



Les Données de Santé Communautaire:

Expérience de MAHEFA pour assurer la qualité des données de santé au niveau communautaire



Community-Based Integrated Health Program (CBIHP), localement dénommé MAHEFA, est un programme de santé communautaire intégré financé par l'USAID pour cinq ans (2011-2016). Le programme a été mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), en partenariat avec Transaid et The Manoff Group, en étroite collaboration avec le Ministère de la santé publique, le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Il a été réalisé dans six régions du nord et du nord-ouest de Madagascar (Menabe, SAVA, DIANA, Sofia, Melaky et Boeny). Durant la vie du programme, 6 052 agents communautaires (AC) ont été formés, équipés et supervisés pour fournir des services de santé de base dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile; la planification familiale et la santé reproductive, y compris la prévention des infections sexuellement transmissibles; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; la nutrition; la prévention et le traitement du paludisme. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur communauté, encadrés et supervisés par les responsables des centres de santé de base. Ils ont fourni des services selon le mandat qui leur est assigné dans la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). Dans ce cadre, à l'instar des autres acteurs communautaires impliqués dans le programme MAHEFA, ils ont accompli leur travail en volontaires.

Cette fiche technique fait partie d'une série de quinze fiches techniques produites par MAHEFA, et qui mettent en évidence des approches stratégiques choisies, des innovations, des résultats et des enseignements tirés du programme. Les thèmes abordés dans les fiches techniques concernent *la responsabilisation pour le changement de comportement, les groupes d'écoute radio, l'utilisation de la Fiche d'Evaluation par la Communauté ou FEC, l'introduction combinée de Chlorhexidine 7,1% / Misoprostol, l'approche Communes Championnes, la mobilité des agents communautaires, le système de transport d'urgence communautaire, le paludisme, la motivation des AC, la planification familiale et la jeunesse, WASH, eBox, les mutuelles de santé, et le renforcement de capacité des ONG.*

Contexte Général

Le suivi et l'évaluation (S&E), processus par lequel les données sont collectées et analysées, sont essentiels pour suivre les progrès et fournir des informations aux décideurs et autres parties prenantes pour être utilisées aux fins de planification et de gestion du programme. Par ailleurs, les programmes doivent porter une attention particulière sur la qualité de données, et appliquer des normes rigoureuses pour évaluer la qualité des données utilisées et rapportées. Dans un programme intégré de santé communautaire impliquant les acteurs communautaires ayant un bas niveau d'éducation et/ou peu d'expérience dans le rapportage des données, instaurer les concepts de suivi et évaluation et de qualité de données pourrait s'avérer un défi non négligeable. Toutefois, il est important que ces acteurs comprennent ces concepts étant donné que la collecte et le rapportage des données commencent à leur niveau, avant que les informations soient par la suite agrégées, puis envoyées à la prochaine hiérarchie. La présente fiche technique se focalisera spécifiquement sur le suivi et évaluation incluant l'assurance qualité des données au niveau communautaire, notamment avec les agents communautaires (AC).

Contexte de MAHEFA

A Madagascar, le mécanisme de gestion du système de santé du Ministère de la Santé Publique est organisé selon quatre niveaux : Central, intermédiaire ou régional, périphérique avec le district et la commune, et communautaire dans les *fokontany*, niveau administratif le plus bas. Le niveau communautaire est cadré par la Politique Nationale de la Santé Communautaire (PNSC, 2009) et fait le rapportage au niveau de la commune.

Les agents communautaires (AC) sont les premiers acteurs dans la structure de santé communautaire. Ils sont élus au niveau *fokontany* selon les critères présentés dans l'encadré 1. Leur rôle consiste à mener des sensibilisations, et faire des prises en charge en matière de santé, nutrition et de protection sociale auprès de la communauté. Les AC sont sous la supervision technique du Centre de Santé de Base (CSB) de rattachement dans la commune.

