétrie de Yule (Q1+Q3-2Q2/Q3-Q1)
	Q ₁	Q ₂ = Médiane	Q ₃	IQ (Interquartile: Q3-Q1)		
A68	6	8	9.75	3.75	1.875	-0.07
A69	6	7.5	8	2	1	-0.50
A70	7	8	10	3	1.5	0.33
A71	5.25	7	8	2.75	1.375	-0.27
A72	1.25	7.5	8	6.75	3.375	-0.85
A73	1.25	7.5	8	6.75	3.375	-0.85
A74	5	8	9	4	2	-0.50
A75	5	8	9	4	2	-0.50
A76	6	8	9	3	1.5	-0.33
A77	8	9	10	2	1	0.00

Note explicative :

Les **quartiles**, l'**interquartile** et l'**intervalle semi - interquartile** sont les mesures les plus appropriés pour rendre compte de la dispersion des variables ordinales (Baillargeon et Martin, 1998).

Les quartiles sont trois nombres qui partagent une série de n données rangées par ordre croissant de telle sorte que

Q₁ le premier quartile a au plus 25% des données qui ont une valeur inférieure à la sienne et au plus 25% des données qui ont une valeur supérieure à la sienne;

Q₂, le deuxième quartile (qui est aussi la médiane de la série) a au plus 50% des données qui ont une valeur inférieure à la sienne et au plus 50% des données qui ont une valeur supérieure à la sienne;

Q₃, le troisième quartile a au plus 75% des données qui ont une valeur inférieure à la sienne et au plus 25% des données qui ont une valeur supérieure à la sienne;

IQ, l'interquartile est la différence entre le troisième et le premier quartile. Il détermine l'intervalle où se trouve 50% des données.

Q, l'étendue semi- interquartile, est la moitié de l'intervalle Q₃-Q₁. C'est un indice de la concentration des données autour de la médiane. En effet, plus les données ont une valeur proche de la médiane, plus Q est petit.

C, le coefficient d'asymétrie de Yule ($C = \frac{Q_1 + Q_3 - 2Q_2}{Q_3 - Q_1}$) s'interprète comme suit :

Si la série de donnée est pratiquement symétrique, C se rapproche de 0.

Lorsque la série de données présente une asymétrie positive, C est supérieur à 0.

Lorsque la série de données présente une asymétrie négative, C est inférieur à 0.

Annexe 6 : Les fonctions mathématiques utilisées pour transformer les variables pour l'Analyse en Composantes Principales 1.

Code	Transformation	Notes explicatives
A	Variable initiale	
B	Variable sans données manquantes	Les valeurs manquantes pour chacune des variables ont été remplacées par la moyenne des notes obtenues par cette variable.
C	$C = B^2$	Ces fonctions sont utilisées pour corriger une asymétrie négative de la distribution. Plus on élève l'exposant, plus la transformation est puissante et plus on perd de l'information dans la mesure où la distance entre individus sur l'échelle de mesure a une signification au niveau de l'analyse.
D	$D = B^3$	
E	$E = \text{LOG}((B+1)/10)$	Les transformations logarithmiques servent à corriger les distributions qui présentent une asymétrie négative. Les deux fonctions utilisées sont les fonctions $\text{LOG}(X)$ et $\text{LOG}(X/(1-X))$. Ces deux fonctions sont croissantes dans l'intervalle $]0, 1[$. Les variables initiales ont donc été transformées pour remplir ces exigences.

Annexe 7 : Transformations des variables pour la première ACP et quelques statistiques descriptives.

	Transformations des Variables		Transformations des Variables
AA01	B01	AA40	D40= B40 ³
AA02	B02	AA41	D41= B41 ³
AA03	B03	AA42	C42 = B42 ²
AA04	B04	AA43	B43
AA05	D05 = B05 ³	AA44	D44= B44 ³
AA06	B06	AA45	D45= B45 ³
AA07	D07= B07 ³	AA46	C46 = B46 ²
AA08	D08= B08 ³	AA47	B47
AA09	D09= B09 ³	AA48	D48= B48 ³
AA10	D10= B10 ³	AA49	B49
AA11	D11= B11 ³	AA50	B50
AA12	G12 = -1 / (B12 + 1)	AA51	B51
AA13	B13	AA52	D52= B52 ³
AA14	B14	AA53	B53
AA15	C15 = B15 ²	AA54	B54
AA16	B16	AA55	C55 = B55 ²
AA17	B17	AA56	B56
AA18	B18	AA57	B57
AA19	B19	AA58	B58
AA20	D20= B20 ³	AA59	B59
AA21	B21	AA60	D60= B60 ³
AA22	G22 = -1 / (B22 + 1)	AA61	F61 = Log (((B61 + 1) / 100) / (1 - (B61 + 1) / 100))
AA23	B23	AA62	C62 = B62 ²
AA24	B24	AA63	D63= B63 ³
AA25	D25= B26 ³	AA64	D64= B64 ³
AA26	G26 = -1 / (B26 + 1)	AA65	B65
AA27	D27= B27 ³	AA66	D66= B66 ³
AA28	D28= B28 ³	AA67	B67
AA29	D29= B29 ³	AA68	B68
AA30	E30 = Log ((B30 + 1) / 10)	AA69	B69
AA31	D31= B31 ³	AA70	B70
AA32	B32	AA71	D71= B71 ³
AA33	B33	AA72	D72= B72 ³
AA34	G34 = -1 / (B34 + 1)	AA73	B73
AA35	B35	AA74	D74= B74 ³
AA36	B36 SMEAN(A36)	AA75	D75= B75 ³
AA37	D37= B37 ³	AA76	B76
AA38	B38	AA77	B77
AA39	C39 = B39 ²		

	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
AA01	0.00	10.00	6.49	2.54
AA02	1.00	10.00	6.78	2.51
AA03	0.00	10.00	6.93	2.73
AA04	1.00	10.00	7.46	2.52
AA05	0.00	1000.00	486.75	361.10
AA06	1.00	10.00	8.11	2.10
AA07	1.00	1000.00	465.39	325.79
AA08	0.00	1000.00	374.15	305.82
AA09	0.00	1000.00	356.46	300.07
AA10	1.00	1000.00	535.32	317.82
AA11	0.00	1000.00	451.65	295.26
AA12	-1.00	-0.09	-0.19	0.17
AA13	0.00	10.00	6.98	2.97
AA14	1.00	10.00	6.47	2.75
AA15	0.00	100.00	36.67	28.54
AA16	0.00	10.00	7.15	3.07
AA17	0.00	10.00	5.55	2.95
AA18	1.00	10.00	7.47	2.41
AA19	5.00	10.00	8.63	1.40
AA20	0.00	10.00	7.06	2.80
AA21	1.00	10.00	5.89	2.85
AA22	-1.00	-0.09	-0.14	0.14
AA23	4.00	10.00	8.58	1.52
AA24	1.00	10.00	7.91	2.15
AA25	0.00	1000.00	525.61	326.50
AA26	-1.00	-0.09	-0.16	0.15
AA27	0.00	1000.00	217.89	225.76
AA28	0.00	1000.00	450.40	313.04
AA29	0.00	1000.00	481.20	343.13
AA30	-0.70	0.04	-0.12	0.18
AA31	0.00	1000.00	445.39	301.36
AA32	0.00	10.00	6.45	2.69
AA33	1.00	10.00	7.69	2.40
AA34	-1.00	-0.09	-0.14	0.13
AA35	0.00	10.00	7.44	2.53
AA36	0.00	10.00	6.89	3.21
AA37	0.00	1000.00	423.53	314.89
AA38	1.00	10.00	7.44	2.69
AA39	0.00	3.16	1.79	1.04

	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
AA40	0.00	1000.00	368.22	272.47
AA41	0.00	1000.00	485.75	324.12
AA42	0.00	100.00	40.75	33.73
AA43	0.00	10.00	6.29	2.97
AA44	0.00	1000.00	340.87	300.14
AA45	0.00	1000.00	522.82	315.32
AA46	0.00	100.00	42.96	34.13
AA47	2.00	10.00	8.46	1.58
AA48	0.00	1000.00	442.04	328.59
AA49	0.00	10.00	6.11	2.55
AA50	0.00	10.00	7.78	2.31
AA51	0.00	10.00	6.33	3.06
AA52	0.00	1000.00	532.16	333.29
AA53	0.00	10.00	7.33	2.19
AA54	1.00	10.00	7.47	1.91
AA55	0.00	100.00	24.09	26.07
AA56	0.00	10.00	4.62	3.40
AA57	4.00	10.00	8.11	1.55
AA58	1.00	10.00	7.11	2.19
AA59	0.00	10.00	4.13	3.19
AA60	1.00	1000.00	499.93	321.11
AA61	-2.00	-0.91	-1.12	0.23
AA62	0.00	100.00	34.12	29.89
AA63	0.00	1000.00	265.82	275.69
AA64	0.00	1000.00	536.11	334.58
AA65	1.00	10.00	8.38	1.87
AA66	1.00	1000.00	536.73	327.22
AA67	1.00	10.00	6.80	2.57
AA68	4.00	10.00	7.82	1.88
AA69	0.00	10.00	6.78	2.31
AA70	1.00	10.00	8.20	1.84
AA71	0.00	1000.00	435.60	319.26
AA72	1.00	1000.00	296.36	224.39
AA73	0.00	10.00	6.18	3.16
AA74	1.00	1000.00	493.87	341.92
AA75	1.00	1000.00	491.59	320.43
AA76	1.00	10.00	7.41	2.50
AA77	1.00	10.00	8.46	2.27

Annexe 8: Matrice de corrélation pour les variables AA, centrées et réduites.

	AA01	AA02	AA03	AA04	AA05	AA06	AA07	AA08	AA09	AA10	AA11	AA12	AA13	AA14	AA15	AA16	AA17	AA18	AA19	AA20	AA21	AA22	AA23	AA24	AA25	AA26		
AA01	1																											
AA02	0.29	1																										
AA03	0.19	0.43	1.00																									
AA04	0.20	0.43	0.28	1.00																								
AA05	0.26	0.35	0.25	0.23	1.00																							
AA06	0.11	0.25	0.08	0.18	0.27	1.00																						
AA07	0.31	0.45	0.30	0.46	0.42	0.31	1.00																					
AA08	0.24	0.48	0.18	0.30	0.23	0.36	0.24	1.00																				
AA09	0.08	0.37	0.17	0.24	0.17	0.12	0.26	0.49	1.00																			
AA10	-0.05	0.13	0.26	0.29	0.30	0.16	0.25	0.22	0.37	1.00																		
AA11	0.16	0.55	0.15	0.42	0.36	0.46	0.67	0.35	0.26	0.30	1.00																	
AA12	0.05	0.28	0.04	0.33	0.34	0.33	0.22	0.33	0.20	0.38	0.32	1.00																
AA13	0.46	0.33	0.41	0.28	-0.02	0.36	0.38	0.23	-0.04	0.08	0.28	0.04	1.00															
AA14	0.19	0.31	0.23	0.30	0.02	0.30	0.40	0.22	0.29	0.31	0.31	0.23	0.29	1.00														
AA15	0.39	0.43	0.24	0.48	0.02	0.11	0.34	0.26	0.26	0.11	0.24	0.14	0.50	0.51	1.00													
AA16	-0.06	0.21	0.11	0.47	0.16	0.14	0.33	0.40	0.30	0.39	0.14	0.53	0.13	0.39	0.39	1.00												
AA17	0.19	0.28	0.18	0.31	-0.18	0.14	0.28	0.31	0.34	0.35	0.26	0.13	0.55	0.29	0.49	0.37	1.00											
AA18	0.06	0.43	0.21	0.24	0.08	0.24	0.31	0.39	0.32	0.38	0.36	0.07	0.35	0.36	0.33	0.15	0.33	1.00										
AA19	-0.03	0.11	0.40	0.07	0.25	0.02	0.22	0.07	0.10	0.29	0.13	0.19	0.11	0.12	0.10	0.25	0.09	0.33	1.00									
AA20	0.18	0.17	0.22	0.20	0.24	0.47	0.24	0.19	0.02	0.39	0.28	0.42	0.25	0.39	0.24	0.25	0.12	0.41	0.36	1.00								
AA21	-0.09	0.13	0.08	0.41	0.00	0.13	0.42	0.22	0.36	0.28	0.28	0.44	0.20	0.51	0.47	0.64	0.35	0.17	0.16	0.23	1.00							
AA22	0.32	0.08	0.03	0.07	0.20	0.29	0.05	0.26	-0.23	-0.13	0.05	-0.01	0.34	0.05	0.30	0.12	0.13	-0.08	-0.03	0.20	0.13	1.00						
AA23	0.10	0.17	0.25	0.17	0.31	-0.14	0.44	0.05	0.25	0.28	0.23	-0.02	0.06	-0.05	0.05	0.13	0.14	0.21	0.28	0.14	0.09	1.00						
AA24	0.24	0.24	0.35	0.28	0.17	-0.02	0.37	-0.05	0.20	0.49	0.24	0.08	0.33	0.29	0.30	0.20	0.39	0.38	0.17	0.40	0.20	0.14	1.00					
AA25	0.13	0.24	0.44	0.24	0.15	-0.16	0.51	0.04	0.27	0.36	0.18	0.19	0.30	0.46	0.29	0.31	0.24	0.24	0.30	0.27	0.46	-0.15	0.43	1.00				
AA26	0.04	0.53	0.12	0.19	0.21	0.19	0.37	0.24	0.15	0.29	0.40	0.39	0.18	0.22	0.32	0.36	0.28	0.18	0.06	0.30	0.36	0.14	0.19	0.30	0.27	1.00		

AA27	0.39	0.27	0.01	0.10	0.00	0.33	0.31	0.24	0.20	0.17	0.33	0.19	0.43	0.36	0.25	0.21	0.40	0.22	-0.14	0.16	0.28	0.14	-0.13	0.25	0.18	0.22
AA28	0.25	0.34	0.24	0.48	0.36	0.15	0.51	0.42	0.37	0.34	0.41	0.24	0.21	0.28	0.32	0.50	0.30	0.23	0.01	0.18	0.37	0.14	0.39	0.43	0.32	0.44
AA29	0.30	0.41	0.17	0.32	0.34	0.31	0.39	0.36	0.37	0.10	0.29	0.02	0.13	0.39	0.38	0.23	0.06	0.41	0.06	0.36	0.24	0.32	0.14	0.17	0.26	0.10
AA30	0.03	0.42	0.13	0.42	0.17	0.47	0.48	0.31	0.30	0.27	0.48	0.35	0.30	0.34	0.26	0.41	0.35	0.41	0.14	0.14	0.56	0.44	0.04	0.30	0.33	0.34
AA31	0.01	0.07	-0.01	0.15	0.23	0.14	0.09	0.23	0.13	0.38	0.22	0.12	0.04	0.11	0.17	0.31	0.22	0.21	0.13	0.32	0.26	0.28	0.05	0.21	-0.01	0.04
AA32	0.24	0.28	0.15	0.26	0.21	0.11	0.28	0.29	0.33	0.27	0.26	0.15	0.25	0.30	0.33	0.24	0.44	0.19	-0.05	0.12	0.31	0.20	0.07	0.30	0.39	0.24
AA33	0.19	0.23	0.00	0.60	0.28	0.20	0.33	0.20	0.28	0.32	0.34	0.11	0.26	0.07	0.26	0.30	0.30	0.30	-0.03	0.22	0.19	-0.04	0.40	0.48	0.11	0.12
AA34	0.07	0.42	0.31	0.34	0.27	0.22	0.29	0.22	0.03	0.28	0.28	0.23	0.34	0.24	0.19	0.36	0.32	0.32	0.28	0.28	0.24	0.30	0.20	0.18	0.32	0.37
AA35	0.27	0.16	0.10	0.07	0.15	0.18	0.34	0.14	0.16	0.16	0.17	-0.01	0.31	0.27	0.31	0.13	0.34	0.13	-0.08	0.08	0.25	0.32	0.32	0.41	0.30	0.29
AA36	0.19	0.33	0.30	0.26	0.07	0.51	0.44	0.13	-0.05	0.19	0.55	0.18	0.55	0.30	0.35	0.06	0.51	0.24	0.28	0.32	0.26	0.29	0.11	0.43	0.16	0.35
AA37	0.10	0.40	0.14	0.17	0.40	0.37	0.31	0.25	0.43	0.44	0.36	0.42	0.06	0.28	0.04	0.34	0.19	0.38	0.29	0.32	0.04	-0.15	0.29	0.33	0.21	0.33
AA38	0.17	0.43	0.05	0.27	0.35	0.40	0.30	0.31	0.17	0.21	0.33	0.32	0.17	0.36	0.16	0.41	0.19	0.34	0.13	0.34	0.10	0.02	0.10	0.26	0.15	0.23
AA39	0.22	0.21	-0.01	0.17	0.28	0.24	0.21	0.23	0.10	0.09	0.21	0.36	0.20	0.19	0.17	0.17	0.31	-0.05	-0.02	0.09	0.24	0.31	0.08	0.07	0.05	0.29
AA40	0.20	0.32	0.10	0.26	0.12	0.18	0.39	0.20	0.34	0.11	0.40	0.17	0.14	0.31	0.30	0.31	0.25	0.24	0.07	0.08	0.28	-0.18	0.15	0.38	0.07	0.13
AA41	0.32	0.39	0.26	0.25	0.41	0.36	0.32	0.26	0.37	0.18	0.37	0.32	0.10	0.49	0.25	0.28	0.03	0.11	0.26	0.25	0.18	0.11	0.11	0.16	0.21	0.20
AA42	0.26	0.27	0.34	0.14	0.34	0.06	0.38	0.11	0.22	0.17	0.24	0.23	0.32	0.18	0.40	0.23	0.31	0.14	0.24	0.21	0.43	0.32	0.25	0.40	0.35	0.31
AA43	0.06	0.27	0.08	0.32	0.30	0.24	0.19	0.37	0.40	0.44	0.12	0.39	0.07	0.38	0.21	0.66	0.25	0.18	0.14	0.15	0.48	0.06	0.05	0.23	0.21	0.17
AA44	0.32	0.46	0.19	0.24	0.06	0.16	0.31	0.28	0.39	0.31	0.27	0.08	0.37	0.29	0.60	0.25	0.53	0.33	0.00	0.20	0.35	0.28	0.17	0.37	0.19	0.34
AA45	-0.11	0.16	0.10	0.28	0.16	-0.17	0.28	0.09	0.24	0.26	0.05	0.03	-0.10	0.11	0.23	0.32	0.12	0.17	0.15	0.05	0.37	0.04	0.39	0.30	0.25	0.19
AA46	0.29	0.44	0.19	0.13	0.15	0.30	0.37	0.27	0.23	0.18	0.32	0.20	0.37	0.29	0.46	0.15	0.31	0.47	0.14	0.34	0.22	0.26	0.26	0.38	0.22	0.34
AA47	0.18	0.33	0.07	0.14	0.39	0.27	0.33	0.10	0.10	0.19	0.25	0.21	-0.02	0.12	0.03	0.06	0.00	-0.07	0.00	0.10	0.02	0.10	0.09	0.17	0.04	0.30
AA48	0.20	0.37	0.19	0.34	0.20	0.18	0.33	0.19	0.20	0.34	0.47	0.25	0.25	0.36	0.39	0.29	0.28	0.31	0.18	0.19	0.36	-0.18	0.26	0.48	0.45	0.31
AA49	0.28	0.36	0.08	0.25	0.07	0.48	0.35	0.27	0.21	0.13	0.37	0.13	0.53	0.34	0.48	0.26	0.51	0.26	0.03	0.35	0.42	0.33	0.09	0.55	0.20	0.29
AA50	0.40	0.25	0.15	-0.09	0.43	0.45	0.36	0.14	0.14	0.07	0.35	0.15	0.26	0.15	0.15	-0.01	0.10	-0.17	-0.05	0.08	0.07	0.39	0.02	0.15	-0.06	0.19
AA51	0.19	0.02	0.17	-0.02	-0.04	-0.03	0.24	-0.03	-0.03	0.06	0.08	-0.16	0.29	0.24	0.29	-0.09	0.26	0.38	0.09	0.31	-0.04	0.13	0.36	0.45	0.23	0.09
AA52	0.38	0.20	0.13	-0.06	0.22	0.08	0.23	0.14	0.37	0.19	0.16	0.01	-0.11	0.16	0.15	-0.01	0.14	0.01	0.02	0.03	-0.07	0.13	0.34	0.20	0.11	0.24

AA01	AA02	AA03	AA04	AA05	AA06	AA07	AA08	AA09	AA10	AA11	AA12	AA13	AA14	AA15	AA16	AA17	AA18	AA19	AA20	AA21	AA22	AA23	AA24	AA25	AA26		
AA31	0.28	0.40	0.26	0.17	0.29	0.29	0.25	0.01	0.04	0.06	0.26	0.02	0.19	0.37	0.28	0.03	0.10	0.24	0.04	0.20	0.10	0.41	0.08	0.14	0.12	0.27	
AA34	0.02	0.46	0.21	0.37	0.20	0.61	0.41	0.38	0.28	0.27	0.59	0.29	0.21	0.48	0.26	0.23	0.19	0.50	0.22	0.47	0.29	0.16	0.23	0.13	0.18	0.35	
AA35	0.18	0.37	0.17	0.24	-0.01	0.22	0.29	0.16	0.33	0.26	0.43	0.07	0.30	0.42	0.45	0.07	0.45	0.30	-0.09	0.19	0.32	0.24	0.05	0.30	0.26	0.30	
AA36	0.19	0.23	0.08	0.27	0.31	0.21	0.29	0.15	0.30	0.39	0.09	0.17	0.30	0.24	0.33	0.21	0.36	0.23	-0.06	-0.01	0.26	0.03	0.17	0.28	0.21	0.08	
AA37	0.14	0.48	0.25	0.38	0.29	0.17	0.41	0.27	0.37	0.49	0.38	0.20	0.16	0.33	0.42	0.37	0.26	0.37	0.25	0.33	0.32	0.16	0.37	0.32	0.36	0.45	
AA38	-0.07	0.10	0.03	0.09	0.34	0.04	0.05	0.21	0.18	0.08	-0.08	0.26	-0.05	0.11	0.06	0.42	-0.01	0.09	-0.09	0.29	0.12	0.06	0.05	0.17	0.03		
AA39	0.28	0.40	0.15	0.16	0.24	0.27	0.11	0.18	0.17	0.17	0.21	0.34	0.13	0.25	0.33	0.05	0.30	0.24	0.00	0.29	0.12	0.15	0.09	0.26	0.03	0.26	
AA60	0.09	0.42	0.21	0.35	0.36	0.38	0.34	0.30	0.36	0.28	0.32	0.29	0.18	0.38	0.43	0.39	0.23	0.27	0.10	0.30	0.34	0.14	0.28	0.35	0.17	0.37	
AA61	0.22	0.14	-0.15	-0.07	0.00	0.16	0.17	-0.09	0.16	0.08	0.22	0.16	-0.01	0.07	-0.02	-0.07	0.10	0.04	-0.11	0.03	0.10	-0.09	0.08	0.12	-0.13	0.11	
AA62	0.40	0.48	0.28	0.27	0.16	0.28	0.46	0.33	0.24	0.22	0.44	0.17	0.51	0.41	0.63	0.19	0.51	-0.01	0.26	0.43	0.24	0.17	0.36	0.31	0.32		
AA63	0.17	0.39	0.14	0.25	0.26	0.32	0.46	0.22	0.23	0.10	0.34	0.25	0.21	0.35	0.39	0.37	0.36	0.10	-0.02	0.08	0.43	0.22	0.10	0.14	0.16	0.31	
AA64	0.00	0.11	-0.11	-0.11	-0.10	0.24	0.13	0.12	-0.19	-0.06	0.20	-0.06	0.14	0.05	0.00	0.04	0.08	0.19	0.06	0.12	0.03	0.16	0.15	-0.11	0.14	0.00	0.08
AA65	0.22	0.25	-0.05	0.25	0.01	0.52	0.26	0.26	0.21	0.14	0.35	0.14	0.15	0.39	0.05	0.05	0.14	0.26	-0.13	0.31	-0.02	-0.12	0.04	0.18	0.14	0.05	
AA66	0.09	0.36	0.11	0.33	0.33	0.22	0.48	0.17	0.28	0.32	0.45	0.25	-0.01	0.28	0.24	0.31	0.13	0.17	0.17	0.09	0.36	0.02	0.31	0.26	0.26	0.29	
AA67	0.06	0.32	0.14	0.33	0.05	-0.17	0.43	-0.01	0.21	0.12	0.26	0.05	0.21	0.22	0.42	0.29	0.37	0.09	-0.04	-0.22	0.37	-0.11	0.43	0.34	0.41	0.24	
AA68	0.00	0.22	0.15	0.38	0.34	0.24	0.60	0.13	0.21	0.38	0.55	0.31	0.13	0.20	0.09	0.28	0.33	0.28	0.20	0.24	0.34	-0.08	0.48	0.38	0.35	0.32	
AA69	0.13	0.29	0.10	0.07	0.25	0.20	0.22	0.29	0.03	0.19	0.33	0.14	0.16	0.12	0.16	0.21	0.26	0.07	0.04	0.09	0.13	0.45	0.09	0.07	0.02	0.21	
AA70	0.18	0.37	0.31	0.49	0.46	0.41	0.54	0.35	0.26	0.37	0.53	0.33	0.21	0.40	0.17	0.39	0.25	0.31	0.24	0.38	0.29	0.17	0.16	0.32	0.28	0.18	
AA71	0.08	0.43	0.07	0.24	0.09	-0.05	0.16	0.09	0.31	0.08	0.34	0.16	0.08	0.10	0.05	0.27	-0.02	-0.05	-0.11	0.24	0.24	-0.11	0.06	0.20	0.18	0.29	
AA72	0.31	0.26	0.22	0.27	0.28	0.11	0.44	0.29	0.21	0.20	0.25	0.21	0.34	0.31	0.45	0.41	0.37	0.10	0.23	0.05	0.46	0.29	0.19	0.32	0.35	0.27	
AA73	0.21	0.40	0.24	0.35	0.26	0.20	0.29	0.39	0.07	0.21	0.34	0.25	0.18	0.39	0.36	0.32	0.29	0.15	0.26	0.22	0.35	0.16	0.33	0.12	0.30		
AA74	0.07	0.43	0.29	0.35	0.38	0.02	0.46	0.32	0.40	0.34	0.22	0.28	0.01	0.39	0.23	0.51	0.19	0.26	0.21	0.14	0.44	-0.01	0.45	0.35	0.54	0.24	
AA75	0.11	0.49	0.31	0.31	0.51	0.06	0.51	0.17	0.29	0.38	0.40	0.23	0.06	0.17	0.23	0.39	0.21	0.12	0.16	0.09	0.34	0.06	0.54	0.42	0.34	0.46	
AA76	0.28	0.03	0.19	0.15	0.19	0.09	0.24	0.22	0.18	0.29	0.13	0.05	0.31	0.36	0.28	0.22	0.35	0.06	-0.01	0.21	0.25	0.12	0.22	0.52	0.44	0.07	
AA77	0.17	0.38	0.29	0.31	0.40	0.41	0.51	0.40	0.33	0.45	0.51	0.46	0.43	0.24	0.50	0.37	0.31	0.18	0.44	0.37	0.08	0.15	0.33	0.37	0.35		

AA53	0.29	0.31	0.30	0.34	0.20	0.38	0.10	0.44	0.29	0.26	0.33	0.42	0.21	0.17	0.31	0.43	0.28	0.35	0.10	0.40	0.45	0.24	0.43	0.33	0.07	0.39
AA54	0.22	0.41	0.50	0.70	0.24	0.27	0.31	0.44	0.22	0.41	0.30	0.48	0.15	0.26	0.48	0.20	0.27	0.28	0.04	0.46	0.33	0.36	0.50	0.17	0.12	0.25
AA55	0.41	0.19	0.29	0.32	0.18	0.51	0.13	0.16	0.32	0.41	0.14	0.06	0.23	0.19	0.25	0.40	0.22	0.34	0.00	0.37	0.09	0.22	0.44	0.25	0.33	0.25
AA56	0.23	0.33	0.24	0.22	0.34	0.39	0.33	0.25	0.32	0.15	0.31	0.30	0.39	0.27	0.13	0.40	0.31	0.44	0.21	0.43	0.26	0.35	0.34	0.25	0.01	0.12
AA57	0.09	0.47	0.44	0.36	0.22	0.34	0.38	0.46	0.30	0.22	0.31	0.25	0.06	0.10	0.31	0.17	0.26	0.44	0.41	0.30	0.16	0.22	0.27	0.06	0.05	0.34
AA58	0.03	0.24	0.19	0.09	0.30	0.33	0.14	0.18	0.26	-0.02	0.16	0.26	0.27	0.07	0.23	0.25	0.39	0.17	0.17	0.19	0.15	0.09	0.24	0.18	-0.14	0.00
AA59	0.27	0.12	0.16	0.24	0.26	0.26	0.07	0.13	0.32	0.40	0.28	0.31	0.45	0.20	0.21	0.36	0.30	0.38	0.15	0.49	0.14	0.30	0.38	0.26	0.26	0.28
AA60	0.00	0.46	0.36	0.43	0.22	0.29	0.43	0.34	0.39	0.33	0.39	0.49	0.28	0.28	0.37	0.19	0.37	0.37	0.30	0.24	0.15	0.38	0.48	0.21	0.06	0.32
AA61	0.31	0.13	-0.03	0.04	0.12	0.07	0.05	-0.07	0.09	0.12	0.12	0.12	0.23	0.34	0.21	0.24	0.18	0.13	-0.03	0.20	0.41	0.16	0.24	0.38	-0.08	0.30
AA62	0.45	0.41	0.29	0.41	0.31	0.33	0.26	0.25	0.45	0.30	0.17	0.34	0.35	0.41	0.31	0.61	0.33	0.61	0.18	0.52	0.25	0.25	0.64	0.41	0.24	0.26
AA63	0.40	0.43	0.26	0.43	0.13	0.41	0.13	0.22	0.45	0.40	0.20	0.44	0.37	0.35	0.37	0.50	0.49	0.45	0.25	0.21	0.22	0.44	0.56	0.42	0.04	0.29
AA64	0.12	0.03	0.18	0.23	0.03	-0.08	0.05	0.19	0.20	0.23	0.02	0.06	-0.05	-0.16	-0.04	-0.22	-0.09	0.18	0.05	0.19	-0.03	0.00	0.24	0.02	0.02	-0.02
AA65	0.21	0.25	0.35	0.33	0.02	0.22	0.37	0.06	0.18	0.24	0.33	0.37	0.16	0.17	0.31	0.30	0.16	0.06	-0.20	0.11	0.26	0.33	0.36	0.08	0.06	0.21
AA66	0.19	0.48	0.33	0.34	0.17	0.45	0.32	0.27	0.31	0.29	0.36	0.31	0.17	0.31	0.30	0.47	0.48	0.29	0.27	0.42	0.58	0.46	0.42	0.32	-0.09	0.36
AA67	0.25	0.40	0.02	0.22	-0.04	0.37	0.31	0.24	0.54	0.26	0.06	0.15	0.37	0.33	0.24	0.33	0.28	0.35	0.46	0.32	0.21	0.58	0.36	0.11	0.16	0.15
AA68	0.20	0.39	0.17	0.47	0.11	0.54	0.33	0.42	0.43	0.38	0.34	0.32	0.20	0.37	0.37	0.35	0.27	0.16	0.24	0.31	0.35	0.40	0.43	0.14	0.15	0.20
AA69	0.23	0.14	0.08	0.19	0.30	0.19	0.00	0.48	0.03	0.33	0.12	0.15	0.27	0.22	0.19	0.31	0.27	0.23	0.03	0.38	0.26	0.18	0.24	0.35	0.05	0.24
AA70	0.24	0.39	0.44	0.46	0.23	0.31	0.38	0.38	0.21	0.39	0.31	0.32	0.08	0.28	0.42	0.17	0.31	0.18	0.21	0.24	0.22	0.29	0.33	0.24	0.03	0.23
AA71	0.33	0.29	0.00	0.24	0.14	0.38	0.27	0.22	0.15	0.14	0.17	0.16	0.24	0.29	0.26	0.22	0.23	0.30	0.14	0.09	0.36	0.17	0.28	0.10	-0.28	0.18
AA72	0.31	0.44	0.18	0.23	0.25	0.36	0.13	0.26	0.38	0.44	0.14	0.23	0.34	0.34	0.32	0.32	0.23	0.35	0.27	0.39	0.18	0.53	0.45	0.36	0.09	0.29
AA73	0.21	0.37	0.16	0.23	0.28	0.22	0.27	0.24	0.28	0.30	0.21	0.27	0.22	0.31	0.19	0.32	0.31	0.30	0.28	0.41	0.04	0.32	0.25	0.19	0.36	0.13
AA74	0.16	0.55	0.40	0.45	0.19	0.50	0.30	0.32	0.36	0.09	0.39	0.44	0.30	0.32	0.43	0.46	0.64	0.28	0.44	0.34	0.41	0.41	0.35	0.13	0.04	0.34
AA75	0.07	0.70	0.28	0.34	0.32	0.34	0.38	0.38	0.44	0.24	0.35	0.39	0.34	0.26	0.33	0.38	0.45	0.41	0.37	0.22	0.36	0.40	0.31	0.30	-0.08	0.30
AA76	0.22	0.31	0.10	0.24	0.27	0.47	0.31	0.07	0.48	0.32	0.07	0.17	0.20	0.13	0.18	0.26	0.40	0.27	0.09	0.23	0.18	0.37	0.43	0.21	0.17	0.10
AA77	0.26	0.33	0.45	0.61	0.32	0.38	0.47	0.49	0.22	0.28	0.45	0.34	0.21	0.25	0.45	0.24	0.46	0.25	0.06	0.22	0.30	0.37	0.40	0.12	-0.11	0.10

