

Évaluation de la performance du système local d'information sanitaire au Mali (2018)

Aminata Traoré, MD, MPH¹; Madina Ba Kouyaté, MD¹; Abdoulaye Maiga, MD¹; Adama Ouattara, IT¹; Issaka Dombélé MD, MPH¹; Alamako Doumbia, MD, MPH¹; Ismael Dombélé, MD, MPH¹; Ouassa Berthe, MD, MPH²; Mamoutou Diabaté MD, MPH²; Mamadou Alimou Barry, PharmD, MPH, MSc¹; Jeanne Chauffour, MSc¹

¹MEASURE Evaluation, ²Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali

Résumé

L'évaluation 2018 de la performance de la gestion du système local d'information sanitaire (SLIS) du Mali, à l'aide des outils PRISM, a mesuré les changements de l'état du système d'information sanitaire de routine (SISR) depuis la dernière évaluation datant de 2013.

L'évaluation de 2018 a révélé des progrès significatifs dans l'utilisation des données, l'assurance de la qualité des données et les preuves de l'analyse de données aux niveaux district, régional et central du SISR. Cependant, l'évaluation a également révélé des faiblesses au niveau des formations sanitaires (FS). Surtout, l'exactitude des données était une préoccupation à (et seulement à) ce niveau car c'est là que l'entrée de toutes les données se fait à présent.

Les autres faiblesses qui se sont dégagées de l'évaluation de 2018 sont liées aux difficultés d'archivage des outils et des rapports du SISR, au mauvais partage des documents de gestion normatifs du SISR, à l'instabilité et au renouvellement fréquent du personnel de santé et aux problèmes de sécurité dans le nord et le centre du pays. Ces problèmes ont sérieusement affecté la performance des sites enquêtés, en particulier au niveau le plus périphérique (c'est-à-dire les centres de santé communautaire, ou CSCom), non seulement en terme de qualité des données mais aussi en terme d'utilisation des données.

Les résultats de l'évaluation ont montré que la promotion de la culture de l'information ne suffit pas à elle seule à changer les habitudes. Un suivi plus étroit est nécessaire pour renforcer la capacité du personnel à travailler avec les outils à leur disposition et leur volonté de les utiliser régulièrement.

Les résultats ont montré que des fonctions de gestion essentielles existent mais doivent être renforcées, afin qu'elles soutiennent mieux le SISR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire: FS, district, région et central. L'évaluation de 2018 a également souligné la nécessité de maintenir les progrès accomplis par le SISR du Mali.

Introduction

Les interventions sur le SISR au Mali par le projet MEASURE Evaluation, financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), ont commencé en 2015 à la suite d'une évaluation de la performance du SISR menée en fin 2013. Les résultats de l'évaluation de 2013 ont conduit à la conception d'un programme afin que MEASURE Evaluation appuie le Ministère de la Santé dans le renforcement du SLIS du Mali. L'évaluation PRISM de 2018 a évalué les progrès accomplis dans l'amélioration du SLIS depuis —en identifiant les principaux déterminants de sa performance. Sont présentés sur ce poster quelques résultats de l'évaluation PRISM du SLIS datant de 2018.

Méthodes

Conception de l'étude: Une enquête transversale visant à évaluer la performance du SISR et à apprécier les influences des principaux déterminants sur cette performance.

