



Novembre 2021 v.4

Étude VxData Insights: Rapport Transnational



Ce document est le dernier rapport pour l'étude **VxData Insights**, qui a pour objectif de mieux comprendre les causes profondes de la sous-utilisation des données dans les programmes de vaccination et de mettre en évidence les domaines d'intervention prioritaires.

Ce rapport porte sur les résultats au niveau mondial. Les apprentissages par pays ont également été documentés dans divers rapports, webinaires et séries de blogs, accessibles via la page de ressources du projet.



- ① **Sommaire
Executif**
- ② **Contexte
du Projet**
- ③ **Cartographie
du Système**
- ④ **Causes
Fondamentales**
- ⑤ **Domaines
Prioritaires**

1

Sommaire Executif

2

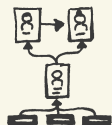
Contexte du Projet

Contexte du Projet . . . p.14
 Chronologie & Activités p.15
 Methodologie p.16
 Au sujet de COVID-19 . . p.19

3

Cartographie du Système

Aperçu de la cartographie du Système p.21
 Cartographie du système p.22
 Niveau Communautaire p.23
 Niveau du Centre p.24
 Niveau de la Zone/ du Sous-comté/ du District p.25
 Niveau Provincial/ du Comté p.26
 Niveau National p.27



4

Causes Fondamentales

Survol du Cadre p.29
 Faible capacité. p.30
 Accès p.31
 Temps p.32
 Outils et protocoles . . p.33
 Savoir-faire p.34
 Faible Motivation p.35
 Conditions de Travail .p.36
 Confiance dans les données . . . p.37
 Pouvoir d'agir. p.38
 Incidence. p.39



5

Domaines Prioritaires

Contexte p.41
 Aperçu p.42
 Personnes p.43
 Ressources p.47
 Outils p.51
 Interactions p.58
 Planning p.64
 Autres Ressources p.68



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

1

Sommaire Executif



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

Causes
Fondamentales

5

Domaines
Prioritaires

Malgré des progrès significatifs, la vaccination de routine et l'introduction de nouveaux vaccins font toujours face à des **défis importants dans la collecte et l'utilisation de données de qualité pour la planification, la gestion et l'amélioration des performances.**

Hierarchiser et relever ces défis de manière adéquate sont difficiles sans comprendre le contexte dans lequel ils surviennent.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Le projet VxData Insights a adopté **l'approche du design centré sur l'humain** pour rassembler les perspectives et **les défis spécifiques aux données des acteurs à tous les niveaux des programmes de vaccination élargis (PEV)** dans trois pays : le Kenya, la RDC et le Mozambique.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires



Nous avons mené **198 entretiens contextuels approfondis** avec des agents de santé et des gestionnaires, du niveau communautaire jusqu'au niveau national.