AA53	1.00	AA54	1.00	AA55	1.00	AA56	1.00	AA57	1.00	AA58	1.00	AA59	1.00	AA60	1.00	AA61	1.00	AA62	1.00	AA63	1.00	AA64	1.00	AA65	1.00	AA66	1.00	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.60	AA54	0.43	AA55	0.26	AA56	0.22	AA57	0.06	AA58	0.17	AA59	0.19	AA60	0.33	AA61	0.03	AA62	0.38	AA63	0.31	AA64	0.28	AA65	0.13	AA66	0.30	AA67	0.11	AA68	0.25	AA69	0.25	AA70	0.16	AA71	0.31	AA72	0.32	AA73	0.30	AA74	0.43	AA75	0.29	AA76	0.12	AA77	0.37
AA53	1.00	AA54	1.00	AA55	1.00	AA56	1.00	AA57	1.00	AA58	1.00	AA59	1.00	AA60	1.00	AA61	1.00	AA62	1.00	AA63	1.00	AA64	1.00	AA65	1.00	AA66	1.00	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.07	AA54	0.28	AA55	-0.03	AA56	-0.04	AA57	0.32	AA58	0.11	AA59	-0.04	AA60	0.09	AA61	-0.04	AA62	0.26	AA63	0.67	AA64	1.00	AA65	1.00	AA66	1.00	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.20	AA54	0.53	AA55	0.20	AA56	0.13	AA57	0.11	AA58	-0.04	AA59	0.21	AA60	0.34	AA61	0.12	AA62	0.23	AA63	0.17	AA64	0.17	AA65	0.26	AA66	1.00	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.45	AA54	0.54	AA55	0.31	AA56	0.30	AA57	0.55	AA58	0.32	AA59	0.22	AA60	0.39	AA61	0.43	AA62	0.45	AA63	0.50	AA64	0.09	AA65	0.43	AA66	1.00	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.23	AA54	0.11	AA55	0.34	AA56	0.41	AA57	0.22	AA58	0.27	AA59	0.20	AA60	0.28	AA61	0.19	AA62	0.43	AA63	0.44	AA64	0.08	AA65	-0.01	AA66	1.00	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.50	AA54	0.50	AA55	0.25	AA56	0.25	AA57	0.34	AA58	0.19	AA59	0.17	AA60	0.38	AA61	0.21	AA62	0.37	AA63	0.57	AA64	0.11	AA65	0.27	AA66	0.68	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.35	AA54	0.28	AA55	0.25	AA56	0.14	AA57	0.25	AA58	0.08	AA59	0.21	AA60	0.19	AA61	0.22	AA62	0.29	AA63	0.28	AA64	0.17	AA65	-0.03	AA66	0.36	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.28	AA54	0.49	AA55	0.16	AA56	0.21	AA57	0.52	AA58	0.22	AA59	0.18	AA60	0.48	AA61	0.02	AA62	0.24	AA63	0.51	AA64	0.22	AA65	0.28	AA66	0.38	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.31	AA54	0.25	AA55	0.31	AA56	0.16	AA57	0.21	AA58	0.14	AA59	0.14	AA60	0.21	AA61	0.27	AA62	0.32	AA63	0.21	AA64	-0.04	AA65	0.14	AA66	0.34	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.36	AA54	0.22	AA55	0.32	AA56	0.42	AA57	0.21	AA58	0.47	AA59	0.39	AA60	0.41	AA61	0.16	AA62	0.59	AA63	0.58	AA64	-0.03	AA65	0.46	AA66	0.45	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.17	AA54	0.22	AA55	0.30	AA56	0.08	AA57	0.28	AA58	0.13	AA59	0.41	AA60	0.29	AA61	-0.10	AA62	0.41	AA63	0.41	AA64	0.10	AA65	0.09	AA66	0.22	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.41	AA54	0.43	AA55	0.27	AA56	0.39	AA57	0.39	AA58	0.49	AA59	0.28	AA60	0.42	AA61	0.20	AA62	0.41	AA63	0.55	AA64	0.01	AA65	0.25	AA66	0.51	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.36	AA54	0.29	AA55	0.17	AA56	0.42	AA57	0.50	AA58	0.32	AA59	0.24	AA60	0.59	AA61	0.20	AA62	0.39	AA63	0.46	AA64	0.05	AA65	0.09	AA66	0.48	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.12	AA54	0.11	AA55	0.25	AA56	0.24	AA57	0.22	AA58	0.28	AA59	0.17	AA60	0.28	AA61	0.05	AA62	0.39	AA63	0.23	AA64	0.07	AA65	0.20	AA66	0.26	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00
AA53	0.37	AA54	0.54	AA55	0.30	AA56	0.27	AA57	0.50	AA58	0.22	AA59	0.14	AA60	0.42	AA61	0.08	AA62	0.35	AA63	0.38	AA64	0.17	AA65	0.40	AA66	0.42	AA67	1.00	AA68	1.00	AA69	1.00	AA70	1.00	AA71	1.00	AA72	1.00	AA73	1.00	AA74	1.00	AA75	1.00	AA76	1.00	AA77	1.00

Annexe 9 : Part de la variance des variables AA exprimée dans les 77 composantes issues de l'ACP 1.

	Variation Initiale	Variation Extraite		Variation Initiale	Variation Extraite		Variati on Initiale	Variation Extraite
AA01	1	0.82	AA27	1	0.72	AA53	1	0.88
AA02	1	0.90	AA28	1	0.84	AA54	1	0.86
AA03	1	0.77	AA29	1	0.88	AA55	1	0.81
AA04	1	0.89	AA30	1	0.85	AA56	1	0.86
AA05	1	0.85	AA31	1	0.83	AA57	1	0.85
AA06	1	0.87	AA32	1	0.83	AA58	1	0.77
AA07	1	0.82	AA33	1	0.91	AA59	1	0.84
AA08	1	0.81	AA34	1	0.88	AA60	1	0.82
AA09	1	0.89	AA35	1	0.84	AA61	1	0.68
AA10	1	0.79	AA36	1	0.88	AA62	1	0.80
AA11	1	0.85	AA37	1	0.81	AA63	1	0.77
AA12	1	0.88	AA38	1	0.94	AA64	1	0.85
AA13	1	0.90	AA39	1	0.77	AA65	1	0.87
AA14	1	0.83	AA40	1	0.86	AA66	1	0.81
AA15	1	0.84	AA41	1	0.82	AA67	1	0.87
AA16	1	0.89	AA42	1	0.91	AA68	1	0.86
AA17	1	0.81	AA43	1	0.86	AA69	1	0.77
AA18	1	0.78	AA44	1	0.83	AA70	1	0.81
AA19	1	0.75	AA45	1	0.75	AA71	1	0.71
AA20	1	0.84	AA46	1	0.84	AA72	1	0.75
AA21	1	0.89	AA47	1	0.70	AA73	1	0.84
AA22	1	0.94	AA48	1	0.80	AA74	1	0.85
AA23	1	0.80	AA49	1	0.88	AA75	1	0.86
AA24	1	0.85	AA50	1	0.91	AA76	1	0.84
AA25	1	0.90	AA51	1	0.87	AA77	1	0.85
AA26	1	0.84	AA52	1	0.88			

Annexe 10 : Part de la variation des variables AA exprimée dans les deux premières composantes retenues pour l'analyse de l'ACP 1.

	Variation Initiale	Variation Extraite		Variation Initiale	Variation Extraite		Variation Initiale	Variation Extraite
AA01	1	0.28	AA27	1	0.37	AA53	1	0.34
AA02	1	0.41	AA28	1	0.55	AA54	1	0.46
AA03	1	0.13	AA29	1	0.28	AA55	1	0.43
AA04	1	0.34	AA30	1	0.52	AA56	1	0.27
AA05	1	0.28	AA31	1	0.15	AA57	1	0.40
AA06	1	0.19	AA32	1	0.38	AA58	1	0.13
AA07	1	0.46	AA33	1	0.33	AA59	1	0.34
AA08	1	0.22	AA34	1	0.31	AA60	1	0.44
AA09	1	0.27	AA35	1	0.42	AA61	1	0.09
AA10	1	0.34	AA36	1	0.48	AA62	1	0.71
AA11	1	0.39	AA37	1	0.45	AA63	1	0.46
AA12	1	0.27	AA38	1	0.44	AA64	1	0.02
AA13	1	0.40	AA39	1	0.24	AA65	1	0.18
AA14	1	0.33	AA40	1	0.26	AA66	1	0.46
AA15	1	0.44	AA41	1	0.35	AA67	1	0.29
AA16	1	0.41	AA42	1	0.45	AA68	1	0.46
AA17	1	0.37	AA43	1	0.42	AA69	1	0.20
AA18	1	0.22	AA44	1	0.49	AA70	1	0.46
AA19	1	0.12	AA45	1	0.12	AA71	1	0.16
AA20	1	0.19	AA46	1	0.47	AA72	1	0.46
AA21	1	0.29	AA47	1	0.19	AA73	1	0.31
AA22	1	0.28	AA48	1	0.41	AA74	1	0.57
AA23	1	0.18	AA49	1	0.62	AA75	1	0.49
AA24	1	0.30	AA50	1	0.34	AA76	1	0.25
AA25	1	0.25	AA51	1	0.21	AA77	1	0.63
AA26	1	0.26	AA52	1	0.15			

Annexe 11 : Coordonnées des individus sur les composantes 1 et 2 de l'ACP 1.

Numéro	Composante 1	Composante 2	Numéro	Composante 1	Composante 2
I01	0.24	-2.09	I29	1.47	0.23
I02	0.53	0.93	I30	0.46	0.83
I03	0.17	0.50	I31	-0.55	-2.05
I04	0.68	-0.95	I32	-1.63	1.37
I05	-0.04	0.35	I33	0.66	1.76
I06	-1.48	1.46	I34	-1.58	0.14
I07	0.02	-0.41	I35	-2.75	0.99
I08	1.54	0.12	I36	-0.76	-0.72
I09	-1.19	-0.47	I37	1.10	0.73
I10	0.08	-0.42	I38	0.10	0.37
I11	0.29	0.32	I39	-1.26	0.78
I12	-0.56	-0.57	I40	-0.47	-0.86
I13	-1.88	-0.99	I41	0.45	1.04
I14	1.22	0.01	I42	-0.22	0.12
I15	1.26	-1.02	I43	1.37	-0.24
I16	-1.23	0.05	I44	-0.81	0.95
I17	0.21	-1.62	I45	-0.17	-0.11
I18	0.02	-0.10	I46	0.88	0.78
I19	0.45	0.41	I47	-0.43	-0.51
I20	0.03	-0.03	I48	2.04	0.60
I21	0.19	1.16	I49	0.03	-0.13
I22	-0.65	-0.31	I50	1.69	0.42
I23	1.28	-0.15	I51	0.67	-0.67
I24	0.73	0.54	I52	0.11	-0.53
I25	-0.28	-4.31	I53	-0.34	0.34
I26	-1.39	-0.08	I54	0.69	0.21
I27	0.59	0.62	I55	-1.47	0.92
I28	-0.14	0.27			

Annexe 12 : Les moyennes attribuées aux variables initiales (corrigées des données manquantes, centrées et réduites) par les individus de l'échantillon.

Num	Moyenne	Num	Moyenne
I01	0.04	I29	0.67
I02	0.22	I30	0.16
I03	0.03	I31	-0.35
I04	0.30	I32	-0.88
I05	-0.06	I33	0.25
I06	-0.74	I34	-0.87
I07	-0.10	I35	-1.43
I08	0.67	I36	-0.47
I09	-0.71	I37	0.47
I10	-0.03	I38	-0.01
I11	0.03	I39	-0.72
I12	-0.38	I40	-0.30
I13	-1.05	I41	0.14
I14	0.52	I42	-0.21
I15	0.55	I43	0.63
I16	-0.71	I44	-0.50
I17	0.05	I45	-0.14
I18	-0.08	I46	0.40
I19	0.16	I47	-0.30
I20	-0.07	I48	0.98
I21	0.02	I49	-0.05
I22	-0.34	I50	0.78
I23	0.52	I51	0.31
I24	0.31	I52	-0.04
I25	-0.31	I53	-0.27
I26	-0.75	I54	0.28
I27	0.24	I55	-0.79
I28	-0.16		

Annexe 13 : Les fonctions mathématiques utilisées pour transformer les variables AB pour l'ACP2

Code	Transformation	Notes explicatives
AB	Variable initiale, corrigée des données manquantes et ajustée par la moyenne des notes données par les individus aux différentes variables.	
C	$C = AB^2$	Voir Annexe 1
D	$D = AB^3$	Voir Annexe 1
E	$E = \sqrt{\text{Arsin}} (AB / 10)$	
F	$F = \text{LOG} [((AB+1)/10) / (1-(AB+1)/10)]$	Voir Annexe 1
G	$G = 0.5 * \text{LOG} ((1+ AB/10) / (1 - AB/10))$	Cette fonction est utilisée pour corriger une asymétrie négative.
H	$H = \text{SIN} (\sqrt{AB}/100)$	
I	$I = \sqrt{AB}$	
J	$J = \text{LOG} (AB+1)$	
K	$K = \text{LOG} ((AB+1)/10)$	Voir Annexe 1
L	$L = -1/(AB+1)$	Voir Annexe 1

Annexe 14 : Transformation des variables AB pour l'ACP2 et quelques statistiques.

	Transformations des Variables	N		Transformations des Variables	N
BB01	AB01	55	BB40	F40	55
BB02	C02	55	BB41	AB41	55
BB03	AB03	55	BB42	AB42	55
BB04	C04	55	BB43	AB43	55
BB05	AB05	55	BB44	C44	55
BB06	AB06	55	BB45	F45	55
BB07	C07	55	BB46	AB46	55
BB08	C08	55	BB47	F47	55
BB09	F09	55	BB48	C48	55
BB10	B10	55	BB49	C49	55
BB11	B11	55	BB50	F50	55
BB12	G12	55	BB51	F51	55
BB13	AB13	55	BB52	F52	55
BB14	AB14	55	BB53	AB53	55
BB15	AB15	55	BB54	AB54	55
BB16	AB16	55	BB55	E55	55
BB17	AB17	55	BB56	AB56	55
BB18	AB18	55	BB57	AB57	55
BB19	H19	55	BB58	AB58	55
BB20	AB20	55	BB59	C59	55
BB21	AB21	55	BB60	C60	55
BB22	AB22	55	BB61	J61	55
BB23	L23	55	BB62	D62	55
BB24	I24	55	BB63	AB63	55
BB25	C25	55	BB64	AB64	55
BB26	AB26	55	BB65	AB65	55
BB27	AB27	55	BB66	C66	55
BB28	C28	55	BB67	AB67	55
BB29	AB29	55	BB68	AB68	55
BB30	G30	55	BB69	AB69	55
BB31	AB31	55	BB70	C70	55
BB32	C32	55	BB71	C71	55
BB33	AB33)	55	BB72	C72	55
BB34	C34	55	BB73	AB73	55
BB35	AB35	55	BB74	C74	55
BB36	C36	55	BB75	C75	55
BB37	C37	55	BB76	F76	55
BB38	C38	55	BB77	C77	55
BB39	AB39	55			

	Min	Max	Moyenne	Écart type		Min	Max	Moyenn e	Écart type
BB01	0.00	2.07	0.97	0.41	BB40	-0.95	-0.22	-0.63	0.12
BB02	0.02	2.62	1.07	0.59	BB41	0.00	1.79	1.04	0.37
BB03	0.00	1.74	1.03	0.43	BB42	0.00	1.72	0.76	0.46
BB04	0.02	2.85	1.34	0.74	BB43	0.00	1.69	0.90	0.40
BB05	0.00	1.95	1.03	0.43	BB44	0.00	2.30	0.87	0.58
BB06	0.17	2.12	1.22	0.36	BB45	-0.95	-0.16	-0.58	0.12
BB07	0.02	2.70	1.12	0.64	BB46	0.00	1.82	0.81	0.43
BB08	0.00	0.08	0.04	0.02	BB47	-0.80	-0.29	-0.53	0.08
BB09	-0.95	-0.22	-0.65	0.15	BB48	0.00	2.85	1.07	0.64
BB10	0.15	2.00	1.11	0.39	BB49	0.00	1.86	0.87	0.49
BB11	0.00	2.00	1.02	0.36	BB50	-0.95	-0.16	-0.56	0.11
BB12	0.00	0.07	0.04	0.02	BB51	-0.95	-0.16	-0.63	0.16
BB13	0.00	2.04	1.02	0.44	BB52	-0.95	-0.16	-0.58	0.14
BB14	0.14	2.00	0.94	0.40	BB53	0.00	1.82	1.08	0.34
BB15	0.00	1.52	0.75	0.40	BB54	0.17	2.00	1.10	0.27
BB16	0.00	2.00	1.04	0.44	BB55	0.00	0.37	0.21	0.11
BB17	0.00	1.80	0.79	0.40	BB56	0.00	1.72	0.65	0.45
BB18	0.15	1.80	1.11	0.35	BB57	0.72	1.80	1.22	0.24
BB19	0.09	0.15	0.11	0.01	BB58	0.12	2.07	1.07	0.35
BB20	0.00	2.00	1.04	0.43	BB59	0.00	1.91	0.52	0.49
BB21	0.13	2.25	0.86	0.43	BB60	0.02	3.23	1.26	0.56
BB22	0.00	2.50	1.16	0.39	BB61	0.00	0.61	0.29	0.10
BB23	-0.64	-0.24	-0.44	0.06	BB62	0.00	1.76	0.59	0.50
BB24	0.39	1.76	1.07	0.18	BB63	0.00	1.34	0.72	0.38
BB25	0.00	3.28	1.34	0.77	BB64	0.00	2.50	1.13	0.45
BB26	0.00	1.64	1.01	0.36	BB65	0.17	2.76	1.27	0.39
BB27	0.00	1.39	0.66	0.39	BB66	0.02	2.88	1.35	0.65
BB28	0.00	2.84	1.06	0.60	BB67	0.14	2.07	1.00	0.40
BB29	0.00	2.00	1.04	0.40	BB68	0.58	1.80	1.16	0.25
BB30	0.01	0.08	0.04	0.01	BB69	0.00	2.02	1.00	0.37
BB31	0.00	2.50	0.99	0.46	BB70	0.05	3.23	1.56	0.64
BB32	0.00	3.02	1.00	0.61	BB71	0.00	2.85	1.15	0.72
BB33	0.13	2.07	1.14	0.39	BB72	0.02	2.01	0.81	0.49
BB34	0.00	3.23	1.48	0.69	BB73	0.00	1.82	0.89	0.44
BB35	0.00	2.57	1.10	0.41	BB74	0.02	3.02	1.19	0.63
BB36	0.00	3.23	1.18	0.76	BB75	0.03	2.97	1.18	0.65
BB37	0.00	2.85	1.06	0.69	BB76	-0.89	-0.16	-0.58	0.11
BB38	0.02	2.85	1.31	0.68	BB77	0.04	3.02	1.63	0.64
BB39	0.00	1.73	0.60	0.46					

CC301	0.06	CC302	-0.06	CC303	-0.11	CC304	-0.34	CC305	-0.26	CC306	-0.01	CC307	-0.06	CC308	-0.18	CC309	-0.02	CC310	-0.12	CC311	-0.18	CC312	-0.14	CC313	0.27	CC314	0.12	CC315	-0.02	CC316	-0.15	CC317	0.26	CC318	-0.10	CC319	-0.41	CC320	-0.09	CC321	-0.05	CC322	-0.03	CC323	-0.40	CC324	-0.05	CC325	-0.21	CC326	0.16
CC327	-0.08	CC328	0.29	CC329	0.07	CC330	-0.47	CC331	-0.20	CC332	0.09	CC333	0.20	CC334	-0.18	CC335	0.26	CC336	-0.13	CC337	-0.17	CC338	-0.06	CC339	0.03	CC340	0.03	CC341	0.00	CC342	-0.05	CC343	-0.29	CC344	0.04	CC345	0.13	CC346	-0.04	CC347	0.31	CC348	-0.09	CC349	-0.02	CC350	0.42	CC351	0.24	CC352	0.41
CC301	0.06	CC302	-0.06	CC303	-0.11	CC304	-0.34	CC305	-0.26	CC306	-0.01	CC307	-0.06	CC308	-0.18	CC309	-0.02	CC310	-0.12	CC311	-0.18	CC312	-0.14	CC313	0.27	CC314	0.12	CC315	-0.02	CC316	-0.15	CC317	0.26	CC318	-0.10	CC319	-0.41	CC320	-0.09	CC321	-0.05	CC322	-0.03	CC323	-0.40	CC324	-0.05	CC325	-0.21	CC326	0.16
CC327	-0.08	CC328	0.29	CC329	0.07	CC330	-0.47	CC331	-0.20	CC332	0.09	CC333	0.20	CC334	-0.18	CC335	0.26	CC336	-0.13	CC337	-0.17	CC338	-0.06	CC339	0.03	CC340	0.03	CC341	0.00	CC342	-0.05	CC343	-0.29	CC344	0.04	CC345	0.13	CC346	-0.04	CC347	0.31	CC348	-0.09	CC349	-0.02	CC350	0.42	CC351	0.24	CC352	0.41
CC301	0.06	CC302	-0.06	CC303	-0.11	CC304	-0.34	CC305	-0.26	CC306	-0.01	CC307	-0.06	CC308	-0.18	CC309	-0.02	CC310	-0.12	CC311	-0.18	CC312	-0.14	CC313	0.27	CC314	0.12	CC315	-0.02	CC316	-0.15	CC317	0.26	CC318	-0.10	CC319	-0.41	CC320	-0.09	CC321	-0.05	CC322	-0.03	CC323	-0.40	CC324	-0.05	CC325	-0.21	CC326	0.16
CC327	-0.08	CC328	0.29	CC329	0.07	CC330	-0.47	CC331	-0.20	CC332	0.09	CC333	0.20	CC334	-0.18	CC335	0.26	CC336	-0.13	CC337	-0.17	CC338	-0.06	CC339	0.03	CC340	0.03	CC341	0.00	CC342	-0.05	CC343	-0.29	CC344	0.04	CC345	0.13	CC346	-0.04	CC347	0.31	CC348	-0.09	CC349	-0.02	CC350	0.42	CC351	0.24	CC352	0.41

CC27	1.00																									
CC28	0.04	1.00																								
CC29	-0.08	0.05	1.00																							
CC30	0.15	0.26	0.39	1.00																						
CC31	0.00	0.14	0.25	0.13	1.00																					
CC32	0.11	0.12	0.04	-0.09	-0.01	1.00																				
CC33	-0.24	0.22	-0.21	0.03	-0.07	0.19	1.00																			
CC34	-0.12	0.29	-0.18	0.03	-0.16	0.36	0.30	1.00																		
CC35	0.23	-0.07	-0.39	-0.28	-0.49	0.13	0.18	0.10	1.00																	
CC36	0.15	-0.23	-0.18	-0.05	-0.24	-0.31	-0.17	0.05	0.07	1.00																
CC37	-0.05	0.28	0.34	0.43	0.03	-0.04	-0.05	0.23	-0.28	-0.22	1.00															
CC38	-0.13	0.39	0.44	0.41	0.27	0.14	0.21	0.28	-0.27	-0.32	0.71	1.00														
CC39	0.24	-0.05	-0.22	0.00	-0.15	0.07	-0.16	-0.01	0.13	-0.04	-0.01	-0.10	1.00													
CC40	0.07	-0.05	-0.19	-0.03	0.19	-0.30	0.18	-0.31	-0.05	-0.11	-0.09	-0.03	-0.13	1.00												
CC41	0.15	0.03	0.21	-0.03	-0.16	0.09	-0.29	0.11	-0.20	0.06	0.23	0.14	0.13	0.01	1.00											
CC42	0.21	0.15	-0.16	-0.10	0.24	0.15	-0.27	-0.09	-0.11	0.02	-0.18	-0.25	0.25	0.18	0.22	1.00										
CC43	0.12	0.23	0.11	0.17	0.44	0.24	-0.03	0.05	-0.32	-0.39	0.24	0.25	0.02	0.08	0.08	0.10	1.00									
CC44	0.13	0.11	-0.23	-0.20	0.06	-0.07	-0.07	-0.12	-0.09	-0.22	-0.25	-0.09	0.12	-0.37	0.09	-0.11	1.00									
CC45	-0.33	-0.16	-0.33	-0.34	-0.45	-0.21	0.29	0.20	0.39	0.08	-0.28	-0.33	-0.03	0.00	-0.07	-0.11	-0.32	0.15	1.00							
CC46	0.33	-0.22	0.00	-0.10	-0.08	-0.05	-0.38	-0.17	-0.08	0.22	-0.02	-0.33	0.14	-0.04	0.06	0.39	-0.18	0.08	-0.14	1.00						
CC47	-0.21	-0.12	0.02	-0.27	-0.07	-0.18	0.06	-0.07	0.11	-0.21	0.06	0.06	-0.08	0.20	0.22	-0.11	-0.19	-0.11	0.26	1.00						
CC48	0.24	0.15	-0.13	0.10	-0.05	-0.11	-0.02	0.07	-0.08	0.23	0.00	0.18	0.08	0.04	0.16	-0.06	-0.02	-0.14	0.00	-0.22	1.00					
CC49	0.44	0.05	0.00	0.21	-0.04	0.17	0.11	0.03	0.23	0.26	-0.17	0.07	0.28	0.07	0.21	0.15	0.02	-0.06	-0.22	-0.01	-0.16	0.26	1.00			
CC50	0.06	-0.28	-0.10	-0.35	-0.13	-0.29	-0.11	-0.31	0.31	0.08	-0.22	-0.24	0.04	0.32	0.16	-0.24	0.07	0.09	-0.06	-0.06	0.60	-0.24	0.08	1.00		
CC51	0.02	-0.29	-0.27	-0.15	-0.26	-0.18	0.14	-0.12	0.43	0.19	-0.27	-0.23	-0.03	0.11	-0.27	0.07	-0.55	0.14	0.35	0.24	-0.06	0.02	0.07	0.17	1.00	
CC52	-0.11	-0.10	-0.24	-0.39	-0.45	-0.07	0.04	0.12	0.37	-0.04	0.02	-0.20	0.07	0.06	0.03	-0.11	-0.34	0.04	0.42	0.02	0.31	-0.14	-0.16	0.28	0.32	1.00