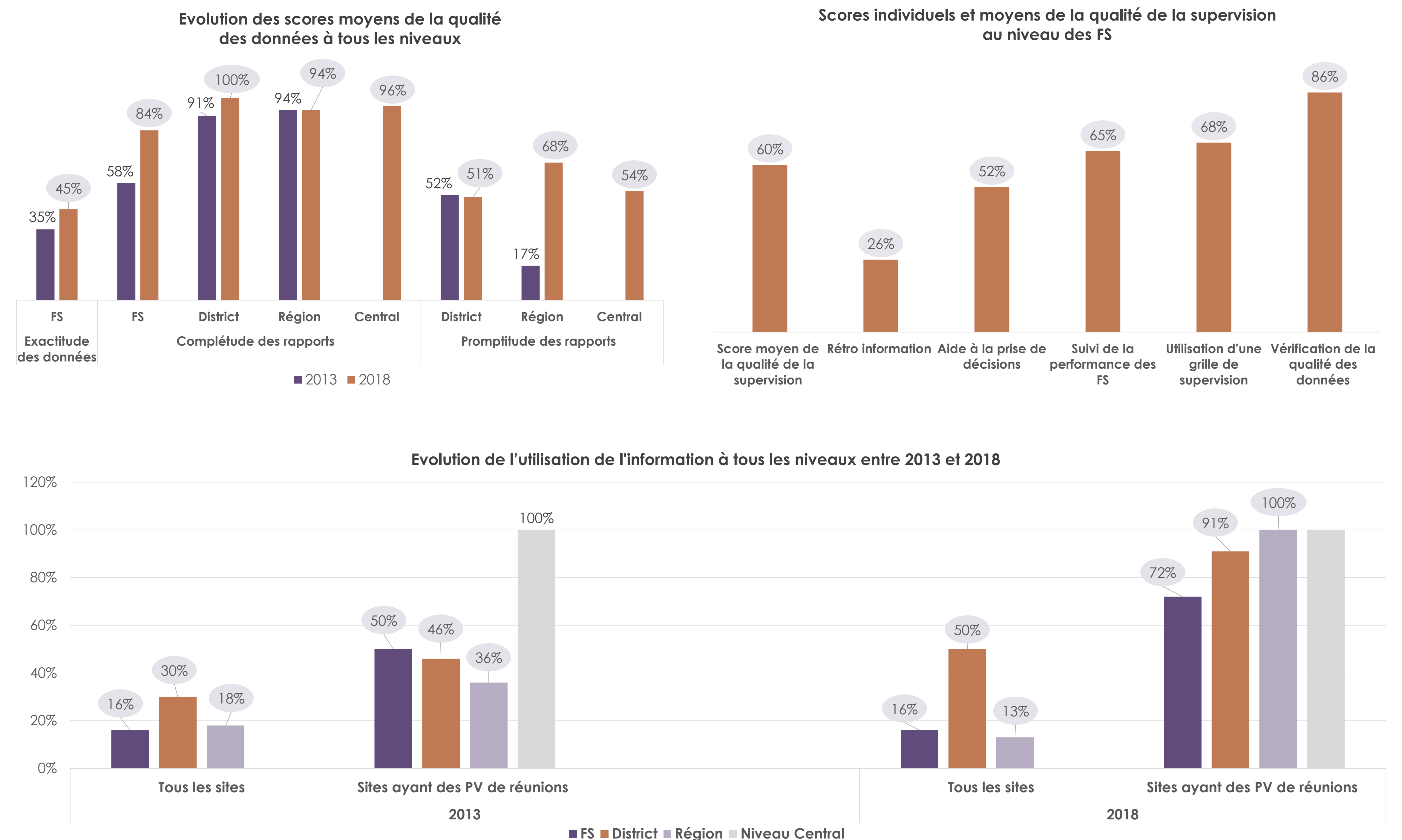
Cibles: L'enquête de 2018 visait tous les niveaux de la pyramide sanitaire (FS, districts, régions et bureaux SISR au niveau central) à l'aide des outils PRISM développés et révisés par MEASURE Evaluation. Les outils PRISM sont composés de six modules: l'outil d'aperçu général du SISR, l'outil de diagnostic de la performance du SISR, l'outil d'évaluation de la fonctionnalité et de l'aptitude à l'utilisation de la base de données électronique, l'outil d'évaluation de la gestion du SISR, la liste de contrôle des FS et bureaux et l'outil d'évaluation organisationnelle et comportementale (OBAT). À deux exceptions près, tous les outils PRISM ont été utilisés aux quatre niveaux du SISR pour recueillir des données quantitatives et qualitatives. La section « fonctionnalité » de l'outil d'évaluation de la fonctionnalité et de l'aptitude à l'utilisation de la base de données électronique ainsi que l'outil d'aperçu général du SISR n'ont été administrés qu'au niveau central.

Échantillonnage: La sélection des sites était basée sur un échantillonnage à la fois pratique et aléatoire pour prendre en compte à la fois le plus grand poids des sites clés comme les centres de santé de référence (CSRef) par rapport à celui des CSCom, ainsi que le plus grand poids des districts situés dans le chef-lieu des régions par rapport aux autres districts de la même région. La taille globale de l'échantillon était de 8 régions, 14 districts et 140 FS.