Les données collectées à différents niveaux du système de santé sont compilées et analysées au niveau central et utilisées par les différentes parties prenantes. Il est à noter que l'harmonisation des rapports d'activités du niveau communautaire et leur intégration dans le système de santé au niveau central a été effective depuis 2015.

Encadré 1 : Critères des sélection des AC

- ◆ Issu de la communauté locale
- ◆ De sexe masculin ou féminin
- ◆ Agé de 18 ans ou plus
- ◆ Sachant lire, écrire et calculer
- ◆ Ayant le sens de la conviction humanitaire
- ◆ Disponible, volontaire et motivé
- ◆ Dynamique, sociable et bon communicateur
- ◆ Réputé être honnête

Sources: PNSC, Arrêté interministériel n°8014/2009

1. Ministère de la Santé Publique, Guide de mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire, 2014



Approche MAHEFA

Le programme MAHEFA a introduit les activités de santé communautaire intégrées dans six régions les plus enclavées de Madagascar. Avec l'approche intégrée du programme qui inclut l'introduction de plusieurs innovations, les acteurs communautaires sont devenus responsables de la gestion de différents types d'activités de santé et des interventions associées. Beaucoup d'indicateurs sont ainsi nécessaires pour suivre les progrès, d'où le volume considérable de données à collecter et à vérifier à ce niveau.

MAHEFA a appuyé 6 052 AC dans 24 districts à travers les ONG partenaires de mise en œuvre au niveau local qui servent d'interface entre les AC et les bureaux régionaux du programme². Les équipes de terrain des ONG travaillaient au niveau de la commune et fournissaient des appuis directs aux AC. Au niveau du secteur de santé publique, les AC sont appuyés par les Chefs CSB, qui sont leurs superviseurs techniques. Pour le programme MAHEFA, les AC étaient les premiers responsables de la collecte des données, et soumettaient des rapports mensuels d'activités auprès du programme MAHEFA et des Chefs CSB, responsables de la vérification de la qualité des données avant leur transmission au district.

Parmi les AC appuyés par le programme, 92 pourcent n'ont pas terminé leurs études secondaires, et 29 pourcent les études primaires. Face à ce bas niveau d'instruction des acteurs communautaires en charge de la mise en œuvre des activités intégrées, MAHEFA a mis l'accent dans l'opérationnalisation d'un système de suivi et évaluation et d'assurance de la qualité des données. MAHEFA a réalisé des activités spécifiques afin d'impliquer et appuyer les AC, et les acteurs tels que les techniciens accompagnateurs des ONG (TA) et les Chefs CSB étaient particulièrement motivés pour appuyer l'instauration et le fonctionnement du premier niveau du système. Les efforts destinés à l'assurance d'une bonne qualité de données ont été effectués dans un esprit de collaboration et d'appui formatif que de contrôle et d'inspection.

Principales Activités

Les activités en matière d'assurance de la qualité des données (DQA) s'alignent avec les neuf composantes fonctionnelles d'un système de S&E, énumérées dans l'encadré 2³. MAHEFA a tenu compte de toutes les composantes dans la conception et la mise en œuvre de son système S&E ; cette fiche technique détaille précisément les composantes de son système de S&E qui nécessitaient une attention particulière pour répondre aux besoins des AC.

1. Adapter et/ou développer les outils de collecte et de rapportage des données.

Pour les AC, des outils de gestion ont déjà été conçus et utilisés par les programmes du Ministère de la Santé Publique et d'autres partenaires dans d'autres régions de Madagascar. Ayant de nouveaux besoins qui ne figuraient pas dans les outils existants, MAHEFA a adapté ces outils ou élaboré de nouveaux.