CC01	CC02	CC03	CC04	CC05	CC06	CC07	CC08	CC09	CC10	CC11	CC12	CC13	CC14	CC15	CC16	CC17	CC18	CC19	CC20	CC21	CC22	CC23	CC24	CC25	CC26	
-0.02	0.15	0.18	-0.08	0.20	0.15	-0.14	-0.13	-0.34	-0.22	0.03	-0.13	-0.06	0.17	-0.13	-0.30	-0.31	0.09	0.10	0.08	-0.20	0.52	-0.11	-0.38	-0.31	0.15	
CC33	-0.02	0.15	0.18	-0.08	0.20	0.15	-0.14	-0.34	-0.22	0.03	-0.13	-0.06	0.17	-0.13	-0.30	-0.31	0.09	0.10	0.08	-0.20	0.52	-0.11	-0.38	-0.31	0.15	
CC34	-0.38	0.09	0.05	0.08	-0.04	0.52	-0.01	0.37	-0.21	0.04	0.45	0.27	-0.12	0.34	-0.27	0.03	-0.26	0.36	0.29	0.42	0.12	0.29	0.02	-0.51	-0.12	0.05
CC35	-0.14	-0.17	-0.15	-0.19	-0.09	0.06	-0.11	0.05	0.00	0.07	0.05	0.15	0.15	0.26	-0.11	0.29	-0.18	-0.42	0.05	0.10	0.11	-0.54	-0.23	-0.32	0.09	
CC36	-0.03	-0.10	-0.08	0.03	-0.05	-0.18	0.03	0.22	0.09	-0.33	0.09	0.13	-0.09	0.03	-0.09	0.22	-0.09	-0.33	-0.39	-0.04	-0.14	-0.20	-0.02	-0.07	-0.11	
CC37	-0.02	0.14	0.13	0.15	0.11	0.13	0.14	0.08	0.04	0.33	0.08	0.02	-0.18	0.03	0.18	-0.24	0.25	0.51	0.14	0.16	0.15	0.50	0.00	0.39	0.04	
CC38	0.01	-0.18	-0.08	-0.07	0.23	0.02	-0.32	-0.11	0.14	-0.07	-0.32	-0.31	-0.17	-0.23	0.17	-0.38	-0.22	0.31	-0.22	0.09	0.07	0.31	0.03	0.26	-0.45	
CC39	0.06	0.16	-0.09	-0.20	0.06	-0.05	-0.38	-0.21	-0.06	-0.17	-0.04	0.00	-0.13	0.05	-0.37	-0.03	-0.08	-0.27	-0.02	-0.25	-0.24	-0.13	0.11	-0.27	-0.07	
CC60	-0.31	0.25	0.15	0.16	0.09	0.15	-0.13	0.21	-0.17	-0.21	0.23	0.08	-0.02	0.10	0.16	-0.11	0.16	0.09	0.23	0.02	0.01	0.04	-0.08	-0.05	0.21	
CC61	0.17	-0.07	-0.30	-0.27	-0.15	0.13	-0.13	-0.31	0.15	-0.02	-0.06	-0.27	-0.14	-0.34	-0.31	-0.16	-0.02	0.10	-0.22	-0.09	0.00	0.20	0.07	-0.29	-0.09	
CC62	0.02	0.00	-0.04	-0.25	-0.10	-0.26	-0.05	0.03	-0.12	-0.30	0.04	-0.20	-0.05	0.39	-0.20	0.27	-0.19	-0.50	-0.10	0.00	-0.07	-0.38	-0.10	-0.18	0.06	
CC63	-0.23	-0.01	-0.33	-0.27	-0.02	0.09	-0.10	0.16	-0.10	-0.06	0.21	0.18	-0.10	0.23	0.14	0.06	0.16	-0.31	-0.50	-0.04	0.08	-0.05	-0.56	-0.50	-0.30	0.09
CC64	0.04	-0.08	-0.18	-0.15	0.00	0.40	-0.05	0.19	-0.17	-0.11	0.22	-0.13	0.03	-0.20	-0.06	-0.15	0.31	0.38	0.18	-0.04	0.25	0.30	-0.21	0.00	-0.16	
CC65	0.33	-0.17	-0.15	0.11	-0.23	0.55	0.05	0.08	0.12	-0.03	-0.02	-0.07	0.09	-0.36	-0.23	-0.21	0.15	0.27	0.15	-0.23	-0.15	0.30	0.20	0.10	-0.32	
CC66	-0.07	-0.03	-0.08	-0.02	0.06	0.12	-0.10	-0.06	0.06	0.09	0.07	0.51	-0.04	-0.30	-0.11	-0.44	-0.05	0.27	-0.17	-0.02	0.10	0.11	-0.19	-0.19	-0.17	
CC67	-0.01	-0.02	-0.03	0.01	-0.24	-0.47	0.07	-0.35	0.23	-0.34	-0.16	-0.22	-0.27	0.15	-0.12	0.09	-0.19	-0.12	-0.61	-0.03	-0.28	0.35	0.28	0.17	0.02	
CC68	-0.17	-0.24	-0.03	0.07	0.04	0.09	0.07	-0.13	0.03	0.10	0.13	0.16	-0.18	-0.46	-0.03	-0.04	0.13	0.28	0.05	0.01	-0.13	0.42	0.11	0.09	0.00	
CC69	-0.18	0.10	-0.02	-0.19	0.34	0.07	-0.03	0.11	-0.33	-0.16	0.20	-0.04	-0.13	-0.12	0.08	-0.07	-0.08	0.11	-0.01	0.00	0.56	0.02	-0.37	-0.15	-0.07	
CC70	0.06	-0.06	0.20	0.31	0.20	0.37	0.21	0.13	0.01	0.20	0.08	0.20	0.06	-0.28	0.13	-0.18	0.19	0.45	0.26	-0.01	0.12	0.22	-0.01	0.20	-0.23	
CC71	0.01	0.27	0.07	0.09	0.05	-0.28	-0.01	-0.24	0.13	0.08	-0.12	-0.31	-0.28	0.00	-0.22	-0.16	-0.24	0.04	0.45	0.26	-0.01	0.12	0.22	-0.01	0.20	
CC72	0.03	-0.05	0.12	-0.05	0.09	-0.31	0.22	-0.19	-0.03	-0.09	-0.26	-0.13	0.09	0.22	0.02	0.00	0.02	-0.23	0.04	-0.41	0.03	0.06	-0.21	-0.05	-0.02	
CC73	0.02	0.14	0.02	0.02	0.16	-0.15	-0.10	0.11	-0.08	-0.16	0.08	-0.09	-0.05	0.22	0.06	0.00	0.02	-0.10	-0.02	-0.14	0.03	0.06	-0.04	0.17	-0.15	
CC74	-0.11	-0.05	0.04	-0.05	0.00	-0.48	0.03	-0.02	0.42	0.01	-0.45	0.02	-0.47	-0.23	0.24	-0.20	-0.13	-0.04	-0.35	0.05	-0.16	0.24	0.03	0.39	-0.35	
CC75	-0.36	0.27	0.01	-0.10	0.19	-0.46	0.13	-0.11	-0.01	-0.02	0.22	0.03	-0.31	-0.26	0.21	0.10	-0.10	-0.12	-0.25	0.10	0.07	0.24	-0.04	-0.01	0.41	
CC76	0.27	-0.53	-0.13	-0.27	-0.09	-0.14	-0.24	-0.21	0.26	0.22	-0.43	-0.33	0.01	-0.01	-0.10	0.09	-0.16	-0.03	-0.09	-0.07	-0.29	0.16	0.44	0.30	-0.37	
CC77	-0.18	-0.05	0.17	0.37	0.20	0.19	0.24	0.34	-0.05	0.28	0.24	0.42	-0.11	-0.23	0.33	-0.05	0.07	0.16	0.36	0.14	0.02	-0.13	-0.23	0.16	-0.10	

CC33	0.15	-0.09	0.42	0.06	0.15	0.10	-0.35	0.04	-0.08	-0.05	0.23	0.24	0.03	-0.21	0.42	0.13	-0.04	-0.13	-0.17	0.17	0.24	0.02	0.08	0.02	-0.18	-0.05
CC34	-0.09	-0.15	0.53	0.50	0.10	-0.17	-0.22	0.00	-0.39	0.14	0.44	0.32	-0.20	-0.14	0.22	-0.25	-0.05	-0.34	-0.31	0.09	0.06	-0.02	0.01	-0.18	-0.19	-0.17
CC35	0.37	-0.21	0.08	0.02	-0.06	0.24	-0.29	-0.24	-0.05	0.13	-0.01	-0.29	0.35	-0.14	0.09	0.27	0.06	0.07	-0.29	0.47	-0.33	-0.09	0.19	-0.05	-0.07	-0.23
CC36	0.08	0.09	-0.09	-0.11	0.11	0.17	0.06	0.03	-0.01	-0.21	-0.08	-0.06	0.23	0.02	0.00	0.18	0.37	0.04	-0.01	0.07	-0.15	0.07	0.03	-0.10	-0.25	-0.02
CC37	-0.46	-0.05	0.09	-0.02	-0.04	-0.08	0.08	0.33	0.00	-0.03	0.03	0.00	-0.50	-0.30	-0.21	-0.41	-0.11	0.05	0.26	-0.27	0.17	-0.23	-0.40	-0.05	-0.06	0.19
CC38	-0.35	-0.23	-0.11	-0.24	0.11	0.06	0.11	0.04	0.18	-0.30	-0.17	-0.05	-0.05	0.11	-0.07	-0.13	0.28	0.00	0.22	-0.28	0.32	-0.28	0.32	-0.15	0.28	0.04
CC39	0.20	-0.24	-0.23	-0.17	-0.11	-0.04	-0.15	-0.26	0.13	0.09	-0.10	-0.18	0.27	0.10	-0.16	0.17	0.02	0.13	0.08	0.37	-0.08	0.05	0.01	0.06	0.14	0.05
CC60	-0.28	0.01	0.02	0.14	-0.09	-0.07	0.09	0.37	-0.07	0.16	0.09	0.25	-0.02	-0.13	0.08	-0.27	-0.09	-0.08	0.03	-0.11	-0.21	0.09	0.15	-0.30	-0.06	-0.03
CC61	0.04	-0.18	-0.24	-0.20	0.00	-0.22	0.04	-0.22	0.08	-0.16	-0.06	-0.09	0.03	0.48	0.01	-0.03	-0.02	-0.01	0.06	-0.13	0.49	-0.08	0.18	-0.30	-0.06	0.28
CC62	0.19	0.03	-0.12	-0.02	-0.03	0.18	-0.10	-0.21	0.01	0.02	-0.25	-0.10	0.25	-0.05	-0.03	0.29	-0.11	0.14	-0.17	0.24	-0.30	0.18	0.35	-0.05	-0.03	0.01
CC63	0.30	0.02	0.16	0.21	-0.04	0.12	-0.42	-0.31	-0.03	0.10	0.05	0.07	0.25	-0.10	0.13	0.10	0.26	0.11	-0.37	0.06	-0.27	0.06	0.31	0.01	-0.27	-0.20
CC64	-0.17	-0.38	0.25	0.10	0.06	-0.20	0.02	-0.06	0.03	0.10	-0.01	0.04	-0.24	-0.05	-0.26	-0.48	-0.28	-0.04	-0.02	0.04	0.10	-0.16	-0.05	0.07	0.11	0.07
CC65	-0.25	-0.26	0.19	0.03	-0.30	-0.11	0.37	-0.13	0.17	-0.05	0.24	0.27	-0.15	0.15	-0.12	-0.65	-0.21	-0.26	0.14	-0.33	0.45	-0.04	-0.03	0.23	0.17	0.30
CC66	-0.27	-0.14	0.03	-0.19	0.09	0.06	-0.11	-0.04	-0.16	-0.19	0.06	-0.02	-0.17	0.34	0.34	0.08	0.19	-0.22	0.05	-0.13	0.57	-0.07	-0.15	0.20	-0.33	0.11
CC67	-0.04	-0.01	-0.59	-0.20	-0.28	0.00	0.25	0.09	0.46	-0.10	-0.40	-0.27	0.16	0.18	-0.17	-0.05	-0.20	0.24	0.44	-0.14	0.07	0.33	-0.05	0.01	0.21	0.12
CC68	-0.32	-0.10	-0.23	0.10	-0.15	0.22	0.38	0.34	0.13	0.05	0.07	0.07	-0.13	0.06	0.03	-0.08	-0.15	-0.38	0.14	-0.28	0.23	-0.14	-0.02	-0.03	0.05	0.01
CC69	0.06	-0.21	0.09	0.02	0.47	-0.05	-0.33	0.07	-0.42	0.05	-0.08	-0.02	0.01	0.04	0.14	0.20	0.10	-0.10	-0.29	0.20	0.04	-0.08	-0.10	0.15	-0.13	-0.16
CC70	-0.36	-0.24	0.27	0.03	0.02	-0.03	0.20	0.11	-0.16	0.15	-0.08	0.04	-0.43	-0.04	0.02	-0.36	-0.10	-0.37	0.12	-0.32	0.11	-0.37	-0.26	0.09	-0.03	0.01
CC71	-0.13	0.07	-0.28	-0.17	0.01	0.04	0.09	-0.03	-0.04	-0.14	-0.18	-0.14	0.07	0.17	0.14	0.06	-0.15	0.12	0.23	-0.12	0.40	0.04	-0.17	0.04	-0.27	0.15
CC72	0.18	0.01	-0.16	-0.36	0.28	0.03	-0.28	-0.12	-0.10	0.15	-0.37	-0.37	-0.06	-0.03	0.13	0.28	0.26	-0.06	0.02	0.19	-0.11	0.18	-0.07	-0.02	-0.19	0.01
CC73	-0.05	-0.03	-0.22	-0.28	0.05	-0.11	0.06	-0.07	0.04	0.20	-0.21	-0.17	-0.12	0.12	-0.25	0.10	-0.08	0.36	0.17	0.23	-0.24	-0.03	-0.28	-0.02	0.33	-0.10
CC74	-0.24	0.19	0.00	0.06	0.00	0.30	0.06	0.13	0.04	-0.55	0.02	0.12	-0.02	-0.06	0.07	-0.06	0.37	-0.12	0.16	-0.22	0.09	-0.12	-0.26	-0.19	-0.10	0.13
CC75	-0.18	0.45	-0.29	0.07	0.16	0.03	-0.02	0.48	0.01	-0.13	0.11	0.12	0.13	-0.20	-0.16	0.05	0.08	0.22	0.01	-0.11	-0.12	-0.04	-0.22	-0.27	-0.25	-0.02
CC76	-0.04	-0.11	-0.23	-0.24	0.05	0.22	0.27	-0.23	0.38	-0.19	-0.37	-0.25	-0.11	0.10	-0.35	-0.16	0.11	0.09	0.05	-0.25	0.06	-0.14	0.00	0.12	0.19	0.04
CC77	-0.33	0.16	0.41	0.23	0.16	0.29	0.09	0.18	-0.44	-0.12	0.26	0.35	-0.22	-0.29	0.19	-0.27	0.16	-0.44	-0.24	-0.35	0.01	-0.17	-0.25	-0.34	-0.48	-0.26

Annexe 16 : Part de la variation des variables CC exprimée dans les 77 composantes issues de l'ACP 2.

	Variation Initiale	Variation Extraite		Variation Initiale	Variation Extraite		Variation Initiale	Variation Extraite
CC01	1	0.810	CC27	1	0.759	CC53	1	0.913
CC02	1	0.809	CC28	1	0.883	CC54	1	0.883
CC03	1	0.768	CC29	1	0.902	CC55	1	0.835
CC04	1	0.920	CC30	1	0.865	CC56	1	0.841
CC05	1	0.868	CC31	1	0.894	CC57	1	0.844
CC06	1	0.881	CC32	1	0.829	CC58	1	0.839
CC07	1	0.881	CC33	1	0.888	CC59	1	0.797
CC08	1	0.877	CC34	1	0.868	CC60	1	0.856
CC09	1	0.881	CC35	1	0.918	CC61	1	0.760
CC10	1	0.916	CC36	1	0.880	CC62	1	0.766
CC11	1	0.913	CC37	1	0.874	CC63	1	0.837
CC12	1	0.831	CC38	1	0.880	CC64	1	0.835
CC13	1	0.869	CC39	1	0.802	CC65	1	0.914
CC14	1	0.800	CC40	1	0.879	CC66	1	0.926
CC15	1	0.902	CC41	1	0.881	CC67	1	0.881
CC16	1	0.880	CC42	1	0.905	CC68	1	0.907
CC17	1	0.776	CC43	1	0.913	CC69	1	0.755
CC18	1	0.816	CC44	1	0.882	CC70	1	0.889
CC19	1	0.850	CC45	1	0.801	CC71	1	0.874
CC20	1	0.866	CC46	1	0.784	CC72	1	0.845
CC21	1	0.879	CC47	1	0.848	CC73	1	0.895
CC22	1	0.917	CC48	1	0.849	CC74	1	0.891
CC23	1	0.873	CC49	1	0.903	CC75	1	0.891
CC24	1	0.893	CC50	1	0.912	CC76	1	0.874
CC25	1	0.853	CC51	1	0.879	CC77	1	0.907
CC26	1	0.843	CC52	1	0.744			

Annexe 17 : Part de la variation des variables CC exprimée dans les 18 premières composantes.

Num	Variation Initiale	Variation Extraite	% de variation par rapport aux 77 premières composantes	Num	Variation Initiale	Variation Extraite	% de variation par rapport aux 77 premières composantes	Num	Variation Initiale	Variation Extraite	% de variation par rapport aux 77 premières composantes
CC01	1	0.799	98.75%	CC27	1	0.672	88.50%	CC53	1	0.851	93.11%
CC02	1	0.774	95.65%	CC28	1	0.874	98.98%	CC54	1	0.882	99.82%
CC03	1	0.695	90.53%	CC29	1	0.851	94.43%	CC55	1	0.733	87.81%
CC04	1	0.827	89.82%	CC30	1	0.788	91.09%	CC56	1	0.719	85.51%
CC05	1	0.831	95.72%	CC31	1	0.888	99.37%	CC57	1	0.812	96.23%
CC06	1	0.873	99.04%	CC32	1	0.819	98.81%	CC58	1	0.825	98.37%
CC07	1	0.819	93.01%	CC33	1	0.869	97.86%	CC59	1	0.754	94.61%
CC08	1	0.736	83.96%	CC34	1	0.836	96.32%	CC60	1	0.772	90.26%
CC09	1	0.823	93.39%	CC35	1	0.852	92.86%	CC61	1	0.744	97.92%
CC10	1	0.906	98.88%	CC36	1	0.863	98.08%	CC62	1	0.605	79.02%
CC11	1	0.911	99.87%	CC37	1	0.835	95.52%	CC63	1	0.769	91.79%
CC12	1	0.829	99.75%	CC38	1	0.874	99.32%	CC64	1	0.828	99.17%
CC13	1	0.834	95.89%	CC39	1	0.751	93.66%	CC65	1	0.889	97.22%
CC14	1	0.789	98.64%	CC40	1	0.863	98.13%	CC66	1	0.829	89.49%
CC15	1	0.864	95.82%	CC41	1	0.867	98.38%	CC67	1	0.870	98.81%
CC16	1	0.839	95.37%	CC42	1	0.861	95.16%	CC68	1	0.873	96.16%
CC17	1	0.715	92.12%	CC43	1	0.907	99.40%	CC69	1	0.727	96.27%
CC18	1	0.787	96.42%	CC44	1	0.834	94.56%	CC70	1	0.777	87.31%
CC19	1	0.805	94.79%	CC45	1	0.720	89.85%	CC71	1	0.671	76.81%
CC20	1	0.856	98.83%	CC46	1	0.782	99.82%	CC72	1	0.818	96.80%
CC21	1	0.875	99.56%	CC47	1	0.828	97.67%	CC73	1	0.758	84.72%
CC22	1	0.898	97.99%	CC48	1	0.788	92.76%	CC74	1	0.889	99.87%
CC23	1	0.870	99.63%	CC49	1	0.869	96.23%	CC75	1	0.875	98.25%
CC24	1	0.885	99.08%	CC50	1	0.891	97.65%	CC76	1	0.851	97.39%
CC25	1	0.831	97.40%	CC51	1	0.863	98.18%	CC77	1	0.865	95.36%
CC26	1	0.815	96.68%	CC52	1	0.696	93.56%				

Annexe 17 (2) : Part de la variation des variables CC exprimés dans les 14 premières composantes.

Num	Variation initiale	Variation extraite	% par rapport aux 18 composantes	% par rapport aux 77 composantes	Num	Variation initiale	Variation extraite	% par rapport aux 18 composantes	% par rapport aux 77 composantes
CC01	1	0.767	95,90%	94,71%	CC40	1	0.698	80,90%	79,38%
CC02	1	0.752	97,11%	92,89%	CC41	1	0.727	83,85%	82,50%
CC03	1	0.668	96,12%	87,02%	CC42	1	0.668	77,60%	73,84%
CC04	1	0.720	87,14%	78,27%	CC43	1	0.791	87,13%	86,61%
CC05	1	0.782	94,07%	90,04%	CC44	1	0.689	82,61%	78,11%
CC06	1	0.807	92,45%	91,56%	CC45	1	0.673	93,52%	84,02%
CC07	1	0.587	71,67%	66,66%	CC46	1	0.701	89,61%	89,45%
CC08	1	0.673	91,37%	76,71%	CC47	1	0.791	95,48%	93,26%
CC09	1	0.728	88,44%	82,59%	CC48	1	0.674	85,54%	79,35%
CC10	1	0.738	81,53%	80,62%	CC49	1	0.750	86,35%	83,10%
CC11	1	0.855	93,84%	93,71%	CC50	1	0.865	97,16%	94,88%
CC12	1	0.769	92,68%	92,46%	CC51	1	0.736	85,32%	83,77%
CC13	1	0.781	93,63%	89,78%	CC52	1	0.665	95,45%	89,31%
CC14	1	0.763	96,73%	95,42%	CC53	1	0.786	92,39%	86,03%
CC15	1	0.798	92,33%	88,47%	CC54	1	0.873	99,05%	98,87%
CC16	1	0.770	91,70%	87,45%	CC55	1	0.628	85,70%	75,26%
CC17	1	0.693	96,95%	89,31%	CC56	1	0.362	50,38%	43,08%
CC18	1	0.752	95,59%	92,17%	CC57	1	0.735	90,52%	87,10%
CC19	1	0.778	96,59%	91,55%	CC58	1	0.745	90,28%	88,81%
CC20	1	0.715	83,59%	82,61%	CC59	1	0.586	77,63%	73,45%
CC21	1	0.806	92,14%	91,73%	CC60	1	0.554	71,70%	64,71%
CC22	1	0.807	89,80%	88,00%	CC61	1	0.721	96,89%	94,88%
CC23	1	0.801	92,09%	91,76%	CC62	1	0.524	86,61%	68,44%
CC24	1	0.838	94,75%	93,87%	CC63	1	0.621	80,84%	74,20%
CC25	1	0.766	92,24%	89,84%	CC64	1	0.719	86,80%	86,09%
CC26	1	0.795	97,54%	94,31%	CC65	1	0.871	97,98%	95,26%
CC27	1	0.616	91,76%	81,21%	CC66	1	0.769	92,78%	83,03%
CC28	1	0.820	93,74%	92,78%	CC67	1	0.815	93,68%	92,56%

Num	Variation initiale	Variation extrate	% par rapport aux 18 composantes	% par rapport aux 77 composantes	Num	Variation initiale	Variation extrate	% par rapport aux 18 composantes	% par rapport aux 77 composantes
CC29	1	0.836	98.24%	92.76%	CC68	1	0.786	90.08%	86.62%
CC30	1	0.674	85.54%	77.92%	CC69	1	0.656	90.29%	86.92%
CC31	1	0.873	98.31%	97.69%	CC70	1	0.725	93.40%	81.55%
CC32	1	0.745	90.88%	89.80%	CC71	1	0.590	87.89%	67.50%
CC33	1	0.830	95.52%	93.47%	CC72	1	0.637	77.87%	75.38%
CC34	1	0.757	90.56%	87.23%	CC73	1	0.644	84.91%	71.93%
CC35	1	0.811	95.22%	88.42%	CC74	1	0.763	85.76%	85.64%
CC36	1	0.773	89.64%	87.92%	CC75	1	0.835	95.43%	93.76%
CC37	1	0.824	98.68%	94.25%	CC76	1	0.681	79.98%	77.90%
CC38	1	0.858	98.15%	97.49%	CC77	1	0.764	88.35%	84.25%
CC39	1	0.597	79.50%	74.46%					

Annexe 18 : Positionnement des variables sur la composante 1 de l'ACP 2.

Interprétation: + Moyens (Macro - Més) - Burs (Micro)

Num	Libellé	Comp 1	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne	Axe Extremes Moyen -burs
CC54	l'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.75	0.56	6.29%	E	M
CC77	l'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0.67	0.45	5.09%	E	M
CC29	une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	0.67	0.44	5.00%	E	M
CC08	l'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	0.56	0.31	3.53%	I	B
CC37	l'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	0.56	0.31	3.51%	I	B
CC30	l'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M.S.	0.54	0.30	3.34%	I	B
CC20	l'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	0.54	0.30	3.33%	E	B
CC38	l'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	0.54	0.29	3.30%	I	B
CC12	l'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi du malade à travers le temps.	0.54	0.29	3.26%	I	B
CC11	l'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	0.49	0.24	2.72%	I	B
CC16	la capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	0.46	0.22	2.43%	E	M
CC06	l'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0.42	0.18	2.00%	E	B
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0.42	0.18	1.98%	E	M
CC70	l'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	0.40	0.16	1.79%	E	M
CC22	la capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	0.33	0.11	1.21%	E	M
CC31	l'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	0.33	0.11	1.20%	E	M
CC21	l'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	0.32	0.10	1.18%	E	B
CC60	l'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0.30	0.09	1.01%	I	B
CC53	une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0.30	0.09	1.00%	E	M
CC57	l'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0.28	0.08	0.87%	E	M
CC04	l'existence d'un plan directeur financier au niveau du M.S.	0.28	0.08	0.86%	E	M
CC43	l'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	0.27	0.07	0.81%	E	M
CC10	la capacité du M.S. à définir des protocoles de soins.	0.26	0.07	0.78%	I	B
CC69	l'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	0.26	0.07	0.75%	E	B
CC19	Des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0.25	0.06	0.72%	E	M
CC18	le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	0.25	0.06	0.71%	E	M
CC64	la capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	0.25	0.06	0.70%	E	M
CC05	la capacité du M.S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0.23	0.05	0.58%	E	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de formation aux travailleurs du système de SSP.	0.19	0.04	0.42%	E	M
CC66	le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0.15	0.02	0.24%	I	B
CC07	l'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	0.15	0.02	0.24%	E	B

Indicateur	Comp 1	Cos carés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interrel/Interne	Axe Moyenhubs
CC34	0.12	0.01	0.16%	E	M
CC63	0.12	0.01	0.16%	E	M
CC02	0.12	0.01	0.15%	E	M
CC68	0.11	0.01	0.14%	I	B
CC28	0.09	0.01	0.09%	I	M
CC65	0.07	0.01	0.06%	E	B
CC25	0.07	0.00	0.05%	I	B
CC03	0.02	0.00	0.01%	E	M
CC75	0.02	0.00	0.00%	E	M
CC26	-0.02	0.00	0.00%	I	B
CC32	-0.04	0.00	0.02%	E	M
CC36	-0.05	0.00	0.03%	E	B
CC55	-0.05	0.00	0.03%	E	M
CC47	-0.06	0.00	0.04%	E	B
CC74	-0.06	0.00	0.04%	I	B
CC48	-0.10	0.01	0.11%	E	B
CC13	-0.11	0.01	0.13%	I	M
CC58	-0.13	0.01	0.19%	E	B
CC49	-0.14	0.02	0.23%	I	B
CC23	-0.16	0.03	0.30%	E	M
CC46	-0.18	0.03	0.37%	E	M
CC33	-0.21	0.04	0.49%	E	M
CC71	-0.22	0.05	0.55%	E	M
CC39	-0.22	0.05	0.56%	E	M
CC56	-0.22	0.05	0.56%	E	M
CC72	-0.22	0.05	0.57%	E	M
CC27	-0.23	0.05	0.57%	I	M
CC61	-0.23	0.05	0.58%	I	B
CC73	-0.23	0.05	0.62%	E	M
CC15	-0.24	0.06	0.67%	I	M
CC42	-0.25	0.06	0.70%	I	M

Article	Comp 1	Cos cartés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique		
				Axe Interne-Externe	Axe Moyen bus	
CC40	Les stratégies assurent que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	-0.25	0.06	0.70%	I	M
CC62	La capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0.29	0.08	0.93%	I	M
CC50	La capacité du M.S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0.31	0.10	1.08%	I	B
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	-0.31	0.10	1.10%	I	B
CC59	Un cadre réglementaire basant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0.34	0.11	1.29%	E	M
CC01	La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	-0.38	0.14	1.60%	I	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	-0.42	0.17	1.95%	I	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	-0.42	0.17	1.96%	E	M
CC44	La capacité de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0.42	0.18	1.98%	E	M
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	-0.47	0.22	2.44%	E	M
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	-0.49	0.24	2.68%	I	B
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	-0.57	0.33	3.68%	I	B
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	-0.63	0.40	4.53%	E	B
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	-0.66	0.43	4.89%	E	B

Annexe 19 : Positionnement des variables sur la composante 2 de l'ACP 2.

Interprétation: + Externe (Planification - Programmation) -Interne (Contrôle - Régulation)

Indicateur	Comp 2	Cos cartés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique		
				Axe Interne/Externe	Axe Moyen buts	
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M.S. pour rendre les services accessibles à la population.	0,76	0,57	7,08%	I	B
CC19	Des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0,65	0,43	5,27%	E	M
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0,59	0,35	4,33%	E	M
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	0,58	0,34	4,22%	E	B
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques essentielles.	0,56	0,31	3,85%	E	M
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0,56	0,31	3,82%	E	B
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	0,50	0,25	3,13%	E	M
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0,50	0,25	3,10%	I	B
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	0,50	0,25	3,06%	E	B
CC33	La capacité du M.S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	0,44	0,19	2,40%	E	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	0,39	0,15	1,91%	I	B
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	0,38	0,14	1,78%	I	B
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	0,36	0,13	1,62%	E	M
CC25	L'existence de directives précises pour réduire le temps d'attente.	0,35	0,12	1,53%	I	B
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0,34	0,11	1,40%	I	B
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0,30	0,09	1,10%	I	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0,27	0,08	0,93%	E	M
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0,27	0,07	0,89%	I	B
CC01	La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	0,24	0,06	0,70%	I	M
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	0,23	0,05	0,66%	E	M
CC10	La capacité du M.S. à définir des protocoles de soins.	0,23	0,05	0,65%	I	B
CC50	La capacité du M.S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	0,21	0,04	0,55%	I	B
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0,21	0,04	0,54%	E	M
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	0,20	0,04	0,50%	I	B
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,20	0,04	0,49%	E	M
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0,20	0,04	0,48%	I	B
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0,20	0,04	0,48%	E	M
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0,19	0,04	0,47%	E	B
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	0,19	0,04	0,46%	E	B
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0,18	0,03	0,40%	E	B
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M.S.	0,18	0,03	0,38%	E	M

				Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne/externe	Axe Moyen bus
CC03	L'existence de stratégies pour améliorer une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0,12	0,01	E	M
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	0,11	0,01	I	M
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	0,08	0,01	I	B
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0,07	0,01	I	B
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0,06	0,00	E	M
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0,04	0,00	E	M
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	0,03	0,00	I	B
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	0,03	0,00	E	B
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	-0,02	0,00	E	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.	-0,02	0,00	E	B
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0,06	0,00	E	M
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0,06	0,00	E	M
CC29	L'existence d'une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0,07	0,01	E	M
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0,09	0,01	E	M
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0,09	0,01	I	B
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	-0,11	0,01	E	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	-0,13	0,02	E	M
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0,13	0,02	I	B
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	-0,14	0,02	E	B
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	-0,15	0,02	E	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'inscrire aux travailleurs du système de SSP.	-0,16	0,02	E	M
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0,16	0,03	E	M
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour figer des questions d'équité.	-0,16	0,03	E	B
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S.pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0,17	0,03	E	M
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	-0,17	0,03	I	B
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	-0,17	0,03	I	B
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	-0,17	0,03	E	B
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	-0,18	0,03	I	M
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	-0,19	0,03	E	M
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	-0,20	0,04	E	M
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	-0,21	0,04	E	M
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	-0,21	0,04	E	B

	Axe	Positionnement sur le modèle théorique				
		Axe Interne/Externe	Axe Moyen buts			
CC36	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour obtenir l'adhésion des pairs, politiques et autres regroupements de la société civile.	Comp 2	Cos carrés	Contribution		
CC59	Un cadre réglementaire liant aux travailleurs du système de SSP de la Haute dans le mode d'exécution du travail.	-0,24	0,06	0,73%	E	N
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	-0,26	0,07	0,83%	E	N
CC26	Existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui requièrent des services à des endroits différents.	-0,28	0,08	0,97%	I	N
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	-0,31	0,10	1,18%	I	B
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système de SSP après des médias.	-0,37	0,14	1,69%	E	N
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	-0,40	0,16	1,96%	I	N
CC15	Le capacité du M.S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	-0,42	0,17	2,14%	E	N
CC42	Le capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	-0,43	0,18	2,23%	I	N
CC46	L'existence d'une structure chargée de répéter et développer les nouveautés technologiques.	-0,46	0,21	2,64%	I	N
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	-0,46	0,21	2,65%	E	N
CC62	La capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0,46	0,21	2,65%	I	N
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0,57	0,32	3,96%	I	N
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	-0,58	0,33	4,11%	I	N
		-0,62	0,39	4,82%	E	N
		-0,65	0,42	5,15%	E	N

Annexe 20 : Positionnement des variables sur la composante 3 de l'ACP 2.