Méthodes de collecte des données: Les données ont été collectées au moyen de revues documentaires, d'observations, d'entretiens et de l'extraction de données à partir des principaux outils de collecte et de communication des données ainsi que des bases de données du SISR. Des questionnaires ont été adressés aux institutions interrogées, à l'exception des deux questionnaires destinés aux agents SIS: l'OBAT, qui évalue les opinions, les connaissances et les compétences du personnel en relation avec l'exécution des tâches spécifiques au SISR (calcul de taux, développement de graphiques, interprétation et utilisation des données), et la section « aptitude à l'utilisation » de l'outil d'évaluation de la fonctionnalité et de l'aptitude à l'utilisation de la base de données électronique, qui évalue la capacité du personnel à effectuer des tâches sur le logiciel de gestion des données du SISR. Pour vérifier les tendances de la qualité des données, trois périodes ont été définies et quatre indicateurs ont été sélectionnés pour les vérifications de l'exactitude des données.

Saisie et analyse des données: Les questionnaires ont été configurés à l'aide de fichiers de définition de formulaire Microsoft Excel, transformés en fichiers XML et téléchargés sur le serveur d'agrégation Open Data Kit (ODK). Ils ont ensuite été téléchargés sur des tablettes Android à l'aide d'ODK Collect. Les données saisies ont été transférées sur le serveur ODK puis téléchargées pour générer des fichiers CSV propres à chacun des six modules. Les fichiers CSV ont ensuite été analysés séparément avec l'outil d'analyse du PRISM (PAT), basé sur le guide d'analyse du PRISM développé par MEASURE Evaluation.

Résultats pour le SLIS



Discussion et Conclusion

Exactitude des données: Cet aspect de la qualité des données n'était pertinent qu'au niveau des FS, car le système de collecte et de gestion des données dans sa conception actuelle autorise la saisie des données uniquement au niveau des CSCom et CSRef. Aucune distorsion des données n'est possible une fois que les données sont dans le système. Les scores d'exactitude observés au niveau des FS indiquent clairement que l'exactitude est très faible malgré la légère augmentation observée dans les scores moyens entre 2013 et 2018 (35% contre 45%). Des progrès significatifs dans ce domaine sont nécessaires. Le manque d'exhaustivité des documents sources, un faible archivage des rapports et des sources de données primaires (par exemple, les registres), le non-respect des directives pour l'enregistrement correct des diagnostics et les erreurs de saisie des données expliqueraient les écarts observés entre les documents sources et les rapports des FS. Ces faiblesses doivent être corrigées avec diligence pour améliorer l'exactitude globale des données du SISR.

Complétude des rapports: La complétude moyenne des rapports entre 2013 et 2018 a augmenté au niveau des FS (58% à 84%) et au niveau des districts (91% à 100%) et est restée stable au niveau régional (94%). Au niveau des FS, bien qu'il y ait eu une légère variation entre les deux enquêtes dans leurs approches de vérification de la complétude des éléments de données des rapports, les scores pour les complétudes des éléments de données variaient de 72% à 90%, pour un score moyen de 84%. Ce score suggère une marge de progression de 16% en moyenne; une attention particulière est nécessaire ici pour atteindre des taux d'exhaustivité plus élevés. La disponibilité des rapports au niveau des FS et la complétude des rapports aux niveaux supérieurs ont régulièrement augmenté du bas vers le haut de la pyramide sanitaire.

Promptitude des rapports: Au niveau des districts, le respect des délais est très faible quelle que soit la méthode utilisée, variant de 27% (rapports sur papier) à 51% (rapports du système électronique). La promptitude a régulièrement augmenté du niveau des districts (51%) au niveau régional (68%) et central (54%).

Utilisation des données: L'utilisation des données pour la prise de décision a évolué favorablement du niveau des FS au niveau central (pour les sites ayant des procès-verbaux [PV] de réunions). Une amélioration de l'utilisation des données a été observée de 2013 à 2018 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, même si les scores d'utilisation des données aux niveaux périphérique et régional sont plus faibles qu'aux niveaux des districts et central pour tous les sites enquêtés. Ces constatations soulignent la nécessité d'un système de documentation des résultats des revues des données en se concentrant sur: 1. La nécessité d'un bon système d'archivage et de conservation des PV des réunions sur les données pour faciliter les audits chaque fois que cela est nécessaire; 2. L'urgence d'améliorer la qualité des PV des réunions de revue des données afin de rendre compte fidèlement sur les points discutés.

Conclusion: Le soutien ciblé au niveau périphérique doit clairement être renforcé. En améliorant la qualité des données et en créant les conditions propices à une analyse et utilisation rigoureuse des données, le Mali peut à son tour améliorer sa prise de décision en matière de santé et la qualité des prestations de services.