Encadré 2: Composantes fonctionnelles du système S&E pour assurer la qualité des données

- ◆ Capacités, rôles et responsabilités en S&E
- ◆ Formation
- ◆ Directives pour le rapportage des données
- ◆ Définitions des indicateurs
- ◆ Outils de collecte et de rapportage de données
- ◆ Processus de gestion des données
- ◆ Mécanismes et contrôles de qualité de données
- ◆ Liens avec le système de rapportage national
- ◆ Utilisation des données

Pour ce faire et pour une utilisation optimale par les AC, les étapes suivantes ont été effectuées :

- Evaluation, revue et adaptation des outils déjà existants, prenant en compte les acquis et outils des programmes de santé antérieurs mis en œuvre par le Ministère de la Santé.
- Conception des outils de gestion et canevas de rapports standard, simplifiés et adaptés au niveau d'instruction des utilisateurs et incluant les feedbacks des AC. La première édition des nouveaux outils a été testée sur terrain pendant environ huit mois en 2012, pour collecter par la suite les feedbacks des utilisateurs, particulièrement sur le format et le mode de remplissage des outils. Quelques exemples de changements apportés sont présentés dans l'encadré 3.
- Etablissement et insertion de guide d'utilisation en première page des outils. Les fiches de rapports ont été établies sous forme d'autocopiants en tri folio pour faciliter la fiabilité des données, la vérification et l'archivage.
- Développement de manuel de S&E pour les AC et TA qui décrit le circuit de rapportage des données, avec les échéances. MAHEFA a

2. De 2011-2014, MAHEFA n'a pas pu travailler avec le GOM pour une raison de restriction du Gouvernement Américain envers le GOM

3. David Boone, Ronald Tran Ba Huy, Cyril Pervilhac, Annie La Tour, 2008. "Routine Data Quality Assessment Tool (RDQA), Guidelines for Implementation for HIV, TB, & Malaria programs"



aussi élaboré des job aids et check-lists pour faciliter le suivi.

2. Mettre en œuvre les processus, mécanisme et contrôle élaboré de gestion des données pour assurer leur qualité. Dans le programme, en général chaque AC a été formé sur les thèmes de santé intégrés avec des modules de Suivi-Evaluation comprenant l'utilisation des outils de gestion correspondants et les défis potentiels de rapportage. Après formation, MAHEFA a mis en place un système d'appui continu sous forme de regroupements mensuels, où tous les AC dans une commune se réunissent avec le Chef CSB et le TA au CSB pour revoir les rapports, vérifier les données, et discuter des défis et solutions.

En ce qui concerne particulièrement la DQA, le programme a développé des outils de gestion et de vérification des données et, entre juillet et septembre 2013, une formation spécifique sur la DQA a été dispensée en cascade aux TA qui ont formé à leur tour les AC. Les outils incluaient une fiche de vérification mensuelle des rapports que les AC utilisaient. Le guide DQA comprend :

1) La collecte/vérification des rapports des AC ; 2) la vérification de la cohérence et de la fiabilité des données ; 3) l'analyse des performances des AC ; 4)

L'approbation des rapports des AC ; et 5) La consolidation des rapports des données des AC. Ce guide était principalement destiné aux TA mais a été également utilisé par les AC pendant le regroupement mensuel pour leur donner des rétro-informations, et par les Chefs CSB après la levée de la restriction politique du Gouvernement des Etats Unis.

Pendant le regroupement mensuel des AC, le TA et le Chef CSB vérifiaient, approuvaient et consolidaient les rapports d'activités des AC. Après la formation, le guide DQA était utilisé et la fiche de vérification mensuelle remplie par le TA lors du regroupement. Le TA, le Chef CSB et les AC faisaient alors ensemble les vérifications et les validations, ainsi que les prévisions du mois suivant.

Dans les communes ayant beaucoup d'AC rattachés à un CSB, les TA et le chef CSB ne disposent pas d'assez de temps pour procéder à la vérification et l'approbation de tous les rapports des AC. MAHEFA y a identifié des AC parmi les plus performants en qualité et remplissage de leurs outils, et les a formés sur le tas sur la vérification des rapports et ainsi aider les TA et CSB pendant le regroupement mensuel. Cette approche a encouragé les échanges entre AC et a en général amélioré le niveau de connaissance des AC. Dans le temps, le nombre des AC performants capables de faire les vérifications des rapports a augmenté. Dans les communes où tous les AC sont devenus des « vérificateurs », la pratique de ce qu'on appelle « la vérification par pair » est devenue la norme.