Interprétation: + Moyens (Alacro - Néso) - Buts (Alacro)

				Positionnement sur le modèle théorique		
		Comp 3	Cos carrés	Contribution	Axe Interne	Axe Moyen buts
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	0.59	0.34	5.97%	E	M
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	0.56	0.31	5.41%	I	M
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	0.53	0.28	4.86%	I	B
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0.48	0.24	4.09%	I	B
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0.45	0.21	3.58%	E	M
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	0.41	0.17	2.87%	E	M
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0.41	0.16	2.87%	E	M
CC21	L'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	0.38	0.15	2.56%	E	B
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	0.35	0.13	2.18%	E	M
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M.S.	0.32	0.10	1.75%	E	M
CC10	La capacité du M.S. à définir des protocoles de soins.	0.31	0.10	1.72%	I	B
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0.31	0.10	1.67%	E	M
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0.30	0.09	1.54%	E	B
CC33	La capacité du M.S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	0.30	0.09	1.53%	E	M
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0.28	0.08	1.35%	E	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.	0.26	0.07	1.19%	E	B
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0.26	0.07	1.18%	E	M
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0.26	0.07	1.17%	I	B
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	0.20	0.04	0.70%	I	B
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	0.18	0.03	0.58%	I	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0.18	0.03	0.56%	E	M
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M.S.	0.18	0.03	0.55%	I	B
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0.13	0.02	0.28%	E	M
CC15	La capacité du M.S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0.12	0.01	0.26%	I	M
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif en clinique du système de soins de travailler en équipe.	0.12	0.01	0.23%	I	B
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	0.10	0.01	0.18%	E	M
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0.09	0.01	0.15%	E	B
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0.08	0.01	0.11%	E	M
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.08	0.01	0.10%	I	B
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	0.08	0.01	0.10%	E	M

	Axe	Positionnement sur le modèle théorique				
		Interne	Externe			
			Moyen buts			
CC03	l'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0,07	0,01	0,10%	E	M
CC31	l'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	0,07	0,01	0,09%	E	M
CC58	la capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	0,07	0,01	0,09%	E	B
CC60	l'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0,07	0,00	0,08%	I	B
CC26	l'existence de stratégies pour assurer un enrôlement dans le suivi des malades qui requiert des services à des endroits différents.	0,05	0,00	0,04%	I	B
CC71	une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0,05	0,00	0,04%	E	M
CC14	des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0,04	0,00	0,02%	E	M
CC23	l'existence d'une stratégie claire du M.S. pour rendre les services accessibles à la population.	0,03	0,00	0,02%	I	B
CC37	l'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	0,03	0,00	0,01%	I	B
CC08	l'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	0,02	0,00	0,01%	I	B
CC73	la capacité du M.S. à améliorer les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	0,01	0,00	0,00%	E	M
CC62	la capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0,02	0,00	0,01%	I	M
CC02	la capacité du M.S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	-0,04	0,00	0,03%	E	M
CC35	l'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	-0,04	0,00	0,03%	E	B
CC13	l'existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	-0,05	0,00	0,04%	I	M
CC18	le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	-0,05	0,00	0,04%	E	M
CC70	l'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	-0,05	0,00	0,04%	E	M
CC42	la capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	-0,07	0,00	0,08%	I	M
CC39	des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	-0,07	0,00	0,09%	E	M
CC63	un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0,12	0,01	0,25%	E	M
CC49	les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	-0,16	0,03	0,46%	I	M
CC27	l'existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	-0,17	0,03	0,49%	I	M
CC11	l'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	-0,18	0,03	0,54%	I	B
CC52	la capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	-0,18	0,03	0,56%	I	B
CC05	la capacité du M.S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0,18	0,03	0,57%	E	M
CC55	des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	-0,19	0,03	0,61%	E	M
CC20	l'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0,21	0,04	0,74%	E	B
CC29	une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0,21	0,05	0,79%	E	M
CC19	des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	-0,21	0,05	0,80%	E	M
CC41	des mesures assurant des possibilités de formation aux travailleurs du système de SSP.	-0,23	0,05	0,93%	E	M
CC40	les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se consultent en accord avec les lois et règlements du système.	-0,23	0,05	0,93%	I	M
CC51	l'existence de directives précises pour les horaires de services.	-0,24	0,06	0,99%	I	B

	Axe	Positionnement sur le modèle théorique	
		Interne/Externe	Axe Moyens buts
	Aléale		
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	Comp 3	Cos cartés
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	-0.24	0.06
CC59	Un cadre réglementaire liant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0.25	0.06
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	-0.26	0.07
CC01	L'existence d'une politique nationale en matière de dépense et d'interventions précoces.	-0.27	0.07
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépense et d'interventions précoces.	-0.30	0.09
CC64	L'existence d'une structure chargée de répéter et d'évaluer les nouvelles technologies.	-0.30	0.09
CC46	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	-0.30	0.12
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	-0.35	0.12
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	-0.35	0.12
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0.36	0.13
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	-0.37	0.14
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	-0.44	0.19
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	-0.46	0.21
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0.62	0.39
		-0.62	6.79%

Annexe 21 : Positionnement des variables sur la composante 4 de l'ACP 2.

Interprétation: + Buts (Micro) - Moyens (Macro - Mésos)

Variable	Comp 4	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne	Axe Moyen Buts
CC13	0.60	0.36	6.87%	I	M
CC36	0.58	0.34	6.50%	E	B
CC51	0.49	0.24	4.50%	I	B
CC18	0.42	0.18	3.39%	E	M
CC20	0.41	0.16	3.13%	E	B
CC17	0.35	0.12	2.35%	E	M
CC15	0.35	0.12	2.30%	I	M
CC24	0.33	0.11	2.11%	I	B
CC03	0.29	0.08	1.61%	E	M
CC04	0.28	0.08	1.50%	E	M
CC26	0.27	0.07	1.39%	I	B
CC07	0.26	0.07	1.26%	E	B
CC60	0.26	0.07	1.25%	I	B
CC25	0.21	0.05	0.87%	I	B
CC64	0.21	0.04	0.82%	E	M
CC73	0.20	0.04	0.76%	E	M
CC11	0.20	0.04	0.73%	I	B
CC06	0.18	0.03	0.62%	E	B
CC48	0.18	0.03	0.60%	E	B
CC33	0.17	0.03	0.56%	E	M
CC45	0.17	0.03	0.54%	E	M
CC65	0.17	0.03	0.53%	E	B
CC70	0.15	0.02	0.45%	E	M
CC57	0.15	0.02	0.43%	E	M
CC14	0.14	0.02	0.39%	E	M
CC19	0.14	0.02	0.38%	E	M
CC49	0.14	0.02	0.35%	I	M
CC35	0.13	0.02	0.30%	E	B
CC46	0.12	0.01	0.29%	E	M

	Indicateur	Comp 4	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne	Axe Moyen buts
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M.S.	0.11	0.01	0.24%	I	B
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0.10	0.01	0.19%	E	M
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M.S. pour rendre les services accessibles à la population.	0.10	0.01	0.17%	I	B
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.09	0.01	0.17%	E	M
CC10	La capacité du M.S. à définir des protocoles de soins.	0.09	0.01	0.14%	I	B
CC02	La capacité du M.S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	0.07	0.00	0.09%	E	M
CC01	La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	0.06	0.00	0.08%	I	M
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	0.06	0.00	0.07%	I	B
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	0.05	0.00	0.05%	E	M
CC62	La capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	0.04	0.00	0.03%	I	M
CC27	L'existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	0.02	0.00	0.01%	I	M
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	0.00	0.00	0.00%	E	M
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	0.00	0.00	0.00%	E	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	-0.01	0.00	0.00%	I	B
CC21	L'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	-0.02	0.00	0.01%	E	B
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	-0.05	0.00	0.05%	E	M
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	-0.06	0.00	0.06%	I	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	-0.07	0.01	0.10%	E	M
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0.07	0.01	0.10%	E	M
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0.07	0.01	0.11%	E	M
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	-0.09	0.01	0.14%	E	B
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	-0.10	0.01	0.19%	I	B
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	-0.10	0.01	0.19%	I	M
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	-0.11	0.01	0.25%	I	B
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0.13	0.02	0.30%	I	B
CC22	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0.17	0.03	0.58%	E	M
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0.19	0.04	0.67%	E	M
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	-0.19	0.04	0.68%	I	B
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	-0.21	0.04	0.85%	E	M
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	-0.22	0.05	0.91%	E	M

	Axe	Positionnement sur le modèle théorique				
		Interne/Externe	Moyen buts			
CC39	Éthique	Comp 4	Cos cartes	Contribution		
	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	-0,22	0,05	0,96%	E	M
CC53	Une politique visant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	-0,23	0,05	1,02%	E	M
CC50	La capacité du M.S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0,25	0,06	1,18%	I	B
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	-0,26	0,07	1,27%	E	M
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour obtenir l'adhésion des parts politiques et autres regroupements de la société civile.	-0,27	0,07	1,41%	E	M
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	-0,27	0,08	1,44%	E	B
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	-0,28	0,08	1,50%	I	M
CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	-0,29	0,08	1,55%	I	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'inscrire aux travailleurs du système de SSP.	-0,30	0,09	1,73%	E	M
CC05	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0,32	0,10	1,99%	E	M
CC31	L'existence d'un procédé manquant de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0,34	0,11	2,15%	E	M
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	-0,37	0,14	2,59%	E	M
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	-0,38	0,14	2,74%	E	B
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	-0,42	0,17	3,29%	I	B
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0,45	0,20	3,86%	E	B
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	-0,52	0,27	5,11%	I	B
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	-0,56	0,31	5,99%	E	M
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	-0,61	0,37	6,98%	I	B

Annexe 22 : Positionnement des variables sur la composante 5 de l'ACP 2.

Interprétation: + Interne (Contrôle - Régulation) - Externe (Planification - Programmation)

libellé	Comp 5	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne/Externe	Axe Moyen buts
CC02 La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	0,66	0,44	9,83%	E	M
CC75 L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0,57	0,33	7,41%	E	M
CC26 L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents	0,51	0,27	5,97%	I	B
CC34 L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0,40	0,16	3,65%	E	M
CC71 Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0,40	0,16	3,61%	E	M
CC03 L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0,39	0,16	3,51%	E	M
CC05 La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0,35	0,12	2,75%	E	M
CC69 L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	0,31	0,09	2,12%	E	B
CC60 L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0,30	0,09	2,08%	I	B
CC07 L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	0,30	0,09	1,99%	E	B
CC11 L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	0,30	0,09	1,98%	I	B
CC53 Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0,29	0,09	1,94%	E	M
CC45 La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	0,26	0,07	1,55%	E	M
CC42 Le capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	0,24	0,06	1,29%	I	M
CC57 L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0,24	0,06	1,28%	E	M
CC41 Des mesures assurant des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.	0,23	0,05	1,20%	E	M
CC72 La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0,23	0,05	1,16%	E	M
CC28 Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	0,23	0,05	1,15%	I	M
CC04 L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	0,22	0,05	1,07%	E	M
CC22 La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	0,21	0,04	0,99%	E	M
CC67 L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0,20	0,04	0,94%	E	B
CC46 L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouvelles technologies.	0,19	0,04	0,82%	E	M
CC36 L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0,19	0,04	0,81%	E	B
CC48 L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités, au sein de la population sur le plan de la santé.	0,18	0,03	0,71%	E	B
CC23 L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	0,17	0,03	0,64%	I	B
CC73 La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards précédents.	0,15	0,02	0,51%	E	M
CC15 Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0,14	0,02	0,44%	I	M
CC66 Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0,11	0,01	0,28%	I	B
CC47 L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0,10	0,01	0,24%	E	B

				Positionnement sur le modèle théorique		
				Axe Interne	Axe Moyen buts	
	Jahelle					
CC19	Des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	Comp 5	Cos carres	Contribution	E	N
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'ère humaine).	0.10	0.01	0.23%	I	B
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.10	0.01	0.23%	I	B
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	0.06	0.00	0.08%	I	B
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.05	0.00	0.06%	E	N
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'investissement des locaux.	0.04	0.00	0.04%	E	N
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	0.03	0.00	0.02%	E	N
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	0.03	0.00	0.01%	E	N
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	-0.02	0.00	0.01%	E	N
CC62	La capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0.03	0.00	0.02%	E	N
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	-0.03	0.00	0.02%	I	N
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0.03	0.00	0.02%	E	N
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	-0.03	0.00	0.03%	I	B
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	-0.03	0.00	0.03%	I	B
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0.04	0.00	0.03%	I	B
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	-0.05	0.00	0.05%	E	N
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	-0.05	0.00	0.06%	E	N
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	-0.06	0.00	0.07%	I	B
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	-0.07	0.00	0.10%	I	B
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	-0.07	0.01	0.12%	I	B
CC13	L'existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	-0.08	0.01	0.13%	I	B
CC50	La capacité du M.S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0.08	0.01	0.13%	I	B
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0.08	0.01	0.14%	I	B
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0.11	0.01	0.25%	E	N
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0.11	0.01	0.25%	I	B
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	-0.12	0.01	0.30%	E	B
CC01	La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	-0.12	0.01	0.33%	E	B
CC33	La capacité du M.S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	-0.13	0.02	0.40%	I	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	-0.14	0.02	0.43%	E	M
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se coordonnent en accord avec les lois et règlements du système.	-0.14	0.02	0.45%	E	M
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	-0.15	0.02	0.46%	I	M
				0.50%	E	B

	Description	Comp 5	Cos entres	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne/Externe	Axe Moyen bus
	Idéalité					
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	-0.17	0.03	0.64%	I	B
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	-0.17	0.03	0.68%	I	B
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0.18	0.03	0.74%	E	M
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	-0.19	0.04	0.81%	E	M
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	-0.19	0.04	0.83%	E	B
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0.20	0.04	0.88%	E	B
CC27	L'existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	-0.21	0.04	0.98%	I	M
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0.21	0.05	1.04%	E	M
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	-0.24	0.06	1.26%	E	M
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	-0.26	0.07	1.49%	I	B
CC49	Des stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	-0.27	0.07	1.66%	I	M
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	-0.28	0.08	1.72%	E	B
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	-0.34	0.11	2.59%	E	M
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	-0.38	0.15	3.33%	I	B
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	-0.40	0.16	3.53%	E	M
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	-0.44	0.19	4.38%	E	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	-0.54	0.29	6.51%	E	M

Annexe 23 : Positionnement des variables sur la composante 6 de l'ACP 2.

Interprétation: + Buts (Micro) - Moyens (Macro - Mésos)

	Définition	Comp 6	Cos cartés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne/Externe	Axe Moyen buts
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	0.50	0.25	6.54%	I	B
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	0.50	0.25	6.41%	I	B
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	0.37	0.13	3.44%	E	B
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0.34	0.12	3.03%	E	B
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	0.34	0.11	2.94%	I	M
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	0.34	0.11	2.92%	I	M
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M.S.	0.32	0.10	2.67%	I	B
CC33	La capacité du M.S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	0.31	0.09	2.40%	E	M
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0.28	0.08	2.08%	E	M
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.26	0.07	1.80%	I	B
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'inscrire aux travailleurs du système de SSP.	0.26	0.07	1.74%	E	M
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enrôlement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.	0.25	0.06	1.64%	I	B
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	0.25	0.06	1.56%	E	M
CC02	La capacité du M.S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	0.22	0.05	1.29%	E	M
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0.21	0.05	1.19%	I	B
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	0.20	0.04	1.08%	I	B
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	0.20	0.04	0.98%	E	B
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.17	0.03	0.77%	E	M
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	0.17	0.03	0.72%	I	M
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0.16	0.03	0.65%	I	B
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0.14	0.02	0.52%	E	B
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0.14	0.02	0.49%	E	B
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0.13	0.02	0.47%	E	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0.12	0.01	0.35%	E	M
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	0.12	0.01	0.34%	E	M
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	0.11	0.01	0.32%	I	M
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0.10	0.01	0.28%	E	M
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0.09	0.01	0.21%	E	M
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	0.09	0.01	0.21%	I	B

	Justific	Comp 6	Cos carres	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne/Extérieure	Axe Moyen buts
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	0,09	0,01	0,19%	I	B
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	0,08	0,01	0,15%	E	N
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0,06	0,00	0,10%	E	B
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0,06	0,00	0,08%	I	B
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	0,06	0,00	0,08%	E	N
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0,05	0,00	0,08%	E	N
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	0,05	0,00	0,07%	I	N
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0,05	0,00	0,06%	I	B
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le surti du malade à travers le temps.	0,04	0,00	0,05%	I	B
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	0,04	0,00	0,04%	E	N
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0,02	0,00	0,01%	E	N
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0,02	0,00	0,01%	I	B
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,01	0,00	0,00%	E	N
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	0,01	0,00	0,00%	I	B
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	-0,02	0,00	0,01%	E	N
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	-0,02	0,00	0,01%	E	N
CC01	La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	-0,03	0,00	0,02%	I	N
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	-0,03	0,00	0,03%	E	B
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	-0,03	0,00	0,03%	E	N
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0,04	0,00	0,05%	E	N
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	-0,04	0,00	0,05%	I	B
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	-0,06	0,00	0,10%	E	B
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualité prédéfinis.	-0,08	0,01	0,16%	E	N
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0,09	0,01	0,21%	E	B
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0,11	0,01	0,32%	I	B
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	-0,11	0,01	0,32%	I	B
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0,12	0,01	0,36%	I	B
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la technologie de leur profession.	-0,12	0,01	0,37%	I	M
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouvelles technologies.	-0,14	0,02	0,52%	E	M
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	-0,15	0,02	0,55%	E	M
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	-0,18	0,03	0,82%	E	M

	Qualité	Comp 6	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne/Extérieure	Axe Moyen/buis
CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	-0.19	0.04	0.97%	I	M
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0.21	0.04	1.10%	E	M
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	-0.22	0.05	1.24%	I	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	-0.24	0.06	1.47%	E	M
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	-0.24	0.06	1.54%	E	M
CC05	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0.26	0.07	1.70%	E	M
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	-0.26	0.07	1.77%	E	M
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0.28	0.08	2.01%	E	M
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0.29	0.08	2.11%	E	B
CC19	Des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	-0.32	0.10	2.67%	E	M
CC21	L'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	-0.35	0.12	3.20%	E	B
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0.38	0.14	3.69%	E	M
CC15	La capacité du M.S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	-0.39	0.15	3.94%	I	M
CC22	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0.39	0.15	3.99%	E	M
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	-0.41	0.17	4.27%	E	B
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0.41	0.17	4.36%	E	M
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	-0.49	0.24	6.10%	E	M

Annexe 24 : Positionnement des variables sur la composante 7 de l'ACP 2.

Interprétation: + Externe (Planification - Programmation) - Interne (Contrôle - Régulation).

Indicateur	Comp 7	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique		
				Axe Interne/Externe	Axe Moyen bus	
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'inscrire aux travailleurs du système de SSP.	0,56	0,31	9,74%	E	M
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0,55	0,31	9,56%	E	M
CC01	La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	0,43	0,19	5,83%	I	M
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	0,40	0,16	4,97%	I	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0,38	0,15	4,61%	E	M
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M.S.	0,32	0,10	3,12%	E	M
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0,29	0,08	2,61%	E	M
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	0,28	0,08	2,50%	E	M
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0,28	0,08	2,45%	E	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	0,27	0,07	2,31%	E	B
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,26	0,07	2,14%	E	M
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0,22	0,05	1,52%	E	M
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	0,19	0,04	1,13%	I	B
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	0,19	0,04	1,10%	E	M
CC49	Des stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	0,14	0,02	0,60%	I	M
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0,14	0,02	0,59%	E	B
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0,12	0,01	0,43%	E	M
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0,12	0,01	0,43%	I	B
CC42	Le capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	0,12	0,01	0,42%	I	M
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	0,11	0,01	0,37%	I	M
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0,10	0,01	0,34%	E	B
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0,10	0,01	0,30%	E	M
CC15	Le capacité du M.S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0,10	0,01	0,29%	I	M
CC19	Des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0,09	0,01	0,24%	E	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	0,07	0,01	0,17%	I	B
CC22	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	0,07	0,01	0,16%	E	M
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	0,06	0,00	0,12%	I	B
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	0,06	0,00	0,10%	E	M
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0,04	0,00	0,04%	E	M

	Indicateur	Comp 7	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne/Externe	Axe Moyen buts
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0,04	0,00	0,04%	E	N
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	0,03	0,00	0,03%	I	B
CC50	La capacité du M. S. à approcher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	0,03	0,00	0,03%	I	B
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0,03	0,00	0,03%	I	B
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	0,03	0,00	0,02%	E	N
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	0,03	0,00	0,02%	I	N
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualité préétablis.	0,02	0,00	0,02%	E	N
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0,02	0,00	0,01%	E	B
CC65	L'existence d'une politique nationale de dépistage et d'interventions précoces.	0,01	0,00	0,01%	E	B
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0,00	0,00	0,00%	E	B
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0,00	0,00	0,00%	E	N
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	0,00	0,00	0,00%	E	N
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	0,00	0,00	0,00%	E	N
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	-0,02	0,00	0,01%	I	B
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0,02	0,00	0,01%	I	N
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	-0,02	0,00	0,02%	I	B
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0,03	0,00	0,02%	E	B
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	-0,03	0,00	0,03%	E	N
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	-0,04	0,00	0,05%	E	N
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0,04	0,00	0,05%	E	B
CC46	L'existence d'une structure chargée de répéter et d'évaluer les nouveautés technologiques.	-0,05	0,00	0,07%	E	N
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	-0,06	0,00	0,10%	E	B
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	-0,06	0,00	0,11%	I	B
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0,07	0,00	0,15%	I	B
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	-0,09	0,01	0,24%	E	B
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	-0,09	0,01	0,25%	E	N
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	-0,09	0,01	0,26%	I	B
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	-0,12	0,02	0,48%	I	B
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0,13	0,02	0,52%	E	N
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reportent des services à des endroits différents.	-0,13	0,02	0,53%	I	B
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	-0,13	0,02	0,54%	E	M

	Indicateur	Comp 7	Cos cartés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Interne/Externe	Axe Moyen bus
CC60	l'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	-0.14	0.02	0.62%	I	B
CC08	l'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0.14	0.02	0.63%	I	B
CC18	le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	-0.14	0.02	0.65%	E	M
CC63	un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0.15	0.02	0.69%	E	M
CC67	l'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	-0.16	0.03	0.82%	E	B
CC16	la capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0.17	0.03	0.89%	E	M
CC59	la cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0.20	0.04	1.25%	E	M
CC23	l'existence d'une stratégie clinique du M.S. pour rendre les services accessibles à la population.	-0.20	0.04	1.27%	I	B
CC61	le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	-0.22	0.05	1.56%	I	B
CC30	l'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M.S.	-0.23	0.05	1.65%	I	B
CC21	l'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	-0.24	0.06	1.84%	E	B
CC64	la capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires prévues.	-0.27	0.07	2.31%	E	M
CC40	des stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	-0.31	0.10	2.98%	I	M
CC73	la capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0.31	0.10	3.04%	E	M
CC75	l'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	-0.36	0.13	4.05%	E	M
CC44	l'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0.44	0.19	6.05%	E	M
CC11	l'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	-0.50	0.25	7.87%	I	B

Annexe 25 : Positionnement des variables sur la composante 8 de l'ACP 2.

Interprétation: + Buts (Micro) - Moyens (Macro - Méso)

Libelle	Comp 8	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne Externe	Axe Moyen buts
CC21 L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	0.46	0.21	7,09%	E	B
CC36 L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0.41	0.16	5,56%	E	B
CC07 L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	0.38	0.15	5,00%	E	B
CC66 Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0.33	0.11	3,75%	I	B
CC12 L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	0.33	0.11	3,68%	I	B
CC14 Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0.32	0.11	3,56%	E	M
CC61 Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0.30	0.09	3,07%	I	B
CC11 L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	0.25	0.06	2,15%	I	B
CC67 L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0.25	0.06	2,13%	E	B
CC09 Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0.24	0.06	1,99%	I	B
CC71 Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0.24	0.06	1,98%	E	M
CC41 Des mesures assurant des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.	0.21	0.04	1,51%	E	M
CC48 L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0.19	0.04	1,22%	E	B
CC04 L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	0.19	0.03	1,17%	E	M
CC68 Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.18	0.03	1,04%	I	B
CC72 La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0.16	0.03	0,87%	E	M
CC10 La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	0.15	0.02	0,74%	I	B
CC40 Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	0.14	0.02	0,64%	I	M
CC26 L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.	0.13	0.02	0,61%	I	B
CC15 Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0.13	0.02	0,60%	I	M
CC06 L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0.13	0.02	0,57%	E	B
CC54 L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.12	0.02	0,53%	E	M
CC63 Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	0.12	0.01	0,49%	E	M
CC19 Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0.12	0.01	0,48%	E	M
CC45 La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	0.11	0.01	0,38%	E	M
CC47 L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0.10	0.01	0,34%	E	B
CC50 La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	0.09	0.01	0,29%	I	B
CC55 Des mesures adaptant l'emploi, au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	0.08	0.01	0,24%	E	M
CC17 L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	0.08	0.01	0,24%	E	M

Libellé	Comp 8	Cos carrés	Contribution	Axe Interne Externe	Axe Moyen bus
CC16 La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	0,07	0,00	0,14%	E	M
CC25 L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	0,06	0,00	0,12%	I	B
CC70 L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	0,06	0,00	0,11%	E	M
CC03 L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0,04	0,00	0,06%	E	M
CC77 L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,04	0,00	0,05%	E	M
CC65 L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	0,03	0,00	0,04%	E	B
CC57 L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0,02	0,00	0,02%	E	M
CC52 La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	0,02	0,00	0,01%	I	B
CC30 L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	0,02	0,00	0,01%	I	B
CC39 Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	0,02	0,00	0,01%	E	M
CC27 L'existence de stratégies destinées à faire connaître au travailleur du système les règles professionnelles de leurs collègues.	0,01	0,00	0,01%	I	M
CC56 L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0,01	0,00	0,00%	E	M
CC49 Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	-0,01	0,00	0,00%	I	M
CC58 La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0,05	0,00	0,09%	E	B
CC13 L'existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	-0,05	0,00	0,09%	I	M
CC74 La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	-0,06	0,00	0,11%	I	B
CC35 L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	-0,06	0,00	0,14%	E	B
CC62 La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0,08	0,01	0,20%	I	M
CC43 L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	-0,08	0,01	0,20%	E	M
CC64 La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	-0,09	0,01	0,26%	E	M
CC75 L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	-0,09	0,01	0,29%	E	M
CC60 L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	-0,10	0,01	0,33%	I	B
CC02 La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	-0,10	0,01	0,35%	E	M
CC59 Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0,11	0,01	0,39%	E	M
CC42 La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	-0,11	0,01	0,44%	I	M
CC53 Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	-0,12	0,01	0,50%	E	M
CC69 L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	-0,12	0,02	0,51%	E	B
CC76 La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	-0,13	0,02	0,57%	E	M
CC44 L'existence de stratégies au niveau du M.S pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0,14	0,02	0,62%	E	M
CC23 L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	-0,14	0,02	0,64%	I	B
CC24 L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	-0,14	0,02	0,67%	I	B

Positionnement sur le modèle théorique

	Libellé	Comp 8	Cos carrés	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
					Axe Inteme Externe	Axe Moyen buts
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	-0.15	0.02	0.72%	E	M
CC22	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0.17	0.03	1.02%	E	M
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	-0.20	0.04	1.32%	E	M
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0.21	0.04	1.43%	E	M
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	-0.21	0.04	1.49%	I	B
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	-0.22	0.05	1.59%	I	M
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0.22	0.05	1.61%	E	B
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	-0.22	0.05	1.69%	E	M
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0.23	0.05	1.77%	I	B
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	-0.23	0.05	1.85%	I	B
CC01	La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	-0.25	0.06	2.08%	I	M
CC33	La capacité du M.S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	-0.27	0.07	2.51%	E	M
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0.28	0.08	2.61%	E	M
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0.30	0.09	2.98%	E	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	-0.34	0.12	3.99%	E	M
CC05	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0.42	0.17	5.90%	E	M
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	-0.44	0.19	6.57%	I	B

Annexe 26 : Positionnement des variables sur la composante 9 de l'ACP 2.

Interprétation: + Interne (Contrôle - Régulation) - Externe (Planification - Programmation).

Etiquette	Comp 9	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique		
			Axe Interne Externe	Axe Moyen buts	
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	0.50	9.44%	I	M
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	0.46	7.76%	E	M
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0.35	4.61%	E	B
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	0.30	3.33%	E	B
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	0.27	2.79%	I	B
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.26	2.43%	I	B
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	0.25	2.37%	I	M
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	0.25	2.29%	E	M
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0.23	1.94%	E	B
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	0.19	1.33%	E	M
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	0.19	1.33%	I	B
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	0.19	1.33%	I	M
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	0.18	1.25%	E	M
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0.18	1.20%	E	M
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	0.18	1.16%	I	M
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0.16	0.95%	E	M
CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0.15	0.89%	E	M
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	0.15	0.81%	I	B
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	0.15	0.80%	I	B
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0.14	0.78%	E	M
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0.14	0.75%	E	B
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	0.13	0.66%	E	B
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0.12	0.55%	E	M
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0.12	0.52%	I	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0.11	0.47%	E	M

		Comp 9	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne Externe	Axe Moyen buts
	Libellé				
CC42	L'efficacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	0.10	0.41%	I	M
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	0.10	0.35%	E	M
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	0.08	0.26%	I	M
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	0.08	0.25%	I	B
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	0.07	0.19%	E	B
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0.07	0.18%	I	B
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.07	0.17%	E	M
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	0.07	0.16%	I	B
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0.05	0.09%	E	M
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	0.04	0.07%	E	M
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	0.04	0.06%	I	B
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0.04	0.05%	E	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0.03	0.03%	E	M
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0.03	0.03%	I	B
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0.02	0.01%	E	B
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	0.01	0.00%	E	B
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	0.00	0.00%	E	B
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	-0.01	0.00%	I	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	-0.01	0.01%	E	B
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0.03	0.02%	I	B
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	-0.03	0.04%	E	M
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	-0.03	0.04%	E	M
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0.03	0.05%	E	M
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	-0.04	0.05%	E	M
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	-0.05	0.09%	E	M
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	-0.05	0.11%	E	M
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	-0.07	0.16%	E	M

	libellé	Comp 9	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne Extème	Axe Moyen buts
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	-0,07	0,18%	E	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.	-0,07	0,21%	E	M
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	-0,07	0,21%	E	B
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0,08	0,23%	E	M
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	-0,08	0,24%	E	M
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	-0,09	0,33%	I	B
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0,11	0,42%	E	M
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	-0,11	0,46%	E	B
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents	-0,13	0,66%	I	B
CC15	Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	-0,14	0,71%	I	M
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0,14	0,73%	E	M
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	-0,15	0,82%	I	B
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	-0,15	0,89%	E	M
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	-0,16	1,01%	E	M
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	-0,17	1,07%	I	M
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0,18	1,26%	E	M
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	-0,22	1,73%	E	M
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	-0,23	1,97%	I	B
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0,23	1,99%	E	M
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0,23	2,01%	E	M
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	-0,27	2,62%	E	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	-0,36	4,80%	I	B
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0,40	5,91%	I	B
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0,42	6,55%	I	B
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	-0,47	8,39%	I	B

Annexe 27 : Positionnement des variables sur la composante 10 de l'ACP 2.

Interprétation: + Externe (Planification - Programmation) - Interne (Contrôle - Régulation)

Libellé	Comp 10	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique		
			Axe Interne Extense	Axe Moyen but	
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	0.46	8.12%	E	B
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0.37	5.20%	E	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0.32	3.96%	E	M
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	0.32	3.84%	E	M
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents	0.30	3.51%	I	B
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0.25	2.44%	E	M
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	0.25	2.43%	E	M
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0.25	2.41%	E	M
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0.24	2.13%	E	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	0.24	2.12%	I	B
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.23	1.94%	I	B
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	0.20	1.57%	E	M
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	0.19	1.35%	E	B
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	0.19	1.32%	E	M
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0.19	1.31%	I	B
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	0.16	1.00%	I	B
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	0.16	0.94%	E	M
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	0.14	0.77%	I	M
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.14	0.74%	E	M
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0.12	0.55%	I	B
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0.11	0.47%	I	B
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	0.11	0.46%	E	M
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	0.11	0.43%	I	M
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	0.10	0.42%	I	B
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	0.09	0.31%	E	B

	Abelle	Comp 10	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne Extense	Axe Moyen but
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	0,08	0,24%	E	B
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveaux technologies.	0,07	0,16%	E	M
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	0,06	0,14%	E	M
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	0,05	0,10%	I	B
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0,05	0,09%	E	M
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0,05	0,08%	E	B
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0,04	0,06%	E	B
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	0,04	0,06%	I	B
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	0,03	0,04%	I	B
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S.pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	0,03	0,04%	E	M
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0,03	0,03%	E	B
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	0,02	0,02%	I	B
CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0,02	0,02%	E	M
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	0,02	0,01%	I	B
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	0,01	0,01%	E	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de structure aux travailleurs du système de SSP.	0,01	0,00%	E	M
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0,00	0,00%	E	M
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0,00	0,00%	E	M
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,00	0,00%	E	M
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	0,00	0,00%	I	B
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	-0,02	0,01%	E	M
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	-0,03	0,02%	E	M
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0,03	0,02%	E	B
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0,03	0,03%	I	M
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	-0,03	0,04%	I	M
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0,04	0,05%	I	B
CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	-0,04	0,07%	I	M

			Positionnement sur le modèle théorique		
		Comp 10	Contribution	Axe Interne Externe	Axe Moyen buts
	libelle				
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	-0,05	0,10%	I	B
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	-0,06	0,14%	E	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.	-0,07	0,19%	E	B
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0,08	0,27%	E	M
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	-0,09	0,32%	E	M
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	-0,10	0,34%	E	M
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	-0,10	0,35%	I	B
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	-0,11	0,44%	E	B
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	-0,13	0,59%	E	B
CC15	Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	-0,13	0,60%	I	M
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualité prédéfinis.	-0,13	0,65%	E	M
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	-0,14	0,74%	I	M
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0,15	0,86%	E	M
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	-0,16	0,99%	E	M
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	-0,19	1,40%	I	M
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	-0,20	1,44%	I	B
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	-0,22	1,81%	I	B
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	-0,23	2,00%	I	B
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	-0,26	2,52%	E	M
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0,29	3,22%	E	M
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	-0,30	3,34%	E	M
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0,31	3,72%	E	M
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	-0,36	5,01%	E	B
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	-0,43	6,95%	E	M
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	-0,54	10,92%	I	M

Annexe 28 : Positionnement des variables sur la composante 11 de l'ACP 2.

Interprétation: + Buts (Micro) - Moyens (Macro - Mésó)

Label	Comp 11	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
			Axe Interne Extérieure	Axe Moyen but
CC14	0.41	6.95%	E	M
CC18	0.37	5.64%	E	M
CC53	0.32	4.21%	E	M
CC44	0.27	2.95%	E	M
CC25	0.26	2.79%	I	B
CC48	0.24	2.39%	E	B
CC29	0.24	2.29%	E	M
CC74	0.23	2.12%	I	B
CC37	0.22	1.98%	I	B
CC54	0.21	1.82%	E	M
CC10	0.20	1.59%	I	B
CC27	0.19	1.50%	I	M
CC03	0.19	1.44%	E	M
CC19	0.18	1.38%	E	M
CC57	0.18	1.37%	E	M
CC46	0.18	1.34%	E	M
CC02	0.17	1.20%	E	M
CC09	0.17	1.17%	I	B
CC51	0.15	0.95%	I	B
CC52	0.14	0.83%	I	B
CC30	0.14	0.81%	I	B
CC23	0.14	0.77%	I	B
CC24	0.10	0.40%	I	B
CC72	0.10	0.38%	E	M
CC43	0.08	0.27%	E	M

		Comp 11	Contribution	Axe Interne Externe	Axe Moyen but
	Jibelle				
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0,08	0,27%	I	B
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	0,08	0,26%	E	M
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	0,07	0,20%	I	B
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0,06	0,15%	I	B
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	0,06	0,14%	E	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'inscrire aux travailleurs du système de SSP.	0,05	0,10%	E	M
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	0,04	0,06%	I	M
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	0,03	0,03%	E	B
CC15	Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0,03	0,03%	I	M
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'execution des programmes de SSP.	0,02	0,01%	E	M
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0,01	0,01%	E	M
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0,01	0,01%	E	B
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'execution du travail.	0,01	0,00%	E	M
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	0,00	0,00%	E	B
CC42	Le capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	0,00	0,00%	I	M
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	-0,01	0,00%	E	B
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	-0,01	0,00%	I	M
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	-0,02	0,01%	E	M
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	-0,03	0,03%	E	M
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0,03	0,04%	E	B
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.	-0,04	0,08%	I	B
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	-0,05	0,12%	E	B
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	-0,06	0,16%	I	M
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0,07	0,20%	E	M
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	-0,07	0,23%	E	B
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inadéquates dans les services de santé.	-0,08	0,24%	E	B
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0,08	0,26%	E	M

Positionnement sur le modèle théorique

		Comp 11	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne Externe	Axe Moyen buts
	Libelle				
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	-0,08	0,29%	E	M
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	-0,09	0,34%	E	M
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0,09	0,34%	I	M
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	-0,11	0,46%	E	M
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	-0,13	0,66%	E	M
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0,13	0,72%	E	B
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	-0,13	0,74%	E	M
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	-0,14	0,78%	I	M
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	-0,15	0,90%	I	M
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0,15	0,93%	E	M
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0,15	0,98%	I	B
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	-0,16	1,01%	I	B
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	-0,17	1,26%	E	M
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0,18	1,30%	I	B
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	-0,19	1,47%	E	B
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	-0,20	1,71%	E	M
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	-0,21	1,78%	I	B
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	-0,25	2,62%	E	B
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0,27	2,98%	I	B
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	-0,28	3,30%	E	M
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	-0,29	3,38%	E	M
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	-0,31	3,91%	E	M
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0,32	4,18%	E	M
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	-0,38	5,87%	I	B
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	-0,41	6,89%	E	M

Annexe 29 : Positionnement des variables sur la composante 12 de l'ACP 2.

Interprétation: + Buts (Micro) - Moyens (Macro - Mésos)

Libellé	Comp 12	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
			Axe Interne Extérieure	Axe Moyen Buts
CC10	0,45	9,05%	I	B
CC42	0,36	5,61%	I	M
CC68	0,30	3,85%	I	B
CC24	0,29	3,81%	I	B
CC46	0,27	3,32%	E	M
CC18	0,26	2,99%	E	M
CC36	0,23	2,39%	E	B
CC17	0,23	2,33%	E	M
CC37	0,22	2,07%	I	B
CC27	0,18	1,49%	I	M
CC69	0,18	1,46%	E	B
CC34	0,18	1,45%	E	M
CC43	0,17	1,23%	E	M
CC12	0,16	1,12%	I	B
CC61	0,15	0,94%	I	B
CC31	0,14	0,82%	E	M
CC66	0,13	0,80%	I	B
CC40	0,13	0,76%	I	M
CC26	0,13	0,76%	I	B
CC72	0,13	0,76%	E	M
CC56	0,12	0,66%	E	M
CC19	0,12	0,62%	E	M
CC55	0,10	0,45%	E	M
CC09	0,10	0,44%	I	B
CC20	0,09	0,38%	E	B
CC03	0,09	0,37%	E	M

libellé	Comp 12	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique		
			Axe Interne Externe	Axe Moyen buts	
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	0,09	0,37%	I	B
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	0,09	0,36%	I	B
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	0,09	0,32%	I	B
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	0,08	0,30%	E	M
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	0,06	0,15%	I	M
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0,06	0,15%	E	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	0,06	0,14%	E	B
CC59	Un cadre réglementaire lassant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	0,05	0,13%	E	M
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	0,05	0,12%	E	M
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,04	0,05%	E	M
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0,03	0,05%	E	B
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0,02	0,02%	E	M
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0,02	0,01%	E	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'instruire aux travailleurs du système de SSP.	0,02	0,01%	E	M
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0,01	0,00%	E	M
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	0,01	0,00%	I	M
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	-0,01	0,01%	E	M
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	-0,01	0,01%	E	M
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	-0,02	0,01%	I	B
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0,02	0,01%	I	B
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	-0,06	0,15%	E	M
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0,08	0,26%	I	B
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	-0,08	0,27%	I	B
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0,08	0,31%	E	M
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	-0,09	0,35%	E	B
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	-0,10	0,41%	E	M
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	-0,10	0,47%	E	B

Libellé	Comp 12	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
			Axe Interne Externe	Axe Moyen buts
CC38 L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	-0,11	0,54%	I	B
CC45 La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	-0,11	0,58%	E	M
CC25 L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	-0,13	0,72%	I	B
CC21 L'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	-0,13	0,72%	E	B
CC74 La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	-0,14	0,81%	I	B
CC01 La capacité du M.S. à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	-0,14	0,84%	I	M
CC39 Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	-0,15	0,93%	E	M
CC49 Des stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	-0,16	1,08%	I	M
CC35 L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	-0,16	1,15%	E	B
CC02 La capacité du M.S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	-0,17	1,24%	E	M
CC04 L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M.S.	-0,18	1,44%	E	M
CC63 Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0,18	1,44%	E	M
CC22 La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0,18	1,47%	E	M
CC65 L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	-0,21	1,88%	E	B
CC64 La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	-0,21	1,88%	E	M
CC62 La capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	-0,21	1,93%	I	M
CC71 Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	-0,21	1,99%	E	M
CC44 L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0,22	2,10%	E	M
CC14 Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	-0,23	2,41%	E	M
CC58 La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0,24	2,56%	E	B
CC67 L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	-0,26	2,94%	E	B
CC60 L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	-0,27	3,34%	I	B
CC29 Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0,29	3,70%	E	M
CC15 La capacité du M.S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	-0,42	7,95%	I	M

Annexe 30 : Positionnement des variables sur la composante 13 de l'ACP 2.

Interprétation: + Externe (Planification - Programmation) - Interne (Contrôle - Régulation)

	Libelle	Comp 13	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
				Axe Interne Externe	Axe Moyen buts
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	0.42	8.01%	E	M
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0.35	5.67%	I	B
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	0.27	3.31%	E	M
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	0.23	2.53%	E	B
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0.23	2.39%	I	B
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.22	2.34%	I	B
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	0.20	1.86%	E	M
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	0.19	1.71%	E	M
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0.19	1.64%	E	M
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0.18	1.58%	E	B
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0.18	1.44%	E	M
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards préétablis.	0.15	1.07%	E	M
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	0.15	1.05%	I	B
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0.15	0.99%	E	M
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'inscrire aux travailleurs du système de SSP.	0.14	0.93%	E	M
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	0.14	0.85%	E	B
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0.12	0.66%	E	B
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	0.12	0.66%	E	M
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0.12	0.65%	I	B
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	0.11	0.61%	E	M
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0.10	0.43%	E	B
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	0.09	0.34%	E	M
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	0.08	0.33%	I	M
CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0.08	0.32%	E	M
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	0.08	0.28%	E	M

			Positionnement sur le modèle théorique		
	Libellé	Comp 13	Contribution	Axe Interne Externe	Axe Moyen bus
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0,07	0,20%	E	M
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0,06	0,17%	E	M
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,05	0,12%	E	M
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	0,05	0,12%	E	M
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0,05	0,11%	E	M
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	0,05	0,11%	I	B
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	0,05	0,10%	I	M
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0,04	0,09%	E	M
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0,04	0,07%	E	M
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0,04	0,06%	E	M
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi du malade à travers le temps.	0,04	0,06%	I	B
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	0,03	0,03%	I	B
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0,02	0,03%	E	M
CC42	Le capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	0,02	0,02%	I	M
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	0,02	0,02%	I	B
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	0,02	0,01%	E	M
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0,01	0,01%	I	B
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	0,01	0,01%	E	M
CC15	Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0,01	0,00%	I	M
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	0,00	0,00%	E	B
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	0,00	0,00%	E	M
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0,01	0,00%	E	M
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	-0,01	0,01%	I	B
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	-0,03	0,04%	E	M
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	-0,04	0,06%	I	B
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	-0,04	0,07%	E	B
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	-0,04	0,09%	I	B

		Comp 13	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
	Libelle			Axe Interne Externe	Axe Moyen bus
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	-0,06	0,15%	I	M
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	-0,06	0,17%	E	B
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	-0,06	0,19%	E	B
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	-0,08	0,33%	E	B
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	-0,09	0,36%	I	B
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	-0,10	0,46%	I	B
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0,11	0,53%	E	M
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	-0,11	0,55%	E	M
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	-0,12	0,62%	E	M
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	-0,12	0,71%	I	M
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	-0,12	0,72%	E	M
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	-0,14	0,86%	E	M
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	-0,15	1,01%	E	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	-0,17	1,33%	I	B
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	-0,18	1,43%	I	B
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assouvir la déontologie de leur profession.	-0,22	2,23%	I	M
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	-0,22	2,34%	E	B
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	-0,23	2,54%	I	B
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	-0,26	3,20%	E	M
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0,31	4,47%	E	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations incertaines dans les services de santé.	-0,31	4,57%	E	B
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.	-0,36	5,94%	I	B
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0,37	6,24%	I	B
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	-0,37	6,38%	I	M
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	-0,45	9,44%	I	M

Annexe 31 : Positionnement des variables sur la composante 14 de l'ACP 2.

Interprétation: +Moyens (Macro - Méso) -Buts (Micro)

libelle	Comp 14	Contribution	Positionnement sur le modèle théorique	
			Axe Interne Extreme	Axe Moyen buts
CC18 Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	0,37	7,23%	E	M
CC64 La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	0,35	6,44%	E	M
CC32 L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0,32	5,41%	E	M
CC17 L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	0,30	4,84%	E	M
CC09 Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0,25	3,23%	I	B
CC71 Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0,23	2,86%	E	M
CC77 L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,20	2,03%	E	M
CC66 Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0,20	1,99%	I	B
CC08 L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	0,18	1,76%	I	B
CC33 La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	0,18	1,62%	E	M
CC62 La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	0,17	1,54%	I	M
CC54 L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0,16	1,35%	E	M
CC29 Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	0,14	1,05%	E	M
CC61 Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0,14	1,04%	I	B
CC44 L'existence de stratégies au niveau du M.S.pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	0,12	0,75%	E	M
CC55 Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	0,12	0,73%	E	M
CC72 La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0,11	0,68%	E	M
CC56 L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0,11	0,68%	E	M
CC70 L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	0,11	0,67%	E	M
CC53 Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0,11	0,65%	E	M
CC46 L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	0,11	0,59%	E	M
CC31 L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	0,10	0,56%	E	M
CC57 L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0,10	0,51%	E	M
CC68 Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0,10	0,48%	I	B
CC13 L'existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	0,09	0,41%	I	M

		Comp 14	Contribution	Axe Interne Externe	Axe Moyen bus
	Libelle				
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	0,09	0,40%	E	M
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inquiétantes dans les services de santé.	0,09	0,30%	E	B
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	0,08	0,32%	E	B
CC15	La capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0,08	0,30%	I	M
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complexes (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	0,07	0,26%	I	B
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	0,07	0,25%	I	M
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0,07	0,24%	E	M
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	0,04	0,10%	E	M
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0,04	0,10%	I	B
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	0,04	0,09%	E	B
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0,04	0,08%	E	B
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	0,03	0,06%	I	B
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0,03	0,04%	E	M
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP.	0,00	0,00%	I	M
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	-0,01	0,00%	E	M
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	-0,01	0,00%	E	M
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	-0,03	0,04%	E	B
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	-0,03	0,05%	I	M
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	-0,04	0,10%	I	M
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	-0,05	0,11%	I	M
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	-0,05	0,14%	E	M
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.	-0,05	0,14%	I	B
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	-0,06	0,20%	E	M
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	-0,08	0,30%	I	B
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	-0,08	0,32%	I	B
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	-0,08	0,33%	I	B
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	-0,08	0,37%	E	M

Positionnement sur le modèle théorique

		Positionnement sur le modèle théorique			
		Comp 14	Contribution	Axe Interne Externe	Axe Moyen buis
	libelle				
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	-0,08	0,37%	E	M
CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	-0,09	0,39%	E	M
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	-0,09	0,39%	E	B
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	-0,09	0,41%	E	M
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	-0,10	0,49%	E	B
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	-0,11	0,69%	E	B
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	-0,12	0,75%	I	B
CC41	Des mesures assurant des possibilités de structure aux travailleurs du système de SSP.	-0,12	0,78%	E	M
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	-0,14	1,03%	I	B
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	-0,15	1,18%	E	M
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	-0,15	1,19%	E	B
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	-0,16	1,30%	E	B
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	-0,17	1,52%	I	B
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	-0,18	1,61%	I	B
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	-0,18	1,62%	E	M
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	-0,18	1,70%	I	B
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	-0,19	1,97%	E	B
CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	-0,21	2,35%	I	M
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	-0,21	2,36%	I	B
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	-0,22	2,58%	E	M
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	-0,27	3,91%	I	B
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	-0,28	4,08%	I	B
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	-0,29	4,30%	E	M
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	-0,29	4,51%	E	B
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	-0,30	4,72%	E	M

Annexe 32 : Classement des variables selon le pôle Macro, Méso (MM) – Micro (MI).

Num	libellé	Comp 1	Pôle	Comp 3	Pôle	Comp 4	Pôle	Comp 6	Pôle	Comp 8	Pôle	Comp 11	Pôle	Comp 12	Pôle	Comp 14	Pôle	Positionnement final
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	1.60%	MI	1.52%	MI	0.08%	MI	0.02%	MI	2.08%	MM	0.16%	MI	0.84%	MM	0.00%	MI	MM
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	0.15%	MM	0.03%	MI	0.09%	MI	1.29%	MI	0.33%	MM	1.20%	MI	1.24%	MM	0.40%	MM	MI
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0.01%	MM	0.10%	MM	1.61%	MI	0.55%	MM	0.06%	MI	1.44%	MI	0.37%	MI	0.41%	MI	MI
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	0.86%	MM	1.73%	MM	1.50%	MI	0.01%	MM	1.17%	MI	1.26%	MM	1.44%	MM	0.10%	MM	MM
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0.38%	MM	0.57%	MI	1.99%	MM	1.70%	MM	5.90%	MM	4.18%	MM	0.01%	MI	4.72%	MI	MM
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	2.00%	MM	6.70%	MI	0.62%	MI	0.10%	MI	0.57%	MI	2.62%	MM	0.05%	MI	0.04%	MI	MI
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitable dans les services de santé.	0.24%	MM	1.19%	MM	1.26%	MI	0.03%	MM	5.00%	MI	0.24%	MM	0.14%	MI	0.39%	MM	MI
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	3.53%	MM	0.01%	MM	0.07%	MI	0.32%	MM	1.77%	MM	0.98%	MM	0.26%	MM	1.76%	MM	MM
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	1.10%	MI	1.17%	MM	0.68%	MM	0.06%	MI	1.99%	MI	1.17%	MI	0.44%	MI	3.23%	MM	MM
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	0.78%	MM	1.72%	MM	0.14%	MI	0.32%	MM	0.74%	MI	1.59%	MI	9.05%	MI	0.33%	MI	MI
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	2.72%	MM	0.54%	MI	0.73%	MI	0.19%	MI	2.15%	MI	1.78%	MM	0.01%	MM	0.06%	MM	MM
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enrichissement dans le suivi du malade à travers le temps.	3.26%	MM	0.58%	MM	0.30%	MM	0.05%	MI	3.68%	MI	2.98%	MM	1.12%	MI	2.36%	MI	MI
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assumer la déontologie de leur profession.	0.13%	MI	0.04%	MI	6.87%	MI	0.37%	MM	0.09%	MM	0.90%	MM	0.15%	MI	0.41%	MM	MI
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	1.98%	MM	0.02%	MM	0.39%	MI	0.01%	MI	3.56%	MI	6.95%	MI	2.41%	MM	1.62%	MI	MI
CC15	La capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	0.67%	MI	0.26%	MM	2.30%	MI	3.94%	MM	0.60%	MI	0.03%	MI	7.95%	MM	0.30%	MM	MM
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	2.43%	MM	5.97%	MM	0.10%	MM	2.01%	MM	0.14%	MI	0.26%	MM	0.31%	MM	2.58%	MI	MM
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	0.49%	MI	2.18%	MM	2.35%	MI	0.04%	MI	0.24%	MI	0.74%	MM	2.33%	MI	4.84%	MM	MM
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	0.71%	MM	0.04%	MI	3.39%	MI	0.08%	MI	1.32%	MM	5.64%	MI	2.99%	MI	7.23%	MM	MM
CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	0.72%	MM	0.80%	MI	0.38%	MI	2.67%	MM	0.48%	MI	1.38%	MI	0.62%	MI	0.39%	MI	MM

Num	libellé	Comp 1	Pôle	Comp 3	Pôle	Comp 4	Pôle	Comp 6	Pôle	Comp 8	Pôle	Comp 11	Pôle	Comp 12	Pôle	Comp 14	Pôle	Positionnement final
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	3,33%	NM	0,74%	MI	3,13%	MI	0,21%	NM	1,61%	NM	0,04%	NM	0,38%	MI	4,51%	MI	MI
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	1,18%	NM	2,56%	MM	0,01%	MM	3,20%	NM	7,09%	MI	0,03%	MI	0,72%	NM	1,19%	MI	MI
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	1,21%	NM	2,38%	MI	0,38%	NM	3,99%	MM	1,02%	NM	0,01%	MI	1,47%	NM	0,00%	MI	MI
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	0,23%	MI	0,02%	MM	0,17%	MI	0,00%	MI	0,64%	NM	0,77%	MI	0,36%	MI	1,03%	MI	MI
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	3,68%	MI	0,70%	MM	2,11%	MI	0,21%	MI	0,67%	NM	0,40%	MI	3,81%	MI	1,52%	MI	MI
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	0,05%	NM	4,86%	MM	0,87%	MI	1,24%	NM	0,12%	MI	2,79%	MI	0,72%	NM	4,08%	MI	NM
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.	0,00%	MI	0,04%	MM	1,39%	MI	1,64%	MI	0,61%	MI	0,08%	NM	0,76%	MI	0,14%	MI	MI
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	0,57%	MI	0,49%	MI	0,01%	MI	0,72%	MI	0,01%	MI	1,50%	MI	1,49%	MI	0,05%	MI	MI
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système SSP aient une vision commune de la mission du système.	0,09%	NM	5,41%	MM	0,19%	NM	2,92%	MI	1,59%	NM	0,06%	MI	0,00%	MI	0,10%	MI	NM
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux séparations légitimes des travailleurs du système de SSP.	5,00%	MM	0,79%	MI	0,00%	MI	0,05%	NM	1,43%	NM	2,29%	MI	3,70%	NM	1,05%	NM	NM
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	3,34%	MM	0,55%	NM	0,24%	MI	2,67%	MI	0,01%	MI	0,81%	MI	0,27%	NM	0,75%	MI	NM
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	1,20%	NM	0,09%	NM	2,15%	NM	4,36%	MM	2,61%	NM	0,26%	MI	0,82%	MI	0,56%	NM	NM
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0,02%	MI	1,67%	NM	0,85%	NM	0,35%	MI	3,99%	NM	1,71%	NM	0,02%	MI	5,41%	MM	MM
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	0,37%	MI	1,33%	NM	0,56%	MI	2,40%	MI	2,51%	NM	6,89%	MM	0,01%	NM	1,62%	NM	NM
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0,16%	NM	2,87%	MM	0,19%	MI	2,08%	MI	1,69%	NM	0,66%	NM	1,45%	MI	0,20%	MI	NM
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M. S.	4,89%	MI	0,03%	MI	0,30%	MI	0,98%	MI	0,14%	NM	0,00%	MI	1,15%	NM	0,39%	MI	MI
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0,03%	MI	1,11%	MI	6,50%	MI	0,10%	NM	5,56%	MI	1,47%	NM	2,39%	MI	0,49%	MI	MI
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	3,51%	MM	0,01%	NM	0,25%	NM	6,54%	MI	1,49%	NM	1,98%	MI	2,07%	MI	1,70%	MI	MI
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	3,30%	NM	0,23%	NM	0,19%	NM	6,41%	MI	6,57%	MM	0,20%	MI	0,54%	NM	0,30%	MI	NM

Num	Libellé	Comp 1	Pôle 1	Comp 3	Pôle 3	Comp 4	Pôle 4	Comp 6	Pôle 6	Comp 8	Pôle 8	Comp 11	Pôle 11	Comp 12	Pôle 12	Comp 14	Pôle 14	Positionnement final
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	0,56%	MI	0,09%	MI	0,96%	NM	1,56%	MI	0,01%	MI	3,30%	NM	0,93%	NM	4,30%	MI	MI
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	0,70%	MI	0,93%	MI	1,50%	NM	0,32%	MI	0,64%	MI	0,00%	NM	0,76%	MI	0,25%	NM	MM
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'inscrire aux travailleurs du système de SSP.	0,42%	NM	0,93%	MI	1,73%	NM	1,14%	MI	1,51%	MI	0,10%	MI	0,01%	MI	0,78%	MI	MI
CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	0,70%	MI	0,08%	MI	1,55%	NM	0,37%	NM	0,44%	NM	0,00%	NM	5,61%	MI	2,35%	MI	MI
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	0,81%	NM	2,87%	NM	5,99%	NM	0,16%	NM	0,20%	NM	0,27%	MI	1,23%	MI	0,37%	MI	MM
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	1,98%	MI	0,18%	NM	0,05%	MI	1,10%	NM	0,62%	NM	2,95%	MI	2,10%	NM	0,75%	NM	MI
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	2,44%	MI	0,10%	NM	0,54%	MI	0,01%	NM	0,38%	MI	0,14%	MI	0,58%	NM	0,37%	MI	MI
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	0,30%	MI	2,15%	MI	0,29%	MI	0,52%	NM	0,72%	NM	1,34%	MI	3,32%	MI	0,59%	NM	MI
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	0,04%	MI	3,31%	MI	2,74%	NM	0,52%	MI	0,34%	MI	0,01%	MI	0,35%	NM	0,69%	MI	MI
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0,11%	MI	0,15%	NM	0,60%	MI	3,03%	MI	1,22%	MI	2,39%	MI	0,47%	NM	1,30%	MI	MI
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	0,19%	MI	0,46%	MI	0,35%	MI	2,34%	MI	0,00%	NM	0,78%	NM	1,08%	NM	0,11%	NM	MI
CC50	La capacité du M.S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	1,08%	MI	6,79%	MI	1,18%	NM	0,36%	NM	0,29%	MI	1,30%	NM	0,01%	NM	3,91%	MI	MI
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	2,68%	MI	0,99%	MI	4,50%	MI	0,05%	NM	1,85%	NM	0,95%	MI	0,32%	MI	1,61%	MI	MI
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complexes (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	1,95%	MI	0,56%	MI	0,00%	NM	1,08%	MI	0,01%	MI	0,83%	MI	0,37%	MI	0,26%	NM	MI
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	1,00%	NM	3,72%	MI	1,02%	NM	0,47%	MI	0,50%	NM	4,21%	MI	0,15%	NM	0,65%	NM	MI
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	6,29%	MM	2,15%	MI	0,17%	MI	0,77%	MI	0,53%	MI	1,82%	MI	0,00%	MI	1,35%	NM	MM
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	0,03%	MI	0,61%	MI	0,00%	NM	0,03%	NM	0,24%	MI	0,34%	NM	0,45%	MI	0,73%	MM	MM
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0,56%	MI	1,35%	NM	1,41%	MM	0,08%	MI	0,00%	MI	0,03%	NM	0,66%	MI	0,68%	NM	MM
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	0,87%	NM	0,28%	NM	0,43%	MI	1,54%	MM	0,02%	MI	1,37%	MI	0,41%	NM	0,51%	NM	MM
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	0,13%	MI	0,09%	NM	3,86%	MM	2,11%	NM	0,09%	NM	0,72%	NM	2,56%	NM	1,97%	MI	MM

Num	Libelle	Comp 1	Rôle 1	Comp 3	Rôle 3	Comp 4	Rôle 4	Comp 6	Rôle 6	Comp 8	Rôle 8	Comp 11	Rôle 11	Comp 12	Rôle 12	Comp 14	Rôle 14	Positionnement final
CC59	Un cadre réglementaire basant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	1.29%	MI	1.14%	MI	0.11%	MM	0.15%	MM	0.39%	MM	0.00%	MI	0.13%	MI	1.18%	MI	MI
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	1.01%	NMF	0.08%	NMF	1.25%	MI	0.55%	MI	0.33%	NMF	1.01%	NMF	3.44%	MI	0.32%	MI	MM
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0.38%	MI	2.28%	MI	3.32%	MM	1.19%	MI	3.07%	MI	0.27%	MI	0.34%	MI	1.04%	NMF	MI
CC62	La capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	0.93%	MI	0.01%	MI	0.03%	MI	0.07%	MI	0.20%	NMF	0.34%	NMF	1.93%	MM	1.34%	NMF	MM
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	0.16%	MM	0.25%	MI	0.67%	NMF	0.34%	MI	0.49%	MI	0.20%	NMF	1.44%	MM	0.00%	MI	MM
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	0.70%	NMF	2.13%	MI	0.82%	MI	0.82%	NMF	0.86%	NMF	0.01%	NMF	1.88%	NMF	6.44%	MM	MM
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	0.06%	NMF	1.52%	MI	0.53%	MI	3.44%	MI	0.04%	MI	0.23%	NMF	1.88%	NMF	0.09%	NMF	MI
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	0.24%	MM	1.02%	MI	6.98%	MM	0.08%	MI	3.75%	MI	0.15%	MI	0.80%	MI	1.99%	NMF	MM
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	4.53%	MI	1.54%	NMF	0.14%	NMF	0.49%	MI	2.13%	MI	0.00%	NMF	2.94%	NMF	0.88%	NMF	MI
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	0.14%	NMF	0.10%	NMF	0.06%	NMF	1.80%	MI	1.04%	MI	5.87%	MM	3.85%	MI	0.48%	NMF	MM
CC69	L'existence d'une politique nationale pour l'acclabration avec le système traditionnel de soins.	0.75%	NMF	1.27%	MI	1.44%	NMF	4.27%	MM	0.51%	NMF	0.12%	NMF	1.46%	MI	0.32%	NMF	MM
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	1.79%	NMF	0.04%	MI	0.45%	MI	1.77%	NMF	0.11%	MI	3.91%	MM	0.30%	MI	0.67%	NMF	MM
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0.55%	MI	0.04%	NMF	2.59%	NMF	0.21%	MI	1.98%	MI	0.29%	NMF	1.99%	NMF	2.86%	MM	MM
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0.57%	MI	0.11%	NMF	1.27%	NMF	6.10%	MM	0.87%	MI	0.38%	MI	0.76%	MI	0.68%	NMF	MM
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	0.62%	MI	0.00%	NMF	0.76%	MI	3.69%	MM	2.98%	NMF	0.93%	NMF	0.12%	MI	0.14%	MI	MM
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	0.04%	MI	4.09%	NMF	5.11%	MM	0.01%	MI	0.11%	NMF	2.12%	MI	0.81%	NMF	0.10%	NMF	MM
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0.00%	NMF	3.58%	MM	0.91%	NMF	0.28%	MI	0.29%	NMF	0.01%	MI	0.15%	MI	0.04%	NMF	MM
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	1.96%	MI	0.56%	NMF	0.10%	NMF	1.47%	MM	0.57%	NMF	0.46%	NMF	0.01%	NMF	0.24%	NMF	MI
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	5.09%	MM	1.18%	NMF	0.05%	NMF	0.00%	MI	0.05%	MI	3.38%	NMF	0.05%	MI	2.03%	NMF	MM