Résultats

Les efforts de MAHEFA d'instaurer des procédures solides sur le S&E et le DQA qui ont à la fois impliqué les acteurs communautaire et répondu à leurs besoins ont permis les réalisations suivantes :

Les outils ont été élaborés dans une forme plus conviviale pour les AC, ce qui rendait leur utilisation facile, pour contribuer à la fin à une amélioration de la qualité des données rapportées.

Les acteurs communautaires sont plus conscients de l'importance de rapporter des données de qualité. L'intégration de la DQA à chaque regroupement mensuel et l'utilisation des données ont les plus décisives pour cette amélioration.

L'introduction de la pratique « vérification des données par pair » a renforcé l'assurance de la qualité des données. Cette pratique a augmenté les connaissances et compétences des AC par leur implication comme « vérificateurs » dans l'application pratique du concept de DQA. Les autres AC ont aussi à leur tour amélioré leur connaissance et compétences au fur et à mesure.

La qualité des données s'est améliorée. Bien que le nombre d'erreurs qui ont nécessité des corrections n'aient pas été systématiquement comptabilisés au niveau des TA, une amélioration de la qualité a été constatée après les formations en DQA. La promptitude des rapports mensuels des AC soumis et validés par le TA et le Chef CSB a augmenté de 66 pourcent en moyenne avant le mois d'août 2013 à 80 pourcent et plus à partir du mois d'octobre 2013. En examinant les données sur les utilisateurs de la planification familiale, thème où les erreurs sont communes: sur les 369 AC qui ont fait une erreur sur le comptage des nouveaux utilisateurs, utilisateurs réguliers, et perdues de vue en octobre 2013, seulement 30 pourcent l'ont encore faits le mois suivant et moins de cinq pourcent trois mois après. En mars 2014, aucun de

Encadré 3: Exemples de changements faits selon les feedback des AC sur les outils

- ◆ Réduction du format des registres pour les rendre plus faciles à transporter (ex: aux sensibilisations, regroupements mensuels)
- ◆ Agrandissement des cellules dans le registre pour les rendre plus lisibles et pour mieux contenir les écritures de certains AC.
- ◆ Elaboration des colonnes et lignes dans les registres et rapports pour permettre une simple retranscription du total du mois dans le registre au rapport. Chaque colonne dans un registre a été arrangée à ne donner qu'une seule information afin de faciliter le calcul du total et le report dans une nouvelle page et dans le rapport mensuel.



ces AC ne faisait d'erreurs dans le comptage et le rapportage de ces indicateurs (Figure 1).

Défis

Difficulté d'atteindre les acteurs communautaires dans les zones enclavées. Malgré les efforts décrit ci-dessus, il est toujours difficile d'atteindre les AC et les acteurs communautaires travaillant dans les zones isolées et enclavées. Des instructions et mises à jour provenant du niveau central ont du mal à parvenir dans ces zones rendant ardue l'harmonisation. Au vu de la distance à parcourir et l'inaccessibilité liées à la saison de pluies, les AC dans ces zones ne sont pas assidus pour les regroupements mensuels, les DQA et la vérification des rapports.

Insuffisance ou absence d'utilisation des données par certains AC et TA. Pour ces derniers, ils n'ont pas saisi la valeur et l'importance des données et en négligent la qualité. Ils ne sont pas motivés et considèrent même cette tâche comme un travail supplémentaire.