Annexe 33 : Positionnement des variables sur le pôle Planification, Programmation (PP) - Contrôle Régulation (CR)

Num	Libellé	Comp 2	Rôle	Comp 5	Pôle	Comp 7	Pôle	Comp 9	Pôle	Comp 10	Pôle	Comp 13	Pôle	Positionnement final
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	0,70%	PP	0,40%	PP	5,83%	PP	1,07%	PP	0,74%	CR	6,38%	CR	CR
CC02	La capacité du M.S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	0,14%	CR	9,83%	CR	0,03%	CR	2,62%	PP	3,34%	CR	0,01%	PP	CR
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	0,18%	PP	3,51%	CR	9,56%	PP	0,16%	PP	0,01%	CR	0,99%	PP	PP
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M.S.	0,38%	PP	1,07%	CR	3,12%	PP	0,11%	PP	6,95%	CR	0,00%	CR	CR
CC05	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	0,05%	PP	2,15%	CR	0,04%	PP	1,26%	PP	0,00%	PP	0,00%	CR	CR
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	0,47%	PP	1,72%	PP	0,00%	PP	0,21%	PP	0,06%	PP	0,17%	CR	PP
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.	0,01%	CR	1,99%	CR	2,31%	PP	0,01%	PP	0,19%	CR	4,57%	CR	CR
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	0,22%	CR	0,25%	PP	0,63%	CR	6,55%	PP	0,02%	PP	0,06%	CR	PP
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	0,48%	PP	1,49%	PP	0,01%	CR	8,39%	PP	1,31%	PP	0,01%	PP	PP
CC10	La capacité du M.S. à définir des protocoles de soins.	0,65%	PP	3,33%	PP	0,02%	CR	0,82%	PP	0,00%	PP	2,54%	CR	PP
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	0,36%	CR	1,98%	CR	7,87%	CR	0,16%	CR	2,00%	CR	0,09%	CR	CR
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi du malade à travers le temps.	0,10%	CR	0,03%	PP	0,15%	CR	5,91%	PP	0,05%	CR	0,06%	PP	PP
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assier la déontologie de leur profession.	0,97%	CR	0,13%	PP	4,97%	PP	2,37%	CR	0,04%	CR	2,23%	CR	PP
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	0,42%	CR	3,53%	PP	0,30%	PP	0,05%	CR	0,09%	PP	0,09%	PP	PP
CC15	La capacité du M.S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	2,23%	CR	0,44%	CR	0,29%	PP	0,71%	PP	0,60%	CR	0,00%	PP	CR
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	0,05%	CR	0,25%	PP	0,89%	CR	0,05%	PP	0,14%	PP	0,53%	CR	CR
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	1,69%	CR	0,81%	PP	0,05%	CR	0,35%	CR	0,94%	PP	1,01%	CR	CR
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	0,66%	PP	0,01%	PP	0,65%	CR	0,04%	PP	0,34%	CR	1,86%	PP	PP
CC19	Des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	5,27%	PP	0,23%	CR	0,24%	PP	0,87%	CR	0,02%	PP	0,32%	PP	PP

Num	Libellé	Comp 2	Rôle	Comp 5	Rôle	Comp 7	Rôle	Comp 9	Rôle	Comp 10	Rôle	Comp 13	Rôle	Positionnement final
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	0,01%	PP	0,88%	PP	0,05%	CR	0,00%	CR	0,02%	CR	0,85%	PP	PP
CC21	L'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	0,33%	CR	0,83%	PP	1,84%	CR	0,66%	CR	1,35%	PP	0,19%	CR	CR
CC22	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	0,05%	CR	0,99%	CR	0,16%	PP	2,29%	CR	3,84%	PP	4,47%	CR	CR
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M.S. pour rendre les services accessibles à la population.	7,08%	PP	0,64%	CR	1,27%	CR	1,33%	CR	1,00%	PP	0,01%	CR	PP
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	1,78%	PP	0,10%	PP	0,12%	PP	0,25%	CR	1,81%	CR	0,02%	PP	CR
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	1,33%	PP	0,64%	PP	1,13%	PP	0,80%	CR	0,42%	PP	0,11%	PP	PP
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui évitent des services à des endroits différents.	1,18%	CR	5,97%	CR	0,53%	CR	0,66%	PP	3,51%	PP	5,94%	CR	CR
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	3,96%	CR	0,98%	PP	0,37%	PP	1,33%	CR	0,43%	PP	0,71%	CR	CR
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	0,42%	CR	1,15%	CR	0,02%	PP	0,00%	PP	1,40%	CR	9,44%	CR	CR
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux législations légitimes des travailleurs	0,07%	CR	0,74%	PP	2,50%	PP	0,23%	PP	0,27%	CR	0,55%	CR	PP
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M.S.	0,36%	CR	0,68%	PP	1,65%	CR	2,79%	CR	0,06%	PP	0,03%	PP	CR
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	0,31%	CR	0,05%	PP	0,52%	CR	7,76%	CR	3,72%	CR	0,72%	CR	CR
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	0,20%	CR	0,45%	PP	4,61%	PP	0,03%	CR	3,06%	PP	1,64%	PP	PP
CC33	La capacité du M.S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	2,40%	PP	0,43%	PP	0,00%	CR	1,25%	CR	2,52%	CR	0,04%	CR	CR
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	0,54%	PP	3,65%	CR	0,43%	PP	0,55%	CR	5,20%	PP	0,06%	PP	PP
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	0,46%	PP	0,50%	PP	0,10%	CR	0,00%	CR	8,12%	PP	0,33%	CR	CR
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	0,37%	CR	0,81%	CR	0,01%	PP	0,75%	CR	0,08%	PP	0,43%	PP	PP
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	0,01%	PP	0,03%	PP	0,26%	CR	1,97%	PP	0,01%	PP	0,46%	CR	CR
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	0,07%	PP	0,03%	PP	0,03%	PP	0,81%	CR	1,44%	CR	0,36%	CR	CR

Num	Titre	Comp 2	Rôle	Comp 5	Pôle	Comp 7	Rôle	Comp 9	Pôle	Comp 10	Rôle	Comp 13	Pôle	Positionnement final
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	2,14%	CR	0,02%	CR	0,00%	CR	0,09%	PP	2,43%	PP	0,34%	PP	PP
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	0,14%	PP	0,46%	PP	2,98%	CR	1,16%	CR	10,92%	CR	0,15%	CR	CR
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'intégrer aux travailleurs du système de SSP.	0,30%	CR	1,30%	CR	9,74%	PP	0,21%	PP	0,09%	PP	0,39%	PP	PP
CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs fondamentales de la société.	2,64%	CR	1,29%	CR	0,42%	PP	0,41%	CR	0,07%	CR	0,02%	PP	CR
CC43	L'existence de stratégies assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	0,47%	CR	2,59%	PP	0,02%	PP	0,07%	CR	0,63%	CR	0,61%	PP	PP
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	0,34%	CR	0,06%	CR	6,05%	CR	0,42%	PP	0,04%	PP	3,20%	CR	CR
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	3,13%	PP	1,55%	CR	0,02%	PP	1,01%	PP	0,02%	CR	1,71%	PP	PP
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	2,65%	CR	0,82%	CR	0,07%	CR	1,73%	PP	0,16%	PP	3,31%	PP	PP
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	3,82%	PP	0,24%	CR	0,59%	PP	0,01%	CR	0,44%	CR	2,34%	CR	PP
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	0,54%	CR	0,71%	CR	0,34%	PP	4,61%	CR	5,01%	CR	1,58%	PP	CR
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	1,96%	CR	1,66%	PP	0,60%	PP	9,44%	CR	0,77%	PP	0,10%	PP	CR
CC50	La capacité du M.S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	0,55%	PP	0,14%	PP	0,03%	PP	0,02%	PP	0,04%	PP	6,24%	CR	CR
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	0,30%	PP	0,12%	PP	0,48%	CR	0,06%	CR	0,10%	PP	1,05%	PP	PP
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	1,91%	PP	0,23%	CR	0,17%	PP	4,80%	PP	2,12%	PP	1,33%	CR	PP
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	0,27%	CR	1,94%	CR	2,45%	PP	1,20%	CR	2,13%	PP	0,20%	PP	PP
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	0,02%	PP	0,04%	CR	0,25%	CR	0,17%	CR	0,74%	PP	1,44%	PP	PP
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	5,15%	CR	1,26%	PP	0,10%	PP	0,89%	PP	1,32%	PP	0,66%	PP	CR
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	0,73%	CR	0,33%	PP	1,52%	PP	0,05%	PP	0,14%	CR	0,07%	PP	PP
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	4,33%	PP	1,28%	CR	0,54%	CR	0,18%	PP	2,41%	PP	0,62%	CR	PP

Num	Étiquette	Comp 2	Pôle	Comp 5	Pôle	Comp 7	Pôle	Comp 9	Pôle	Comp 10	Pôle	Comp 13	Pôle	Positionnement final
CC38	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	3,06%	PP	0,30%	PP	0,02%	CR	0,19%	CR	0,24%	PP	2,53%	PP	PP
CC39	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	0,83%	CR	0,01%	PP	1,25%	CR	2,01%	PP	0,86%	CR	8,01%	PP	PP
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	0,06%	PP	2,08%	CR	0,62%	CR	0,03%	CR	0,47%	PP	5,67%	PP	PP
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	0,89%	PP	0,13%	PP	1,56%	CR	0,52%	CR	0,35%	CR	1,43%	CR	CR
CC62	La capacité du M.S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	4,11%	CR	0,02%	PP	0,01%	CR	0,26%	CR	0,03%	CR	0,33%	PP	CR
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	4,82%	CR	1,04%	PP	0,69%	CR	0,73%	PP	0,46%	PP	0,12%	PP	CR
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	1,62%	PP	0,06%	PP	2,31%	CR	1,33%	CR	1,57%	PP	0,01%	PP	CR
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoxes.	4,22%	PP	4,38%	PP	0,01%	PP	0,46%	PP	0,59%	CR	0,07%	CR	PP
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	1,40%	PP	0,28%	CR	0,03%	PP	0,18%	CR	0,10%	CR	0,65%	PP	PP
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	0,40%	PP	0,94%	CR	0,82%	CR	1,94%	CR	0,03%	PP	0,66%	PP	CR
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	3,10%	PP	0,08%	CR	0,11%	CR	2,43%	CR	1,94%	PP	2,34%	PP	PP
CC69	L'existence d'une politique nationale pour l'acollaboration avec le système traditionnel de soins.	0,24%	CR	2,12%	CR	0,24%	CR	3,33%	CR	0,31%	PP	0,00%	CR	CR
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	3,85%	PP	0,02%	PP	1,10%	PP	0,04%	PP	0,01%	PP	0,28%	PP	PP
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	0,48%	PP	3,61%	CR	0,00%	PP	0,09%	CR	0,99%	CR	0,11%	PP	CR
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	0,54%	CR	1,16%	CR	2,61%	PP	0,78%	CR	0,32%	CR	0,17%	PP	PP
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	0,10%	CR	0,51%	CR	3,04%	CR	1,99%	PP	3,22%	CR	1,07%	PP	CR
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	1,10%	PP	0,07%	PP	0,43%	PP	0,33%	PP	0,55%	PP	2,39%	PP	PP
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	0,00%	CR	7,41%	CR	4,05%	CR	0,55%	CR	2,44%	PP	0,86%	CR	CR
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	0,93%	PP	6,51%	PP	0,04%	PP	0,47%	CR	0,00%	PP	0,03%	PP	PP
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	0,49%	PP	0,02%	PP	2,14%	PP	0,24%	PP	0,00%	PP	0,12%	PP	PP

Annexe 34 : Classement initial et final des variables selon les pôles Moyens – Buts et Interne – Externe.

Num	Libellé	Axe Interne Externe initial	Axe Moyen but initial	Pôle initial	Axe Moyen but final	Axe Interne Externe final	Pôle final
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	I	M	Valeur	M	I	Valeur
CC02	La capacité du M.S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	E	M	Adaptation	B	I	Production
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M.S.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC05	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	E	B	Buts	B	E	Buts
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.	E	B	Buts	B	I	Production
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	I	B	Production	M	E	Adaptation
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	I	B	Production	M	E	Adaptation
CC10	La capacité du M.S. à définir des protocoles de soins.	I	B	Production	B	E	Buts
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	I	B	Production	M	I	Valeur
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi du malade à travers le temps.	I	B	Production	B	E	Buts
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	I	M	Valeur	B	E	Buts
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC15	La capacité du M.S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	I	M	Valeur	M	I	Valeur
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquérir.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M.S.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC19	Des stratégies au niveau du M.S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	E	B	Buts	B	E	Buts
CC21	L'existence de critères au niveau du M.S. pour juger des questions d'équité.	E	B	Buts	B	I	Production
CC22	La capacité du M.S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M.S. pour rendre les services accessibles à la population.	I	B	Production	B	E	Buts
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	I	B	Production	B	I	Production
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	I	B	Production	M	E	Adaptation

Num	Libellé	Axe Interne Initial	Axe Moyen Buts Initial	Rôle Initial	Axe Moyen Buts Final	Axe Interne Final	Pôle final
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents	I	B	Production	B	I	Production
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	I	M	Valeur	B	I	Production
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	I	M	Valeur	M	I	Valeur
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M.S.	I	B	Production	M	I	Valeur
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC33	La capacité du M.S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC35	L'existence de services d'information pour la santé destinés à la population au sein du M.S.	E	B	Buts	B	E	Buts
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	E	B	Buts	B	I	Production
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	I	B	Production	B	E	Buts
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	I	B	Production	M	I	Valeur
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	I	M	Valeur	M	I	Valeur
CC41	Des mesures assurant des possibilités de s'insérer aux travailleurs du système de SSP.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC42	La capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	I	M	Valeur	B	I	Production
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	E	M	Adaptation	B	I	Production
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveautés technologiques.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	E	B	Buts	B	E	Buts
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	E	B	Buts	B	I	Production
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	I	M	Valeur	B	I	Production
CC50	La capacité du M.S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	I	B	Production	B	I	Production

Num	Libellé	Axe Interne Extérieure initial	Axe Moyen buts initial	Pôle initial	Axe Moyen buts final	Axe Interne Extérieure final	Pôle final
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	I	B	Production	B	E	Buts
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	I	B	Production	B	E	Buts
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	E	B	Buts	M	E	Adaptation
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	I	B	Production	M	E	Adaptation
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	I	B	Production	B	I	Production
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	I	M	Valeur	M	I	Valeur
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	E	B	Buts	B	E	Buts
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	I	B	Production	M	E	Adaptation
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	E	B	Buts	B	I	Production
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	I	B	Production	M	E	Adaptation
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	E	B	Buts	M	I	Valeur
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	I	B	Production	M	E	Adaptation
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	E	M	Adaptation	M	I	Valeur
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	E	M	Adaptation	B	E	Buts
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	E	M	Adaptation	M	E	Adaptation

Annexe 35 : Positionnement des individus sur la composante 1 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 1	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 1	CTR	Pôle
I13	min	3.86	27.08%	MM	I8	min	-0.17	0.05%	MI
I42	int	1.62	4.76%	MM	I59	int	-0.18	0.06%	MI
I32	int	1.57	4.49%	MM	I11	min	-0.20	0.07%	MI
I36	int	1.50	4.09%	MM	I47	int	-0.20	0.07%	MI
I25	org	1.48	4.00%	MM	I5	min	-0.22	0.09%	MI
I1	org	1.27	2.94%	MM	I58	int	-0.23	0.09%	MI
I9	min	0.94	1.61%	MM	I40	int	-0.23	0.10%	MI
I17	min	0.76	1.05%	MM	I48	int	-0.24	0.10%	MI
I49	int	0.72	0.95%	MM	I18	min	-0.29	0.15%	MI
I26	min	0.53	0.50%	MM	I21	min	-0.30	0.16%	MI
I16	min	0.41	0.31%	MM	I14	min	-0.31	0.17%	MI
I20	min	0.41	0.30%	MM	I50	int	-0.33	0.19%	MI
I28	int	0.39	0.28%	MM	I3	min	-0.34	0.21%	MI
I7	min	0.37	0.25%	MM	I2	min	-0.36	0.24%	MI
I15	min	0.36	0.24%	MM	I19	min	-0.41	0.31%	MI
I38	int	0.22	0.09%	MM	I29	int	-0.41	0.31%	MI
I54	int	0.16	0.05%	MM	I24	org	-0.45	0.37%	MI
I53	int	0.10	0.02%	MM	I52	int	-0.48	0.41%	MI
I4	min	0.09	0.01%	MM	I46	int	-0.52	0.49%	MI
I12	min	0.06	0.01%	MM	I43	int	-0.56	0.58%	MI
I44	int	0.00	0.00%	MM	I60	int	-0.58	0.61%	MI
I51	int	-0.01	0.00%	MI	I27	int	-0.60	0.66%	MI
I45	int	-0.02	0.00%	MI	I34	int	-0.68	0.84%	MI
I41	int	-0.06	0.01%	MI	I33	int	-0.92	1.52%	MI
I10	min	-0.09	0.02%	MI	I22	org	-1.47	3.95%	MI
I23	org	-0.13	0.03%	MI	I6	int	-1.61	4.72%	MI
I30	int	-0.13	0.03%	MI	I37	int	-3.96	28.48%	MI
I39	int	-0.14	0.04%	MI					

Annexe 36 : Positionnement des individus sur la composante 2 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 1	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 1	CTR	Pôle
I37	int	4.31	33.81%	PP	I18	min	-0.31	0.17%	CR
I25	org	1.95	6.92%	PP	I59	int	-0.34	0.21%	CR
I32	int	1.86	6.30%	PP	I34	int	-0.40	0.29%	CR
I60	int	1.27	2.94%	PP	I28	int	-0.43	0.33%	CR
I38	int	1.21	2.67%	PP	I7	min	-0.43	0.34%	CR
I26	min	0.99	1.79%	PP	I5	min	-0.44	0.35%	CR
I13	min	0.85	1.32%	PP	I58	int	-0.49	0.44%	CR
I22	org	0.81	1.20%	PP	I45	int	-0.64	0.74%	CR
I16	min	0.79	1.14%	PP	I3	min	-0.67	0.81%	CR
I36	int	0.73	0.97%	PP	I14	min	-0.68	0.83%	CR
I1	org	0.71	0.92%	PP	I23	org	-0.73	0.96%	CR
I12	min	0.71	0.91%	PP	I8	min	-0.74	0.99%	CR
I6	int	0.70	0.90%	PP	I27	int	-0.74	0.99%	CR
I9	min	0.64	0.74%	PP	I19	min	-0.74	1.00%	CR
I42	int	0.62	0.69%	PP	I44	int	-0.75	1.03%	CR
I10	min	0.57	0.58%	PP	I24	org	-0.79	1.14%	CR
I20	min	0.54	0.53%	PP	I52	int	-0.80	1.16%	CR
I17	min	0.46	0.38%	PP	I29	int	-0.88	1.39%	CR
I51	int	0.42	0.32%	PP	I11	min	-0.92	1.56%	CR
I53	int	0.41	0.31%	PP	I46	int	-0.93	1.59%	CR
I49	int	0.41	0.31%	PP	I30	int	-0.98	1.75%	CR
I33	int	0.35	0.23%	PP	I48	int	-1.02	1.88%	CR
I47	int	0.16	0.05%	PP	I50	int	-1.02	1.89%	CR
I4	min	-0.04	0.00%	CR	I2	min	-1.07	2.07%	CR
I54	int	-0.12	0.03%	CR	I39	int	-1.14	2.36%	CR
I15	min	-0.23	0.09%	CR	I43	int	-1.20	2.62%	CR
I41	int	-0.27	0.13%	CR	I21	min	-1.28	2.96%	CR
I40	int	-0.29	0.16%	CR					

Annexe 37 : Positionnement des individus sur la composante 3 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 3	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 3	CTR	Pôle
I25	org	3.29	19.71%	MM	I50	int	-0.01	0.00%	MI
I22	org	2.88	15.09%	MM	I1	org	-0.01	0.00%	MI
I38	int	2.23	9.05%	MM	I20	min	-0.03	0.00%	MI
I12	min	2.16	8.52%	MM	I24	org	-0.07	0.01%	MI
I7	min	0.84	1.29%	MM	I45	int	-0.11	0.02%	MI
I44	int	0.68	0.85%	MM	I26	min	-0.12	0.03%	MI
I11	min	0.56	0.57%	MM	I39	int	-0.20	0.07%	MI
I4	min	0.48	0.41%	MM	I48	int	-0.21	0.08%	MI
I54	int	0.47	0.40%	MM	I40	int	-0.23	0.10%	MI
I5	min	0.46	0.38%	MM	I49	int	-0.27	0.13%	MI
I14	min	0.41	0.31%	MM	I53	int	-0.28	0.14%	MI
I32	int	0.40	0.28%	MM	I47	int	-0.35	0.22%	MI
I17	min	0.33	0.20%	MM	I28	int	-0.36	0.23%	MI
I8	min	0.32	0.19%	MM	I30	int	-0.37	0.25%	MI
I15	min	0.31	0.18%	MM	I59	int	-0.48	0.41%	MI
I18	min	0.29	0.16%	MM	I51	int	-0.68	0.84%	MI
I29	int	0.29	0.15%	MM	I60	int	-0.68	0.85%	MI
I52	int	0.28	0.15%	MM	I34	int	-0.75	1.02%	MI
I21	min	0.24	0.11%	MM	I37	int	-0.84	1.30%	MI
I19	min	0.19	0.06%	MM	I42	int	-0.86	1.35%	MI
I58	int	0.15	0.04%	MM	I41	int	-0.95	1.63%	MI
I46	int	0.11	0.02%	MM	I9	min	-1.05	2.02%	MI
I23	org	0.06	0.01%	MM	I16	min	-1.11	2.24%	MI
I27	int	0.06	0.01%	MM	I13	min	-1.22	2.70%	MI
I43	int	0.05	0.01%	MM	I33	int	-2.02	7.39%	MI
I3	min	0.03	0.00%	MM	I6	int	-2.03	7.52%	MI
I10	min	0.01	0.00%	MM	I36	int	-2.29	9.50%	MI
I2	min	0.00	0.00%	MM					

Annexe 38 : Positionnement des individus sur la composante 4 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 4	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 4	CTR	Pôle
I38	int	4.10	30.62%	MI	I59	int	-0.12	0.03%	MM
I12	min	2.06	7.70%	MI	I8	min	-0.12	0.03%	MM
I26	min	1.70	5.23%	MI	I43	int	-0.12	0.03%	MM
I42	int	1.69	5.17%	MI	I29	int	-0.13	0.03%	MM
I51	int	1.53	4.26%	MI	I40	int	-0.15	0.04%	MM
I41	int	1.49	4.06%	MI	I27	int	-0.19	0.07%	MM
I34	int	1.11	2.25%	MI	I24	org	-0.28	0.15%	MM
I20	min	0.59	0.64%	MI	I23	org	-0.31	0.17%	MM
I33	int	0.58	0.61%	MI	I54	int	-0.33	0.20%	MM
I5	min	0.54	0.53%	MI	I37	int	-0.40	0.30%	MM
I28	int	0.45	0.38%	MI	I9	min	-0.41	0.30%	MM
I36	int	0.39	0.27%	MI	I17	min	-0.44	0.35%	MM
I30	int	0.31	0.17%	MI	I14	min	-0.47	0.41%	MM
I60	int	0.27	0.14%	MI	I58	int	-0.48	0.42%	MM
I45	int	0.19	0.07%	MI	I21	min	-0.55	0.56%	MM
I48	int	0.18	0.06%	MI	I16	min	-0.59	0.63%	MM
I4	min	0.12	0.03%	MI	I47	int	-0.61	0.67%	MM
I46	int	0.12	0.03%	MI	I32	int	-0.70	0.90%	MM
I39	int	0.11	0.02%	MI	I2	min	-0.73	0.96%	MM
I15	min	0.09	0.01%	MI	I10	min	-0.75	1.01%	MM
I44	int	0.04	0.00%	MI	I18	min	-0.77	1.07%	MM
I3	min	0.03	0.00%	MI	I49	int	-0.78	1.11%	MM
I11	min	0.00	0.00%	MI	I6	int	-0.93	1.59%	MM
I7	min	0.00	0.00%	MI	I25	org	-1.06	2.05%	MM
I50	int	-0.05	0.00%	MM	I13	min	-1.38	3.47%	MM
I52	int	-0.06	0.01%	MM	I1	org	-2.11	8.10%	MM
I53	int	-0.08	0.01%	MM	I22	org	-2.49	11.24%	MM
I19	min	-0.11	0.02%	MM					

Annexe 39 : Positionnement des individus sur la composante 5 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 5	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 5	CTR	Pôle
I6	int	4.66	39.55%	CR	I43	int	-0.10	0.02%	PP
I22	org	1.74	5.49%	CR	I29	int	-0.11	0.02%	PP
I1	org	1.68	5.13%	CR	I18	min	-0.14	0.04%	PP
I42	int	1.66	5.03%	CR	I7	min	-0.15	0.04%	PP
I12	min	1.37	3.41%	CR	I48	int	-0.16	0.04%	PP
I26	min	1.08	2.12%	CR	I10	min	-0.18	0.06%	PP
I33	int	0.72	0.94%	CR	I45	int	-0.19	0.07%	PP
I25	org	0.62	0.69%	CR	I3	min	-0.20	0.07%	PP
I9	min	0.39	0.27%	CR	I19	min	-0.28	0.14%	PP
I34	int	0.36	0.23%	CR	I24	org	-0.31	0.17%	PP
I23	org	0.32	0.19%	CR	I38	int	-0.34	0.21%	PP
I20	min	0.31	0.17%	CR	I52	int	-0.41	0.31%	PP
I41	int	0.25	0.12%	CR	I39	int	-0.42	0.32%	PP
I15	min	0.25	0.11%	CR	I2	min	-0.47	0.41%	PP
I36	int	0.22	0.09%	CR	I50	int	-0.54	0.53%	PP
I53	int	0.21	0.08%	CR	I47	int	-0.59	0.63%	PP
I44	int	0.20	0.07%	CR	I21	min	-0.62	0.69%	PP
I16	min	0.18	0.06%	CR	I46	int	-0.67	0.82%	PP
I11	min	0.17	0.05%	CR	I5	min	-0.70	0.90%	PP
I59	int	0.16	0.05%	CR	I54	int	-0.71	0.92%	PP
I51	int	0.11	0.02%	CR	I30	int	-0.73	0.98%	PP
I28	int	0.09	0.01%	CR	I32	int	-0.79	1.13%	PP
I17	min	0.08	0.01%	CR	I27	int	-0.81	1.19%	PP
I40	int	0.03	0.00%	CR	I49	int	-1.13	2.33%	PP
I4	min	0.03	0.00%	CR	I60	int	-1.79	5.83%	PP
I14	min	0.00	0.00%	CR	I13	min	-1.83	6.11%	PP
I8	min	-0.04	0.00%	PP	I37	int	-2.38	10.29%	PP
I58	int	-0.07	0.01%	PP					

Annexe 40 : Positionnement des individus sur la composante 6 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 6	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 6	CTR	Pôle
I25	org	2.80	14.21%	MI	I4	min	-0.07	0.01%	MM
I1	org	2.64	12.68%	MI	I12	min	-0.08	0.01%	MM
I33	int	2.39	10.42%	MI	I15	min	-0.12	0.02%	MM
I51	int	1.93	6.75%	MI	I32	int	-0.12	0.03%	MM
I41	int	1.75	5.57%	MI	I58	int	-0.13	0.03%	MM
I47	int	0.88	1.41%	MI	I45	int	-0.15	0.04%	MM
I21	min	0.63	0.73%	MI	I19	min	-0.19	0.06%	MM
I42	int	0.60	0.65%	MI	I53	int	-0.21	0.08%	MM
I23	org	0.55	0.56%	MI	I2	min	-0.24	0.10%	MM
I34	int	0.52	0.49%	MI	I60	int	-0.24	0.11%	MM
I10	min	0.47	0.39%	MI	I46	int	-0.27	0.14%	MM
I27	int	0.38	0.26%	MI	I14	min	-0.34	0.21%	MM
I40	int	0.32	0.19%	MI	I28	int	-0.35	0.23%	MM
I17	min	0.31	0.17%	MI	I11	min	-0.38	0.27%	MM
I44	int	0.26	0.12%	MI	I48	int	-0.43	0.33%	MM
I20	min	0.24	0.11%	MI	I9	min	-0.46	0.39%	MM
I50	int	0.16	0.05%	MI	I7	min	-0.53	0.51%	MM
I54	int	0.15	0.04%	MI	I3	min	-0.53	0.52%	MM
I30	int	0.14	0.04%	MI	I16	min	-0.61	0.67%	MM
I59	int	0.14	0.04%	MI	I8	min	-0.62	0.71%	MM
I52	int	0.10	0.02%	MI	I38	int	-0.86	1.34%	MM
I24	org	0.09	0.01%	MI	I36	int	-0.90	1.47%	MM
I18	min	0.03	0.00%	MI	I5	min	-0.98	1.74%	MM
I29	int	0.02	0.00%	MI	I6	int	-1.51	4.14%	MM
I49	int	-0.03	0.00%	MM	I13	min	-2.10	8.02%	MM
I37	int	-0.03	0.00%	MM	I22	org	-2.25	9.18%	MM
I43	int	-0.05	0.00%	MM	I26	min	-2.67	12.93%	MM
I39	int	-0.07	0.01%	MM					

Annexe 41 : Positionnement des individus sur la composante 7 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 7	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 7	CTR	Pôle
I60	int	3.12	17.74%	PP	I53	int	-0.13	0.03%	CR
I32	int	2.24	9.15%	PP	I42	int	-0.15	0.04%	CR
I22	org	2.11	8.06%	PP	I46	int	-0.16	0.04%	CR
I36	int	1.86	6.32%	PP	I58	int	-0.17	0.05%	CR
I16	min	1.52	4.22%	PP	I12	min	-0.19	0.07%	CR
I49	int	1.45	3.84%	PP	I24	org	-0.22	0.09%	CR
I41	int	1.10	2.22%	PP	I45	int	-0.25	0.11%	CR
I51	int	0.81	1.18%	PP	I50	int	-0.26	0.12%	CR
I26	min	0.50	0.45%	PP	I19	min	-0.26	0.12%	CR
I44	int	0.39	0.28%	PP	I21	min	-0.27	0.13%	CR
I20	min	0.37	0.25%	PP	I23	org	-0.32	0.19%	CR
I30	int	0.36	0.23%	PP	I4	min	-0.34	0.21%	CR
I34	int	0.34	0.21%	PP	I33	int	-0.34	0.21%	CR
I9	min	0.30	0.16%	PP	I25	org	-0.43	0.34%	CR
I15	min	0.29	0.16%	PP	I5	min	-0.44	0.35%	CR
I10	min	0.25	0.11%	PP	I7	min	-0.44	0.36%	CR
I18	min	0.24	0.10%	PP	I17	min	-0.54	0.53%	CR
I2	min	0.20	0.07%	PP	I3	min	-0.55	0.55%	CR
I14	min	0.13	0.03%	PP	I54	int	-0.55	0.55%	CR
I29	int	0.10	0.02%	PP	I8	min	-0.57	0.60%	CR
I39	int	0.08	0.01%	PP	I27	int	-0.66	0.78%	CR
I59	int	0.02	0.00%	PP	I1	org	-0.83	1.26%	CR
I48	int	-0.03	0.00%	CR	I47	int	-1.03	1.93%	CR
I28	int	-0.05	0.00%	CR	I38	int	-1.46	3.86%	CR
I43	int	-0.06	0.01%	CR	I6	int	-1.60	4.64%	CR
I11	min	-0.08	0.01%	CR	I37	int	-1.95	6.94%	CR
I40	int	-0.09	0.02%	CR	I13	min	-3.25	19.19%	CR
I52	int	-0.12	0.03%	CR					

Annexe 42 : Positionnement des individus sur la composante 8 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 8	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 8	CTR	Pôle
I36	int	3.49	22.16%	MI	I39	int	0.07	0.01%	MI
I25	org	2.23	9.03%	MI	I45	int	0.07	0.01%	MI
I51	int	0.90	1.46%	MI	I60	int	0.04	0.00%	MI
I34	int	0.88	1.39%	MI	I46	int	0.00	0.00%	MI
I38	int	0.87	1.37%	MI	I40	int	-0.12	0.03%	MM
I26	min	0.82	1.21%	MI	I3	min	-0.13	0.03%	MM
I28	int	0.76	1.04%	MI	I44	int	-0.16	0.05%	MM
I1	org	0.74	1.00%	MI	I19	min	-0.17	0.05%	MM
I41	int	0.73	0.97%	MI	I11	min	-0.18	0.06%	MM
I10	min	0.68	0.84%	MI	I43	int	-0.21	0.08%	MM
I14	min	0.65	0.77%	MI	I24	org	-0.22	0.09%	MM
I21	min	0.64	0.75%	MI	I27	int	-0.25	0.11%	MM
I22	org	0.62	0.70%	MI	I58	int	-0.27	0.14%	MM
I7	min	0.62	0.69%	MI	I2	min	-0.32	0.18%	MM
I23	org	0.61	0.69%	MI	I18	min	-0.45	0.37%	MM
I37	int	0.41	0.30%	MI	I59	int	-0.50	0.45%	MM
I15	min	0.36	0.23%	MI	I8	min	-0.60	0.66%	MM
I5	min	0.35	0.22%	MI	I54	int	-0.63	0.73%	MM
I4	min	0.28	0.14%	MI	I53	int	-0.66	0.80%	MM
I20	min	0.27	0.13%	MI	I16	min	-0.90	1.46%	MM
I29	int	0.20	0.07%	MI	I49	int	-0.99	1.78%	MM
I47	int	0.19	0.06%	MI	I9	min	-1.00	1.80%	MM
I48	int	0.19	0.06%	MI	I42	int	-1.14	2.36%	MM
I30	int	0.18	0.06%	MI	I33	int	-1.87	6.38%	MM
I50	int	0.16	0.05%	MI	I17	min	-2.17	8.55%	MM
I52	int	0.13	0.03%	MI	I32	int	-2.53	11.64%	MM
I13	min	0.12	0.03%	MI	I12	min	-2.86	14.88%	MM
I6	int	0.10	0.02%	MI					

Annexe 43 : Positionnement des individus sur la composante 9 de l'ACP 2.

num	libcateg	Composante 9	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 9	CTR	Pôle
I60	int	2.86	14.85%	CR	I2	min	-0.02	0.00%	PP
I10	min	2.24	9.11%	CR	I30	int	-0.06	0.01%	PP
I16	min	1.68	5.15%	CR	I4	min	-0.13	0.03%	PP
I13	min	1.61	4.69%	CR	I43	int	-0.15	0.04%	PP
I20	min	1.49	4.06%	CR	I9	min	-0.19	0.07%	PP
I33	int	1.47	3.94%	CR	I51	int	-0.22	0.08%	PP
I28	int	1.06	2.05%	CR	I52	int	-0.23	0.10%	PP
I47	int	0.93	1.59%	CR	I27	int	-0.24	0.11%	PP
I25	org	0.58	0.60%	CR	I40	int	-0.33	0.20%	PP
I49	int	0.49	0.44%	CR	I14	min	-0.36	0.23%	PP
I7	min	0.49	0.43%	CR	I19	min	-0.39	0.28%	PP
I6	int	0.48	0.42%	CR	I5	min	-0.45	0.37%	PP
I22	org	0.47	0.41%	CR	I50	int	-0.49	0.43%	PP
I18	min	0.45	0.37%	CR	I45	int	-0.50	0.46%	PP
I21	min	0.44	0.35%	CR	I42	int	-0.61	0.67%	PP
I58	int	0.34	0.21%	CR	I29	int	-0.71	0.91%	PP
I8	min	0.33	0.19%	CR	I48	int	-0.71	0.92%	PP
I34	int	0.32	0.19%	CR	I3	min	-0.72	0.94%	PP
I41	int	0.32	0.19%	CR	I39	int	-0.73	0.96%	PP
I12	min	0.30	0.17%	CR	I44	int	-0.77	1.08%	PP
I15	min	0.28	0.14%	CR	I53	int	-0.84	1.30%	PP
I38	int	0.26	0.12%	CR	I17	min	-0.96	1.68%	PP
I54	int	0.16	0.05%	CR	I46	int	-1.17	2.50%	PP
I11	min	0.11	0.02%	CR	I1	org	-1.30	3.06%	PP
I59	int	0.10	0.02%	CR	I37	int	-1.47	3.90%	PP
I26	min	0.02	0.00%	CR	I36	int	-2.54	11.72%	PP
I24	org	0.01	0.00%	CR	I32	int	-3.00	16.36%	PP
I23	org	0.01	0.00%	CR					

Annexe 44 : Positionnement des individus sur la composante 10 de l'ACP

2.

num	libcateg	Composante 10	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 10	CTR	Pôle
I38	int	2.67	12.96%	PP	I50	int	-0.11	0.02%	CR
I33	int	2.51	11.43%	PP	I41	int	-0.17	0.05%	CR
I32	int	1.92	6.68%	PP	I21	min	-0.17	0.05%	CR
I22	org	1.78	5.75%	PP	I30	int	-0.19	0.06%	CR
I1	org	1.69	5.21%	PP	I3	min	-0.20	0.07%	CR
I13	min	1.25	2.85%	PP	I29	int	-0.22	0.09%	CR
I34	int	0.93	1.58%	PP	I43	int	-0.23	0.09%	CR
I49	int	0.73	0.96%	PP	I40	int	-0.25	0.11%	CR
I2	min	0.71	0.93%	PP	I17	min	-0.26	0.13%	CR
I18	min	0.61	0.69%	PP	I23	org	-0.33	0.20%	CR
I51	int	0.58	0.60%	PP	I48	int	-0.34	0.21%	CR
I6	int	0.51	0.47%	PP	I5	min	-0.35	0.22%	CR
I36	int	0.46	0.39%	PP	I4	min	-0.40	0.29%	CR
I58	int	0.46	0.38%	PP	I24	org	-0.42	0.32%	CR
I46	int	0.41	0.31%	PP	I15	min	-0.48	0.42%	CR
I59	int	0.39	0.27%	PP	I44	int	-0.61	0.67%	CR
I20	min	0.39	0.27%	PP	I53	int	-0.64	0.74%	CR
I27	int	0.24	0.11%	PP	I28	int	-0.71	0.92%	CR
I45	int	0.23	0.09%	PP	I26	min	-0.80	1.15%	CR
I47	int	0.18	0.06%	PP	I8	min	-0.82	1.21%	CR
I7	min	0.14	0.03%	PP	I12	min	-0.88	1.40%	CR
I10	min	0.14	0.03%	PP	I39	int	-0.88	1.42%	CR
I14	min	0.12	0.02%	PP	I37	int	-1.18	2.51%	CR
I60	int	0.06	0.01%	PP	I42	int	-1.56	4.42%	CR
I54	int	0.06	0.01%	PP	I16	min	-1.91	6.64%	CR
I11	min	0.03	0.00%	PP	I25	org	-2.18	8.64%	CR
I52	int	-0.07	0.01%	CR	I9	min	-2.77	13.99%	CR
I19	min	-0.08	0.01%	CR					

Annexe 45 : Positionnement des individus sur la composante 11 de l'ACP

2.

num	libcateg	Composante 11	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 11	CTR	Pôle
I6	int	2.19	8.73%	MI	I53	int	-0.06	0.01%	MM
I12	min	2.16	8.47%	MI	I27	int	-0.08	0.01%	MM
I41	int	2.04	7.53%	MI	I40	int	-0.11	0.02%	MM
I25	org	1.81	5.97%	MI	I48	int	-0.11	0.02%	MM
I13	min	1.36	3.38%	MI	I14	min	-0.12	0.03%	MM
I60	int	1.26	2.90%	MI	I15	min	-0.14	0.03%	MM
I49	int	0.94	1.60%	MI	I23	org	-0.18	0.06%	MM
I2	min	0.88	1.41%	MI	I45	int	-0.18	0.06%	MM
I34	int	0.84	1.28%	MI	I8	min	-0.19	0.07%	MM
I39	int	0.77	1.08%	MI	I37	int	-0.20	0.08%	MM
I52	int	0.76	1.06%	MI	I29	int	-0.23	0.10%	MM
I5	min	0.63	0.72%	MI	I54	int	-0.27	0.14%	MM
I30	int	0.54	0.52%	MI	I47	int	-0.29	0.15%	MM
I17	min	0.49	0.43%	MI	I43	int	-0.37	0.25%	MM
I36	int	0.44	0.36%	MI	I28	int	-0.58	0.62%	MM
I46	int	0.44	0.35%	MI	I58	int	-0.62	0.69%	MM
I32	int	0.34	0.21%	MI	I44	int	-0.88	1.41%	MM
I18	min	0.34	0.21%	MI	I26	min	-0.88	1.42%	MM
I11	min	0.30	0.17%	MI	I33	int	-0.95	1.64%	MM
I51	int	0.30	0.16%	MI	I22	org	-0.95	1.65%	MM
I4	min	0.27	0.13%	MI	I10	min	-1.31	3.13%	MM
I19	min	0.26	0.12%	MI	I42	int	-1.52	4.18%	MM
I24	org	0.22	0.09%	MI	I1	org	-1.74	5.53%	MM
I50	int	0.21	0.08%	MI	I9	min	-1.80	5.91%	MM
I7	min	0.19	0.07%	MI	I38	int	-2.00	7.24%	MM
I20	min	0.14	0.03%	MI	I16	min	-2.05	7.63%	MM
I3	min	-0.02	0.00%	MM	I21	min	-2.23	9.03%	MM
I59	int	-0.05	0.00%	MM					

Annexe 46 : Positionnement des individus sur la composante 12 de l'ACP

2.

num	libcateg	Composante 12	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 12	CTR	Pôle
I42	int	3.22	18.80%	MI	I23	org	-0.03	0.00%	MM
I9	min	1.66	4.99%	MI	I48	int	-0.04	0.00%	MM
I49	int	1.30	3.09%	MI	I15	min	-0.04	0.00%	MM
I22	org	1.06	2.05%	MI	I43	int	-0.06	0.01%	MM
I6	int	1.04	1.95%	MI	I39	int	-0.07	0.01%	MM
I38	int	0.99	1.80%	MI	I14	min	-0.07	0.01%	MM
I47	int	0.99	1.77%	MI	I50	int	-0.09	0.01%	MM
I51	int	0.97	1.71%	MI	I33	int	-0.13	0.03%	MM
I25	org	0.87	1.36%	MI	I13	min	-0.27	0.13%	MM
I54	int	0.85	1.31%	MI	I17	min	-0.27	0.13%	MM
I7	min	0.74	1.01%	MI	I8	min	-0.34	0.21%	MM
I45	int	0.65	0.76%	MI	I44	int	-0.39	0.28%	MM
I60	int	0.53	0.51%	MI	I30	int	-0.39	0.28%	MM
I2	min	0.49	0.44%	MI	I46	int	-0.44	0.34%	MM
I40	int	0.47	0.40%	MI	I11	min	-0.48	0.42%	MM
I4	min	0.44	0.35%	MI	I58	int	-0.55	0.55%	MM
I27	int	0.38	0.26%	MI	I37	int	-0.58	0.61%	MM
I53	int	0.36	0.24%	MI	I5	min	-0.60	0.66%	MM
I18	min	0.36	0.23%	MI	I36	int	-0.65	0.77%	MM
I10	min	0.31	0.17%	MI	I28	int	-0.68	0.83%	MM
I52	int	0.26	0.12%	MI	I41	int	-0.72	0.94%	MM
I3	min	0.22	0.09%	MI	I21	min	-0.83	1.24%	MM
I32	int	0.21	0.08%	MI	I20	min	-1.70	5.24%	MM
I34	int	0.18	0.06%	MI	I26	min	-1.73	5.43%	MM
I29	int	0.14	0.04%	MI	I16	min	-2.23	9.04%	MM
I59	int	0.08	0.01%	MI	I12	min	-2.74	13.68%	MM
I24	org	0.07	0.01%	MI	I1	org	-2.75	13.72%	MM
I19	min	0.04	0.00%	MI					

Annexe 47 : Positionnement des individus sur la composante 13 de l'ACP

2.

num	libcateg	Composante 13	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 13	CTR	Pôle
I32	int	2.38	10.29%	PP	I5	min	0.06	0.01%	PP
I58	int	1.94	6.85%	PP	I60	int	0.06	0.01%	PP
I25	org	1.80	5.88%	PP	I50	int	0.04	0.00%	PP
I16	min	1.54	4.29%	PP	I39	int	0.02	0.00%	PP
I6	int	1.40	3.56%	PP	I7	min	-0.03	0.00%	CR
I38	int	1.29	3.03%	PP	I3	min	-0.03	0.00%	CR
I40	int	1.16	2.43%	PP	I24	org	-0.04	0.00%	CR
I9	min	0.83	1.25%	PP	I47	int	-0.05	0.00%	CR
I8	min	0.78	1.10%	PP	I51	int	-0.05	0.00%	CR
I26	min	0.75	1.03%	PP	I2	min	-0.10	0.02%	CR
I33	int	0.66	0.79%	PP	I10	min	-0.35	0.23%	CR
I48	int	0.55	0.56%	PP	I20	min	-0.36	0.24%	CR
I27	int	0.53	0.51%	PP	I53	int	-0.41	0.31%	CR
I15	min	0.51	0.47%	PP	I18	min	-0.45	0.38%	CR
I11	min	0.43	0.34%	PP	I1	org	-0.48	0.42%	CR
I46	int	0.39	0.27%	PP	I49	int	-0.82	1.23%	CR
I45	int	0.36	0.23%	PP	I41	int	-0.86	1.34%	CR
I19	min	0.34	0.21%	PP	I36	int	-0.88	1.42%	CR
I23	org	0.31	0.17%	PP	I37	int	-0.99	1.77%	CR
I43	int	0.30	0.17%	PP	I13	min	-1.14	2.36%	CR
I54	int	0.25	0.12%	PP	I34	int	-1.22	2.70%	CR
I4	min	0.25	0.11%	PP	I17	min	-1.61	4.74%	CR
I52	int	0.23	0.09%	PP	I12	min	-1.74	5.48%	CR
I14	min	0.22	0.09%	PP	I44	int	-1.74	5.52%	CR
I28	int	0.18	0.06%	PP	I21	min	-1.84	6.16%	CR
I29	int	0.14	0.03%	PP	I22	org	-2.18	8.68%	CR
I59	int	0.10	0.02%	PP	I42	int	-2.48	11.19%	CR
I30	int	0.09	0.01%	PP					

Annexe 48 : Positionnement des individus sur la composante 14 de l'ACP

2.

num	libcateg	Composante 14	CTR	Pôle	num	libcateg	Composante 14	CTR	Pôle
I34	int	2.59	12.20%	MM	I45	int	-0.09	0.01%	MI
I60	int	2.26	9.26%	MM	I42	int	-0.10	0.02%	MI
I21	min	1.80	5.90%	MM	I53	int	-0.16	0.04%	MI
I18	min	1.28	2.98%	MM	I44	int	-0.17	0.05%	MI
I40	int	1.25	2.82%	MM	I50	int	-0.23	0.09%	MI
I11	min	1.08	2.11%	MM	I32	int	-0.25	0.11%	MI
I36	int	1.07	2.07%	MM	I49	int	-0.29	0.15%	MI
I12	min	0.82	1.23%	MM	I17	min	-0.31	0.18%	MI
I9	min	0.80	1.18%	MM	I24	org	-0.33	0.20%	MI
I39	int	0.79	1.14%	MM	I59	int	-0.37	0.24%	MI
I25	org	0.75	1.02%	MM	I58	int	-0.39	0.27%	MI
I1	org	0.68	0.85%	MM	I29	int	-0.40	0.28%	MI
I47	int	0.61	0.67%	MM	I16	min	-0.43	0.33%	MI
I5	min	0.59	0.64%	MM	I13	min	-0.47	0.40%	MI
I20	min	0.53	0.51%	MM	I30	int	-0.49	0.43%	MI
I6	int	0.45	0.37%	MM	I37	int	-0.55	0.54%	MI
I27	int	0.35	0.23%	MM	I23	org	-0.57	0.59%	MI
I48	int	0.33	0.19%	MM	I43	int	-0.65	0.77%	MI
I38	int	0.21	0.08%	MM	I7	min	-0.69	0.88%	MI
I3	min	0.19	0.06%	MM	I22	org	-0.78	1.10%	MI
I46	int	0.13	0.03%	MM	I26	min	-0.81	1.19%	MI
I33	int	0.13	0.03%	MM	I51	int	-0.83	1.25%	MI
I8	min	0.11	0.02%	MM	I2	min	-0.85	1.31%	MI
I4	min	0.07	0.01%	MM	I15	min	-1.09	2.15%	MI
I28	int	-0.03	0.00%	MI	I14	min	-1.30	3.09%	MI
I54	int	-0.03	0.00%	MI	I10	min	-2.24	9.12%	MI
I52	int	-0.03	0.00%	MI	I41	int	-3.91	27.77%	MI
I19	min	-0.06	0.01%	MI					

Annexe 49 : Positionnement des individus sur le pôle Macro, Mésa (MM) - Micro (MI).

num	libcateg	CTR 1	Pôle	CTR 3	Pôle	CTR 4	Pôle	CTR 6	Pôle	CTR 8	Pôle	CTR 11	Pôle	CTR 12	Pôle	CTR 14	Pôle	Positionnement Final
I01	org	2.94%	MM	0.00%	MI	8.10%	MM	12.68%	MI	1.00%	MI	5.53%	MM	13.72%	MM	0.85%	MM	MM
I02	min	0.24%	MI	0.00%	MM	0.96%	MM	0.10%	MM	0.18%	MM	1.41%	MI	0.44%	MI	1.31%	MI	MI
I03	min	0.21%	MI	0.00%	MM	0.00%	MI	0.52%	MM	0.03%	MM	0.00%	MM	0.09%	MI	0.06%	MM	MM
I04	min	0.01%	MM	0.41%	MM	0.03%	MI	0.01%	MM	0.14%	MI	0.13%	MI	0.35%	MI	0.01%	MM	MM
I05	min	0.09%	MI	0.38%	MM	0.53%	MI	1.74%	MM	0.22%	MI	0.72%	MI	0.66%	MM	0.64%	MM	MM
I06	int	4.72%	MI	7.52%	MI	1.59%	MM	4.14%	MM	0.02%	MI	8.73%	MI	1.95%	MI	0.37%	MM	MI
I07	min	0.25%	MM	1.29%	MM	0.00%	MI	0.51%	MM	0.69%	MI	0.07%	MI	1.01%	MI	0.88%	MI	MM
I08	min	0.05%	MI	0.19%	MM	0.03%	MM	0.71%	MM	0.66%	MM	0.07%	MM	0.21%	MM	0.02%	MM	MM
I09	min	1.61%	MM	2.02%	MI	0.30%	MM	0.39%	MM	1.80%	MM	5.91%	MM	4.99%	MI	1.18%	MM	MM
I10	min	0.02%	MI	0.00%	MM	1.01%	MM	0.39%	MI	0.84%	MI	3.13%	MM	0.17%	MI	9.12%	MI	MI
I11	min	0.07%	MI	0.57%	MM	0.00%	MI	0.27%	MM	0.06%	MM	0.17%	MI	0.42%	MM	2.11%	MM	MM
I12	min	0.01%	MM	8.52%	MM	7.70%	MI	0.01%	MM	14.88%	MM	8.47%	MI	13.68%	MM	1.23%	MM	MM
I13	min	27.08%	MM	2.70%	MI	3.47%	MM	8.02%	MM	0.03%	MI	3.38%	MI	0.13%	MM	0.40%	MI	MM
I14	min	0.17%	MI	0.31%	MM	0.41%	MM	0.21%	MM	0.77%	MI	0.03%	MM	0.01%	MM	3.09%	MI	MM
I15	min	0.24%	MM	0.18%	MM	0.01%	MI	0.02%	MM	0.23%	MI	0.03%	MM	0.00%	MM	2.15%	MI	MI
I16	min	0.31%	MM	2.24%	MI	0.63%	MM	0.67%	MM	1.46%	MM	7.63%	MM	9.04%	MM	0.33%	MM	MM
I17	min	1.05%	MM	0.20%	MM	0.35%	MM	0.17%	MI	8.55%	MM	0.43%	MI	0.13%	MM	0.18%	MI	MM
I18	min	0.15%	MI	0.16%	MM	1.07%	MM	0.00%	MI	0.37%	MM	0.21%	MI	0.23%	MI	2.98%	MM	MM
I19	min	0.31%	MI	0.06%	MM	0.02%	MM	0.06%	MM	0.05%	MM	0.12%	MI	0.00%	MI	0.01%	MI	MI
I20	min	0.30%	MM	0.00%	MI	0.64%	MI	0.11%	MI	0.13%	MI	0.03%	MI	5.24%	MM	0.51%	MM	MM
I21	min	0.16%	MI	0.11%	MM	0.56%	MM	0.73%	MI	0.75%	MI	9.03%	MM	1.24%	MM	5.90%	MM	MM
I22	org	3.95%	MI	15.09%	MM	11.24%	MM	9.18%	MM	0.70%	MI	1.65%	MM	2.05%	MI	1.10%	MI	MM
I23	org	0.03%	MI	0.01%	MM	0.17%	MM	0.56%	MI	0.69%	MI	0.06%	MM	0.00%	MM	0.59%	MI	MI
I24	org	0.37%	MI	0.01%	MI	0.15%	MM	0.01%	MI	0.09%	MM	0.09%	MI	0.01%	MI	0.20%	MI	MI
I25	org	4.00%	MM	19.71%	MM	2.05%	MM	14.21%	MI	9.03%	MI	5.97%	MI	1.36%	MI	1.02%	MM	MM
I26	min	0.50%	MM	0.03%	MI	5.23%	MI	12.93%	MM	1.21%	MI	1.42%	MM	5.43%	MM	1.19%	MI	MM
I27	int	0.66%	MI	0.01%	MM	0.07%	MM	0.26%	MI	0.11%	MM	0.01%	MM	0.26%	MI	0.23%	MM	MI
I28	int	0.28%	MM	0.23%	MI	0.38%	MI	0.22%	MM	1.04%	MI	0.62%	MM	0.83%	MM	0.00%	MI	MI

num	libcateg	CTR 1	Pole	CTR 3	Pole	CTR 4	Pole	CTR 6	Pole	CTR 8	Pole	CTR 11	Pole	CTR 12	Pole	CTR 14	Pole	Positionnement final
129	int	0.31%	MI	0.15%	MM	0.03%	MM	0.00%	MI	0.07%	MI	0.10%	MM	0.04%	MI	0.28%	MI	MI
130	int	0.03%	MI	0.25%	MI	0.17%	MI	0.04%	MI	0.06%	MI	0.52%	MI	0.28%	MI	0.43%	MI	MI
132	int	4.49%	MM	0.28%	MM	0.90%	MM	0.03%	MM	11.64%	MM	0.21%	MI	0.08%	MI	0.11%	MI	MM
133	int	1.52%	MI	7.39%	MI	0.61%	MI	10.42%	MI	6.38%	MM	1.64%	MM	0.03%	MM	0.03%	MM	MI
134	int	0.84%	MI	1.02%	MI	2.25%	MI	0.49%	MI	1.39%	MI	1.28%	MI	0.06%	MI	12.20%	MM	MM
136	int	4.09%	MM	9.50%	MI	0.27%	MI	1.47%	MM	22.16%	MI	0.36%	MI	0.77%	MM	2.07%	MM	MI
137	int	28.48%	MI	1.30%	MI	0.30%	MM	0.00%	MM	0.30%	MI	0.08%	MM	0.61%	MM	0.54%	MI	MI
138	int	0.09%	MM	9.05%	MM	30.62%	MI	1.34%	MM	1.37%	MI	7.22%	MM	1.80%	MI	0.08%	MM	MI
139	int	0.04%	MI	0.07%	MI	0.02%	MI	0.01%	MM	0.01%	MI	1.08%	MI	0.01%	MM	1.14%	MM	MM
140	int	0.10%	MI	0.10%	MI	0.04%	MM	0.19%	MI	0.03%	MM	0.02%	MM	0.40%	MI	2.82%	MM	MM
141	int	0.01%	MI	1.63%	MI	4.06%	MI	5.57%	MI	0.97%	MI	7.53%	MI	0.94%	MM	27.77%	MI	MI
142	int	4.76%	MM	1.35%	MI	5.17%	MI	0.65%	MI	2.36%	MM	4.18%	MM	18.80%	MI	0.02%	MI	MI
143	int	0.58%	MI	0.01%	MM	0.03%	MM	0.00%	MM	0.08%	MM	0.25%	MM	0.01%	MM	0.77%	MI	MI
144	int	0.00%	MM	0.85%	MM	0.00%	MI	0.12%	MI	0.05%	MM	1.41%	MM	0.28%	MM	0.05%	MI	MM
145	int	0.00%	MI	0.02%	MI	0.07%	MI	0.04%	MM	0.01%	MI	0.06%	MM	0.76%	MI	0.01%	MI	MI
146	int	0.49%	MI	0.02%	MM	0.03%	MI	0.14%	MM	0.00%	MI	0.35%	MI	0.34%	MM	0.03%	MM	MI
147	int	0.07%	MI	0.22%	MI	0.67%	MM	1.41%	MI	0.06%	MI	0.15%	MM	1.77%	MI	0.67%	MM	MI
148	int	0.10%	MI	0.08%	MI	0.06%	MI	0.33%	MM	0.06%	MI	0.02%	MM	0.00%	MM	0.19%	MM	MM
149	int	0.95%	MM	0.13%	MI	1.11%	MM	0.00%	MM	1.78%	MM	1.60%	MI	3.09%	MI	0.15%	MI	MI
150	int	0.19%	MI	0.00%	MI	0.00%	MM	0.05%	MI	0.05%	MI	0.08%	MI	0.01%	MM	0.09%	MI	MI
151	int	0.00%	MI	0.84%	MI	4.26%	MI	6.75%	MI	1.46%	MI	0.16%	MI	1.71%	MI	1.25%	MI	MI
152	int	0.41%	MI	0.15%	MM	0.01%	MM	0.02%	MI	0.03%	MI	1.06%	MI	0.12%	MI	0.00%	MI	MI
153	int	0.02%	MM	0.14%	MI	0.01%	MM	0.08%	MM	0.80%	MM	0.01%	MM	0.24%	MI	0.04%	MI	MM
154	int	0.05%	MM	0.40%	MM	0.20%	MM	0.04%	MI	0.73%	MM	0.14%	MM	1.31%	MI	0.00%	MI	MI
158	int	0.09%	MI	0.04%	MM	0.42%	MM	0.03%	MM	0.14%	MM	0.69%	MM	0.55%	MM	0.27%	MI	MM
159	int	0.06%	MI	0.41%	MI	0.03%	MM	0.04%	MI	0.45%	MM	0.00%	MM	0.01%	MI	0.24%	MI	MM
160	int	0.61%	MI	0.85%	MI	0.14%	MI	0.11%	MM	0.00%	MI	2.90%	MI	0.51%	MI	9.26%	MM	MM

Annexe 50: Positionnement des individus sur le pôle Planification, Programmation (PP) - Contrôle, Régulation (CR).