Faible liaison avec le système de rapportage national. Les données communautaires n'étaient pas encore prises en considération dans le système d'information national. Le système S&E de MAHEFA a été développé pour pouvoir remonter les données dans ce système, en évitant de créer un système parallèle. Les rapports des AC ont été soumis aux Chefs CSB qui étaient à leur tour responsables de leur remontée au niveau supérieur. Toutefois, cette étape n'est pas encore standardisée et systématisée. A terme, l'on s'attend à plus d'améliorations dans la qualité des données sanitaires du niveau communautaire.

Leçons Apprises et Recommandations

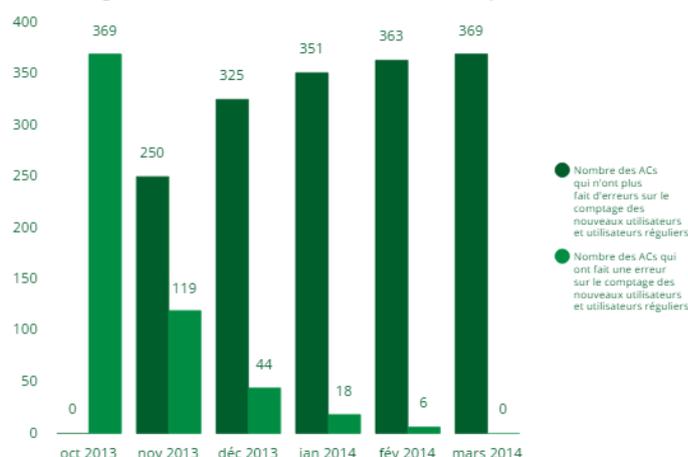
Assurer une qualité supérieure des données au niveau communautaire est possible. Dans un contexte où les AC ont un bas niveau d'instruction et que c'est la première fois qu'on a initié les activités intégrées en santé communautaire, MAHEFA a pu rehausser la qualité des données à un niveau acceptable, voire élevé. Les efforts déjà effectués devront être continués et d'autres approches novatrices à identifier pour être mises en œuvre par les futurs programmes.

Planifier de manière appropriée et allouer des ressources pour l'appui des AC. MAHEFA recommande une formation pour les AC (minimum deux jours) et une supervision formative rapprochée, surtout dans les premiers mois d'utilisation. Des modules de formation sur l'utilisation des outils de gestion communautaire en santé devraient être élaborés et prendre en compte les niveaux d'instructions variés et la capacité d'assimilation des AC. De même, chaque AC devrait être suivi de près jusqu'à leur maîtrise des outils et des procédures.

Renforcer voire instaurer l'importance de S&E dans le cadre de la culture de base du programme. Avec la culture de suivi évaluation, les acteurs (AC, TA et Chef CSB) peuvent rapidement prendre conscience de l'importance de données de qualité. La culture de S&E est renforcée par la clarification des rôles et responsabilités pour les données, l'implication des acteurs dans l'élaboration du système et des outils dans la mesure du possible, l'appui fiable et continu aux acteurs, et l'utilisation des données. En plus, les concepts de qualité des données doivent être renforcés à chaque opportunité de manière formative et collaborative. Quand les acteurs trouvent que les données sont nécessaires et utiles pour leur planification ainsi que pour la prise de décision, ils vont rechercher des données valides, intègres, précises, fiables et à temps.

Adapter et utiliser les documents de référence élaborés. Des documents de référence, tels que manuel, guide, check-list, et jobaid devront être élaborés et utilisés pour application systématique de la stratégie globale de S&E, afin de faciliter l'harmonisation du fonctionnement du programme. La recherche de la rétroaction de la part des utilisateurs sur le système pendant une phase pilote peut améliorer l'élaboration des outils tout en encourageant l'appropriation parmi les acteurs.

Figure 1. Amélioration du comptage des nouveaux utilisateurs et utilisateurs réguliers de méthode contraceptive



POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ CONTACTER:

JSI Research & Training Institute, Inc. | 44 Farnsworth Street, Boston, MA 02210 617.482.9485, www.jsi.com

Cette fiche technique a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research and Training Institute, Inc est entièrement responsable de son contenu, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.