num	libcateg	CTR 2	Pôle	CTR 5	Pôle	CTR 7	Pôle	CTR 9	Pôle	CTR 10	Pôle	CTR 13	Pôle	Positionnement final
101	org	0.92%	PP	5.13%	CR	1.26%	CR	3.06%	PP	5.21%	PP	0.42%	CR	E
102	min	2.07%	CR	0.41%	PP	0.07%	PP	0.00%	PP	0.93%	PP	0.02%	CR	I
103	min	0.81%	CR	0.07%	PP	0.55%	CR	0.94%	PP	0.07%	CR	0.00%	CR	E
104	min	0.00%	CR	0.00%	CR	0.21%	CR	0.03%	PP	0.29%	CR	0.11%	PP	I
105	min	0.35%	CR	0.90%	PP	0.35%	CR	0.37%	PP	0.22%	CR	0.01%	PP	E
106	int	0.90%	PP	39.55%	CR	4.64%	CR	0.42%	CR	0.47%	PP	3.56%	PP	I
107	min	0.34%	CR	0.04%	PP	0.36%	CR	0.43%	CR	0.03%	PP	0.00%	CR	I
108	min	0.99%	CR	0.00%	PP	0.60%	CR	0.19%	CR	1.21%	CR	1.10%	PP	I
109	min	0.74%	PP	0.27%	CR	0.16%	PP	0.07%	PP	13.99%	CR	1.25%	PP	I
110	min	0.58%	PP	0.06%	PP	0.11%	PP	9.11%	CR	0.03%	PP	0.23%	CR	I
111	min	1.56%	CR	0.05%	CR	0.01%	CR	0.02%	CR	0.00%	PP	0.34%	PP	I
112	min	0.91%	PP	3.41%	CR	0.07%	CR	0.17%	CR	1.40%	CR	5.48%	CR	I
113	min	1.32%	PP	6.11%	PP	19.19%	CR	4.69%	CR	2.85%	PP	2.36%	CR	I
114	min	0.83%	CR	0.00%	CR	0.03%	PP	0.23%	PP	0.02%	PP	0.09%	PP	I
115	min	0.09%	CR	0.11%	CR	0.16%	PP	0.14%	CR	0.42%	CR	0.47%	PP	E
116	min	1.14%	PP	0.06%	CR	4.22%	PP	5.15%	CR	6.64%	CR	4.29%	PP	I
117	min	0.38%	PP	0.01%	CR	0.53%	CR	1.68%	PP	0.13%	CR	4.74%	CR	I
118	min	0.17%	CR	0.04%	PP	0.10%	PP	0.37%	CR	0.69%	PP	0.38%	CR	E
119	min	1.00%	CR	0.14%	PP	0.12%	CR	0.28%	PP	0.01%	CR	0.21%	PP	I
120	min	0.53%	PP	0.17%	CR	0.25%	PP	4.06%	CR	0.27%	PP	0.24%	CR	I
121	min	2.96%	CR	0.69%	PP	0.13%	CR	0.35%	CR	0.05%	CR	6.16%	CR	I
122	org	1.20%	PP	5.49%	CR	8.06%	PP	0.41%	CR	5.75%	PP	8.68%	CR	I
123	org	0.96%	CR	0.19%	CR	0.19%	CR	0.00%	CR	0.20%	CR	0.17%	PP	I
124	org	1.14%	CR	0.17%	PP	0.09%	CR	0.00%	CR	0.32%	CR	0.00%	CR	I
125	org	6.92%	PP	0.69%	CR	0.34%	CR	0.60%	CR	8.64%	CR	5.88%	PP	I
126	min	1.79%	PP	2.12%	CR	0.45%	PP	0.00%	CR	1.15%	CR	1.03%	PP	I
127	int	0.99%	CR	1.19%	PP	0.78%	CR	0.11%	PP	0.11%	PP	0.51%	PP	E

num	libcateg	CTR 2	Pôle	CTR 5	Pôle	CTR 7	Pôle	CTR 9	Pôle	CTR 10	Pôle	CTR 13	Pôle	Positionnement final
128	ant	0.33%	CR	0.01%	CR	0.00%	CR	2.05%	CR	0.92%	CR	0.06%	PP	CR
129	ant	1.39%	CR	0.02%	PP	0.02%	PP	0.91%	PP	0.09%	CR	0.03%	PP	CR
130	ant	1.75%	CR	0.98%	PP	0.23%	PP	0.01%	PP	0.06%	CR	0.01%	PP	CR
132	ant	6.30%	PP	1.13%	PP	9.15%	PP	16.36%	PP	6.68%	PP	10.29%	PP	PP
133	ant	0.23%	PP	0.94%	CR	0.21%	CR	3.94%	CR	11.43%	PP	0.79%	PP	PP
134	ant	0.29%	CR	0.23%	CR	0.21%	PP	0.19%	CR	1.58%	PP	2.70%	CR	CR
136	ant	0.97%	PP	0.09%	CR	6.32%	PP	11.72%	PP	0.39%	PP	1.42%	CR	PP
137	ant	33.81%	PP	10.29%	PP	6.94%	CR	3.90%	PP	2.51%	CR	1.77%	CR	PP
138	ant	2.67%	PP	0.21%	PP	3.86%	CR	0.12%	CR	12.96%	PP	3.03%	PP	PP
139	ant	2.36%	CR	0.32%	PP	0.01%	PP	0.96%	PP	1.42%	CR	0.00%	PP	CR
140	ant	0.16%	CR	0.00%	CR	0.02%	CR	0.20%	PP	0.11%	CR	2.43%	PP	PP
141	ant	0.13%	CR	0.12%	CR	2.22%	PP	0.19%	CR	0.05%	CR	1.34%	CR	PP
142	ant	0.69%	PP	5.03%	CR	0.04%	CR	0.67%	PP	4.42%	CR	11.19%	CR	CR
143	ant	2.62%	CR	0.02%	PP	0.01%	CR	0.04%	PP	0.09%	CR	0.17%	PP	CR
144	ant	1.03%	CR	0.07%	CR	0.28%	PP	1.08%	PP	0.67%	CR	5.52%	CR	CR
145	ant	0.74%	CR	0.07%	PP	0.11%	CR	0.46%	PP	0.09%	PP	0.23%	PP	CR
146	ant	1.59%	CR	0.82%	PP	0.04%	CR	2.50%	PP	0.31%	PP	0.27%	PP	PP
147	ant	0.05%	PP	0.63%	PP	1.93%	CR	1.59%	CR	0.06%	PP	0.00%	CR	CR
148	ant	1.88%	CR	0.04%	PP	0.00%	CR	0.92%	PP	0.21%	CR	0.56%	PP	CR
149	ant	0.31%	PP	2.33%	PP	3.84%	PP	0.44%	CR	0.96%	PP	1.23%	CR	PP
150	ant	1.89%	CR	0.53%	PP	0.12%	CR	0.43%	PP	0.02%	CR	0.00%	PP	CR
151	ant	0.32%	PP	0.02%	CR	1.18%	PP	0.08%	PP	0.60%	PP	0.00%	CR	PP
152	ant	1.16%	CR	0.31%	PP	0.03%	CR	0.10%	PP	0.01%	CR	0.09%	PP	CR
153	ant	0.31%	PP	0.08%	CR	0.03%	CR	1.30%	PP	0.74%	CR	0.31%	CR	PP
154	ant	0.03%	CR	0.92%	PP	0.55%	CR	0.05%	CR	0.01%	PP	0.12%	PP	PP
158	ant	0.44%	CR	0.01%	PP	0.05%	CR	0.21%	CR	0.38%	PP	6.85%	PP	PP
159	ant	0.21%	CR	0.05%	CR	0.00%	PP	0.02%	CR	0.27%	PP	0.02%	PP	PP
160	ant	2.94%	PP	5.83%	PP	17.74%	PP	14.85%	CR	0.01%	PP	0.01%	PP	PP

Annexe 51: Positionnement final des individus selon les pôles Macro, Méso – Micro et Planification, Programmation – Contrôle, Régulation.

Num	Libcateg	Axe Interne - Externe	But - moyen	Pôle	Num	Libcateg	Axe Interne - Externe	But - moyen	Pôle
101	org	E	MM	Adaptation	129	int	I	MI	Production
102	min	I	MI	Production	130	int	I	MI	Production
103	min	E	MM	Adaptation	132	int	E	MM	Adaptation
104	min	I	MM	Valeur	133	int	E	MI	Buts
105	min	E	MM	Adaptation	134	int	I	MM	Valeur
106	int	I	MI	Production	136	int	E	MI	Buts
107	min	I	MM	Valeur	137	int	E	MI	Buts
108	min	I	MM	Valeur	138	int	E	MI	Buts
109	min	I	MM	Valeur	139	int	I	MM	Valeur
110	min	I	MI	Production	140	int	E	MM	Adaptation
111	min	I	MM	Valeur	141	int	E	MI	Buts
112	min	I	MM	Valeur	142	int	I	MI	Production
113	min	I	MM	Valeur	143	int	I	MI	Production
114	min	I	MI	Production	144	int	I	MM	Valeur
115	min	E	MI	Buts	145	int	I	MI	Production
116	min	I	MM	Valeur	146	int	E	MI	Buts
117	min	I	MM	Valeur	147	int	I	MI	Production
118	min	E	MM	Adaptation	148	int	I	MM	Valeur
119	min	I	MI	Production	149	int	E	MI	Buts
120	min	I	MM	Valeur	150	int	I	MI	Production
121	min	I	MM	Valeur	151	int	E	MI	Buts
122	org	I	MM	Valeur	152	int	I	MI	Production
123	org	I	MI	Production	153	int	E	MM	Adaptation
124	org	I	MI	Production	154	int	E	MI	Buts
125	org	I	MM	Valeur	158	int	E	MM	Adaptation
126	min	I	MM	Valeur	159	int	E	Mm	Adaptation
127	int	E	MI	Buts	160	int	E	MM	Adaptation
128	int	I	MI	Production					

Annexe 52: Tableaux de moyennes des notes attribuées aux variables des différents pôles des deux axes Macro, Méso – Micro et Planification, Programmation – Contrôle, Régulation par les individus de l'échantillon selon leur contribution à la formation de ces axes.

Les individus qui discriminent sur le pôle Macro, Méso (Moyens) selon les résultats de l'ACP2

Numéro	Position dans le modèle empirique selon l'ACP2	Groupe	Moyenne des notes attribuées aux variables sur le pôle:		Différence entre les moyennes (Macro, Méso - Micro)
			Macro, Méso	Micro	
101	Adaptation	org	7,30	6,09	1,22
109	Valeur	min	5,53	4,72	0,81
111	Valeur	min	7,65	6,63	1,02
112	Valeur	min	6,30	5,34	0,95
113	Valeur	min	4,62	3,29	1,33
116	Valeur	min	5,37	4,60	0,77
117	Valeur	min	7,27	6,43	0,84
118	Adaptation	min	7,37	6,43	0,94
120	Valeur	min	7,02	6,45	0,57
121	Valeur	min	7,63	6,63	1,00
122	Valeur	org	6,08	5,49	0,59
125	Valeur	org	6,60	5,20	1,40
126	Valeur	min	5,14	4,69	0,45
132	Adaptation	int	6,16	5,11	1,05
134	Valeur	int	7,14	7,97	-0,83
140	Adaptation	int	7,40	7,00	0,40
160	Adaptation	int	4,95	4,87	0,08

Les individus qui discriminent sur le pôle Micro (Buts) selon les résultats de l'ACP2

Numéro	Position dans le modèle empirique selon l'ACP2	Groupe	Moyenne des notes attribuées aux variables sur le pôle:		Différence entre les moyennes (Micro - Macro, Mésos)
			Macro, Mésos	Micro	
106	Production	int	4,60	5,43	0,82
110	Production	min	6,74	6,87	0,13
114	Production	min	8,30	8,43	0,13
115	Buts	min	8,21	8,26	0,05
133	Buts	int	4,12	5,31	1,20
136	Buts	int	4,33	5,21	0,88
137	Buts	int	2,49	3,58	1,09
138	Buts	int	5,36	5,67	0,31
141	Buts	int	4,00	6,49	2,49
142	Production	int	6,12	6,06	-0,06
147	Production	int	6,77	6,63	-0,14
149	Buts	int	6,26	6,09	-0,17
151	Buts	int	5,88	7,91	2,03

Les individus qui discriminent faiblement sur l'axe Macro, Mésio - Micro selon les résultats de l'ACP2

Numéro	Position dans le modèle empirique selon l'ACP2	Groupe	Moyenne des notes attribuées aux variables sur le pôle:		Différence entre les moyennes (Micro - Macro, Mésio)
			Macro, Mésio	Micro	
I02	P	min	7,51	8,17	0,66
I03	A	min	7,37	7,29	-0,09
I04	M	min	7,88	7,77	-0,11
I05	A	min	7,09	7,00	-0,09
I07	M	min	6,98	6,74	-0,23
I08	M	min	8,93	8,06	-0,87
I19	P	min	7,86	7,66	-0,20
I23	P	org	8,15	8,51	0,36
I24	P	org	7,98	8,14	0,17
I27	B	int	7,75	7,97	0,22
I28	P	int	6,67	6,66	-0,02
I29	P	int	8,79	8,83	0,04
I30	P	int	7,42	8,06	0,64
I39	M	int	8,40	8,13	-0,27
I43	P	int	7,51	7,80	0,29
I44	M	int	6,72	6,56	-0,16
I45	P	int	8,54	8,63	0,09
I46	B	int	6,12	6,09	-0,03
I48	M	int	8,19	8,14	-0,04
I50	P	int	9,35	9,51	0,17
I52	P	int	8,93	9,14	0,21
I53	A	int	7,72	7,57	-0,15
I54	B	int	7,28	6,94	-0,34
I58	A	int	6,51	6,49	-0,03
I59	A	int	7,79	8,06	0,27

Les individus qui discriminent sur le pôle Planification, Programmation (Externe) selon les résultats de l'ACP2

Numéro	Position dans le modèle empirique selon l'ACP2	Groupe	Moyenne des notes attribuées aux variables sur le pôle:		Différence entre les moyennes (PP - CR)
			Planification, Programmation	Contrôle, Régulation	
101	Adaptation	org	7,12	6,35	0,77
132	Adaptation	int	7,73	3,43	4,30
133	Buts	int	4,93	4,35	0,58
136	Buts	int	5,52	3,85	1,68
137	Buts	int	3,33	2,59	0,73
138	Buts	int	6,22	4,71	1,51
140	Adaptation	int	7,54	6,86	0,67
141	Buts	int	5,51	4,68	0,84
146	Buts	int	6,32	5,86	0,45
149	Buts	int	7,05	5,22	1,83
158	Adaptation	int	6,80	6,16	0,64
160	Adaptation	int	5,74	4,00	1,74

Les individus qui discriminent sur le pôle Contrôle, Régulation (Antenne) selon les résultats de l'ACP2

Numéro	Position dans le modèle empirique selon l'ACP2	Groupe	Moyenne des notes attribuées aux variables sur le pôle:		Différence entre les moyennes (CR - PP)
			Planification, Programmation	Contrôle, Régulation	
102	Production	min	8,12	7,46	-0,66
106	Production	int	4,90	5,05	0,15
109	Valeur	min	5,49	4,81	-0,68
110	Production	min	6,77	6,83	0,06
112	Valeur	min	5,83	5,91	0,08
113	Valeur	min	4,33	3,68	-0,66
116	Valeur	min	5,17	4,86	-0,31
117	Valeur	min	7,28	6,46	-0,82
120	Valeur	min	6,97	6,53	-0,44
121	Valeur	min	6,44	8,00	1,56
122	Valeur	org	5,96	5,65	-0,31
125	Valeur	org	6,68	5,19	-1,49
126	Valeur	min	5,07	4,78	-0,29
128	Production	int	6,41	6,95	0,53
134	Valeur	int	7,20	7,86	0,67
139	Valeur	int	8,26	8,30	0,04
142	Production	int	6,02	6,16	0,14
143	Production	int	7,73	7,54	-0,19
144	Valeur	int	6,60	6,70	0,11
147	Production	int	6,93	6,46	-0,47
148	Valeur	int	8,15	8,19	0,04
150	Production	int	9,41	9,43	0,02

Les individus qui discriminent sur le pôle Contrôle, Régulation (Interne) selon les résultats de l'ACP2

Numéro	Position dans le modèle empirique selon l'ACP2	Groupe	Moyenne des notes attribuées aux variables sur le pôle:		Différence entre les moyennes (CR - PP)
			Planification, Programmation	Contrôle, Régulation	
I03	Adaptation	min	7,32	7,35	0,03
I04	Valeur	min	8,10	7,54	-0,56
I05	Adaptation	min	7,46	6,59	-0,87
I07	Valeur	min	6,73	7,03	0,30
I08	Valeur	min	8,37	8,73	0,36
I19	Production	min	7,83	7,70	-0,13
I23	Production	org	8,21	8,43	0,23
I24	Production	org	7,98	8,14	0,16
I27	Buts	int	8,23	7,43	-0,80
I29	Production	int	9,07	8,51	-0,56
I30	Production	int	7,83	7,57	-0,26
I45	Production	int	9,07	8,03	-1,04
I51	Buts	int	7,54	5,97	-1,56
I52	Production	int	9,22	8,81	-0,41
I53	Adaptation	int	8,15	7,11	-1,04
I54	Buts	int	7,46	6,76	-0,71
I59	Adaptation	int	8,24	7,54	-0,70

Annexe 53: Position des individus dans le modèle empirique en fonction du pôle qu'ils préfèrent (identifié par la comparaison des moyennes des notes attribuées aux variables des différents pôles des deux axes Macro, Méso – Micro et Planification, Programmation – Contrôle, Régulation).

Numéro	POSITION DANS LE MODELE EMPIRIQUE (selon l'ACP2)	GROUPE	Macro, Méso (Moyens)	Micro (Buis)	Planification, Programmation (Externe)	Contrôle, Régulation (Interne)	NOUVELLE POSITION
I01	Adaptation	org	7,30	6,09	7,12	6,35	Adaptation
I02	Production	min	7,51	8,17	8,12	7,46	Buis
I03	Adaptation	min	7,37	7,29	7,32	7,35	Valeur
I04	Valeur	min	7,88	7,77	8,10	7,54	Adaptation
I05	Adaptation	min	7,09	7,00	7,46	6,59	Adaptation
I06	Production	int	4,60	5,43	4,90	5,05	Production
I07	Valeur	min	6,98	6,74	6,73	7,03	Valeur
I08	Valeur	min	8,93	8,06	8,37	8,73	Valeur
I09	Valeur	min	5,53	4,72	5,49	4,81	Adaptation
I10	Production	min	6,74	6,87	6,77	6,83	Production
I11	Valeur	min	7,65	6,63	7,27	7,11	Adaptation
I12	Valeur	min	6,30	5,34	5,83	5,91	Valeur
I13	Valeur	min	4,62	3,29	4,33	3,68	Adaptation
I14	Production	min	8,30	8,43	8,49	8,22	Buis
I15	Buis	min	8,21	8,26	8,66	7,76	Buis
I16	Valeur	min	5,37	4,60	5,17	4,86	Adaptation
I17	Valeur	min	7,27	6,43	7,28	6,46	Adaptation
I18	Adaptation	min	7,37	6,43	7,10	6,78	Adaptation
I19	Production	min	7,86	7,66	7,83	7,70	Adaptation
I20	Valeur	min	7,02	6,45	6,97	6,53	Adaptation
I21	Valeur	min	7,63	6,63	6,44	8,00	Valeur
I22	Valeur	org	6,08	5,49	5,96	5,65	Adaptation
I23	Production	org	8,15	8,51	8,21	8,43	Production
I24	Production	org	7,98	8,14	7,98	8,14	Production

Numéro	POSITION DANS LE MODÈLE EMPIRIQUE (selon l'ACP2)	GROUPE	Macro, Méso (Moyens)	Micro (Buts)	Planification, Programmation (Externe)	Contrôle, Régulation (Interne)	NOUVELLE POSITION
125	Valeur	org	6,60	5,20	6,68	5,19	Adaptation
126	Valeur	min	5,14	4,69	5,07	4,78	Adaptation
127	Buts	int	7,75	7,97	8,23	7,43	Buts
128	Production	int	6,67	6,66	6,41	6,95	Valeur
129	Production	int	8,79	8,83	9,07	8,51	Buts
130	Production	int	7,42	8,06	7,83	7,57	Buts
132	Adaptation	int	6,16	5,11	7,73	3,43	Adaptation
133	Buts	int	4,12	5,31	4,93	4,35	Buts
134	Valeur	int	7,14	7,97	7,20	7,86	Production
136	Buts	int	4,33	5,21	5,52	3,85	Buts
137	Buts	int	2,49	3,58	3,33	2,59	Buts
138	Buts	int	5,36	5,67	6,22	4,71	Buts
139	Valeur	int	8,40	8,13	8,26	8,30	Valeur
140	Adaptation	int	7,40	7,00	7,54	6,86	Adaptation
141	Buts	int	4,00	6,49	5,51	4,68	Buts
142	Production	int	6,12	6,06	6,02	6,16	Valeur
143	Production	int	7,51	7,80	7,73	7,54	Buts
144	Valeur	int	6,72	6,56	6,60	6,70	Valeur
145	Production	int	8,54	8,63	9,07	8,03	Buts
146	Buts	int	6,12	6,09	6,32	5,86	Adaptation
147	Production	int	6,77	6,63	6,93	6,46	Adaptation
148	Valeur	int	8,19	8,14	8,15	8,19	Valeur
149	Buts	int	6,26	6,09	7,05	5,22	Adaptation
150	Production	int	9,35	9,51	9,41	9,43	Production
151	Buts	int	5,88	7,91	7,54	5,97	Buts
152	Production	int	8,93	9,14	9,22	8,81	Buts
153	Adaptation	int	7,72	7,57	8,15	7,11	Adaptation
154	Buts	int	7,28	6,94	7,46	6,76	Adaptation
158	Adaptation	int	6,51	6,49	6,80	6,16	Adaptation
159	Adaptation	int	7,79	8,06	8,24	7,54	Buts
160	Adaptation	int	4,95	4,87	5,74	4,00	Adaptation

Annexe 54: Moyenne des notes accordées aux variables selon le groupe d'individus.

N°	Pôle final : Adaptation	Total			
		Min	Int	Org	
CC08	L'existence d'organismes intersectoriels pour piloter les programmes de SSP impliquant plusieurs secteurs.	5,9	7,20	5,23	5,40
CC09	Le fait que le système de SSP offre une gamme étendue de services.	5,53	5,30	5,47	6,80
CC18	Le renforcement de la fonction budgétaire du M. S.	7,05	7,47	6,94	6,00
CC19	Des stratégies au niveau du M. S. pour augmenter les taux de fréquentation des structures sanitaires.	8,24	8,84	7,89	8,40
CC25	L'existence de directives précises pour réduire les temps d'attente.	7,03	7,70	6,56	7,60
CC29	Une stratégie nationale visant à offrir des avantages économiques conformes aux aspirations légitimes des travailleurs du système de SSP.	6,65	7,65	6,23	5,60
CC32	L'existence de stratégies de communication au niveau du M.S. pour sensibiliser les autres ministères aux programmes de SSP.	6,1	6,20	5,89	7,20
CC34	L'existence au sein du Ministère de la santé d'un système d'information.	7,97	7,90	7,80	9,40
CC43	L'existence d'un système assurant la conformité des matériels à des standards de qualités prédéfinis.	5,95	7,10	5,00	8,00
CC54	L'existence de stratégies visant à rendre efficace le système de gestion des stocks de matériels.	7	7,25	6,83	7,20
CC56	L'existence de stratégies au niveau du M. S. pour obtenir l'adhésion des partis politiques et autres regroupements de la société civile.	4,55	4,15	4,54	6,20
CC57	L'existence d'une structure chargée d'évaluer le système de SSP.	7,78	7,90	7,54	9,00
CC58	La capacité du M.S. à apporter une assistance technique aux autres ministères dans les programmes ayant un impact sur la santé.	6,83	7,65	6,31	7,20
CC60	L'existence de stratégies de diffusion de l'information à tous les niveaux du système de SSP.	7,08	7,55	6,77	7,40
CC66	Le fait que des services de prévention soient offerts par le système de SSP.	7,17	7,25	6,77	9,60
CC68	Le fait que le système de SSP offre des services de conseil et d'éducation à la santé.	7,48	7,40	7,29	9,20
CC70	L'existence d'un programme de réhabilitation et d'entretien des infrastructures sanitaires publiques existantes.	7,77	8,50	7,26	8,40
CC72	La capacité du système à s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités.	5,45	6,45	4,86	5,60
CC74	La capacité du système de SSP à offrir des services intégrés.	6,8	7,50	5,94	9,80
CC77	L'existence d'une politique de maintenance des infrastructures et du matériel au niveau du M.S.	7,93	8,80	7,24	9,20
	Moyenne	6,81	7,29	6,42	7,66

Num	Pôle final : Buis	Total	Min	Int	Org
CC03	L'existence de stratégies pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès de la population.	6,82	6,50	6,97	7,00
CC06	L'existence d'une politique nationale d'éducation pour la santé.	7,82	7,95	7,94	6,40
CC10	La capacité du M. S. à définir des protocoles de soins.	7,41	7,40	7,32	8,00
CC12	L'existence de stratégies pour assurer un entraînement dans le suivi du malade à travers le temps.	5,88	5,65	5,66	9,00
CC13	Existence de stratégies pour aider les travailleurs du système de SSP à assimiler la déontologie de leur profession.	6,58	6,85	6,71	4,00
CC14	Des mesures propres à offrir des locaux de travail fonctionnels aux travailleurs du système de SSP.	6,18	6,50	6,03	6,00
CC20	L'existence d'un service chargé de produire des matériels d'éducation sanitaire.	6,78	7,45	6,76	4,20
CC23	L'existence d'une stratégie claire du M. S. pour rendre les services accessibles à la population.	8,22	8,40	7,91	9,60
CC35	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au sein du M. S.	7,21	7,00	7,41	6,80
CC37	L'existence de stratégies encourageant le travail en équipe au niveau du personnel clinique.	6,1	6,05	5,97	7,20
CC39	Des mesures visant à tenir compte des goûts de la communauté dans l'aménagement des locaux.	4,13	4,00	3,89	6,40
CC41	Des mesures assurant des possibilités de structure aux travailleurs du système de SSP.	6,9	6,55	6,91	8,20
CC45	La capacité du M.S. à acquérir des ressources financières supplémentaires.	7,2	7,55	6,71	9,20
CC46	L'existence d'une structure chargée de repérer et d'évaluer les nouveaux technologies.	5,58	4,95	6,37	2,60
CC47	L'existence d'une politique nationale de prévention des maladies et des accidents.	8,37	8,40	8,18	9,60
CC51	L'existence de directives précises pour les horaires de services.	6,28	5,70	7,14	2,60
CC52	La capacité du système de SSP à offrir des services complets (qui s'adressent à l'ensemble de l'être humain).	6,77	6,05	6,94	8,40
CC53	Une politique fixant les possibilités d'avancement des travailleurs du système de SSP.	6,92	6,95	6,80	7,60
CC59	Un cadre réglementaire laissant aux travailleurs du système de SSP de la liberté dans le mode d'exécution du travail.	3,97	2,95	4,56	4,00
CC65	L'existence d'une politique nationale en matière de dépistage et d'interventions précoces.	8,02	8,10	7,97	8,00
CC76	La capacité du système à s'inspirer des expériences des autres pays en matière de SSP.	7,17	7,75	6,94	6,40
	Moyenne	6,68	6,60	6,72	6,72

Num	Pôle final : Production	Total			
		Total	Min	Int	Org
CC02	La capacité du M. S. à fournir des informations sur le matériel disponible pour le système de SSP.	6,63	6,90	6,32	7,60
CC07	L'existence d'une politique visant à remédier aux situations inéquitables dans les services de santé.	6,61	6,95	6,15	8,40
CC21	L'existence de critères au niveau du M. S. pour juger des questions d'équité.	5,47	6,60	4,57	7,20
CC24	L'existence de stratégies pour assurer que les services soient délivrés avec compétence.	7,45	7,75	7,26	7,60
CC26	L'existence de stratégies pour assurer un enchaînement dans le suivi des malades qui reçoivent des services à des endroits différents.	6,57	6,55	6,40	7,80
CC27	Existence de stratégies destinées à faire connaître aux travailleurs du système les règles professionnelles de leurs collègues.	4,38	4,60	4,40	3,40
CC36	L'existence d'une structure chargée d'identifier les groupes vulnérables de la population.	6,67	6,80	7,00	3,80
CC42	Le capacité du M.S. à rendre les lois et règlements du système conformes aux valeurs dominantes de la société.	5,03	5,26	4,86	5,40
CC44	L'existence de stratégies au niveau du M.S. pour faire reconnaître son rôle central dans la politique de SSP.	5,63	5,85	5,66	4,25
CC48	L'existence d'une structure chargée d'analyser les disparités au sein de la population sur le plan de la santé.	6,37	7,35	5,83	6,20
CC49	Les stratégies visant à faire connaître aux travailleurs du système les lois et règlements du système de SSP.	5,73	6,50	5,41	4,80
CC50	La capacité du M. S. à rapprocher les services de SSP des milieux de vie et de travail de la population.	7,53	7,65	7,51	7,20
CC67	L'existence d'une politique nationale orientant le développement du système moderne de soins.	6,47	6,75	5,89	9,40
	Moyenne	6,20	6,58	5,94	6,39

Num	Pôle final : Valeur	Total	Min	Int	Org
CC01	La capacité du M.S à identifier les valeurs des travailleurs du système de SSP	6,33	6,05	6,63	5,40
CC04	L'existence d'un plan directeur financier au niveau du M. S.	7,24	7,55	6,76	9,20
CC05	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans la formulation des programmes de SSP.	6,78	7,65	6,17	7,60
CC11	L'existence d'une politique intégrant le respect de la dignité des personnes à la manière de fournir des services à la population.	6,46	7,40	5,85	6,80
CC15	Le capacité du M. S. de la santé à accorder les lois et règlements du système aux valeurs professionnelles des travailleurs du système de SSP.	4,9	5,60	4,63	3,75
CC16	La capacité du M.S. à définir des standards de qualité pour les matériels et les infrastructures à acquies.	6,68	8,10	5,51	9,20
CC17	L'existence de mécanismes pour entretenir une bonne image du système de SSP auprès des médias.	5,33	5,25	5,43	5,00
CC22	La capacité du M. S. à impliquer la communauté dans l'exécution des programmes de SSP.	7,43	8,44	6,89	7,60
CC28	Les stratégies visant à assurer que les travailleurs du système de SSP aient une vision commune de la mission du système.	6,62	7,25	6,00	8,40
CC30	L'existence de stratégies pour encourager le travail en équipe au niveau des administrateurs du M. S.	6,82	7,55	6,26	7,80
CC31	L'existence d'un procédé transparent de planification des commandes et de sélection des fournisseurs.	6,37	7,95	5,57	6,00
CC33	La capacité du M. S. à coordonner les différentes sources de financement du système de SSP.	7,28	7,75	6,80	8,80
CC38	L'existence de stratégies permettant au personnel administratif et clinique du système de soins de travailler en équipe.	6,95	7,85	6,31	7,80
CC40	Les stratégies assurant que les travailleurs du système de SSP se conduisent en accord avec les lois et règlements du système.	5,95	6,30	5,63	6,80
CC55	Des mesures adaptant l'emploi au style de vie et aux autres rôles sociaux des travailleurs du système de SSP.	3,68	3,55	4,00	2,00
CC61	Le fait que des soins curatifs soient offerts par le système de SSP.	6,51	5,68	6,54	9,40
CC62	La capacité du M. S. à promouvoir un ensemble de valeurs propres au système de SSP.	4,66	4,90	4,51	4,75
CC63	Un cadre réglementaire favorisant les initiatives à l'intérieur du système de SSP.	4,76	5,35	4,32	5,40
CC64	La capacité du Ministère de la santé à réglementer la construction des infrastructures sanitaires privées.	7,12	8,15	6,76	5,40
CC69	L'existence d'une politique nationale pour la collaboration avec le système traditionnel de soins.	6,67	7,30	6,26	7,00
CC71	Une politique de gestion des ressources humaines prenant en compte les relations interpersonnelles au travail.	6,37	7,05	5,57	9,20
CC73	La capacité du M.S. à canaliser les dons en matériel et équipement en fonction de standards prédéfinis.	5,85	6,85	5,54	4,00
CC75	L'existence d'un système d'observation des bénéficiaires du système de santé.	6,66	7,45	5,79	9,40
	Moyenne	6,24	6,83	5,82	6,81