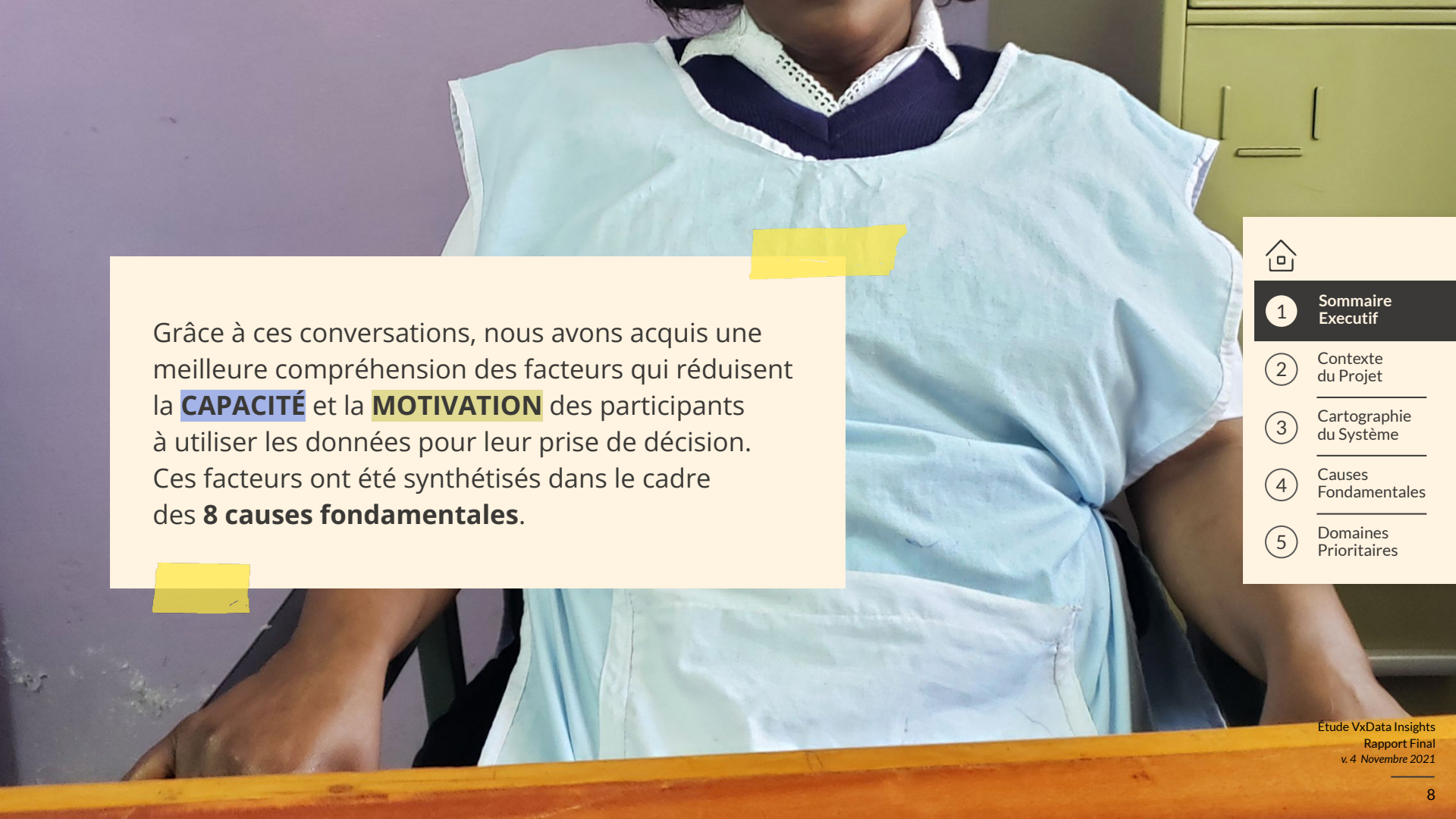
1 Sommaire
Exécutif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires



Grâce à ces conversations, nous avons acquis une meilleure compréhension des facteurs qui réduisent la **CAPACITÉ** et la **MOTIVATION** des participants à utiliser les données pour leur prise de décision. Ces facteurs ont été synthétisés dans le cadre des **8 causes fondamentales**.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

8 Causes Fondamentales Cadre



Temps

Nous n'avons pas suffisamment de temps pour intégrer les données dans notre prise de décisions.



Outils et protocoles

Nous n'avons pas suffisamment de temps pour intégrer les données dans notre prise de décisions.



Accès

Nous n'avons pas accès aux données nécessaires pour la prise de décisions.



sous-utilisation des données pour la prise de décision



Savoir-faire

Nous ne savons pas comment interpréter correctement les données dont nous disposons ou comment agir en conséquence.



Conditions de travail

Nos conditions de travail rendent difficile l'accomplissement des tâches de base, ce qui rend nos efforts frustrants et abaisse nos normes. Nous peinons à faire le strict minimum, si bien que l'utilisation des données est souvent laissée de côté.



Incidence

Nous ne pensons pas que nos activités de planification et nos décisions ont une incidence importante sur le rendement du système (même si leur qualité/ précision s'améliore).



Pouvoir d'agir

Nous n'avons pas l'impression de pouvoir prendre des décisions importantes.



Confiance dans les données

Nous n'avons pas confiance dans la qualité des données disponibles et nous ne sommes donc pas enclins à les utiliser pour prendre des décisions.



1

Sommaire Executif

2

Contexte du Projet

3

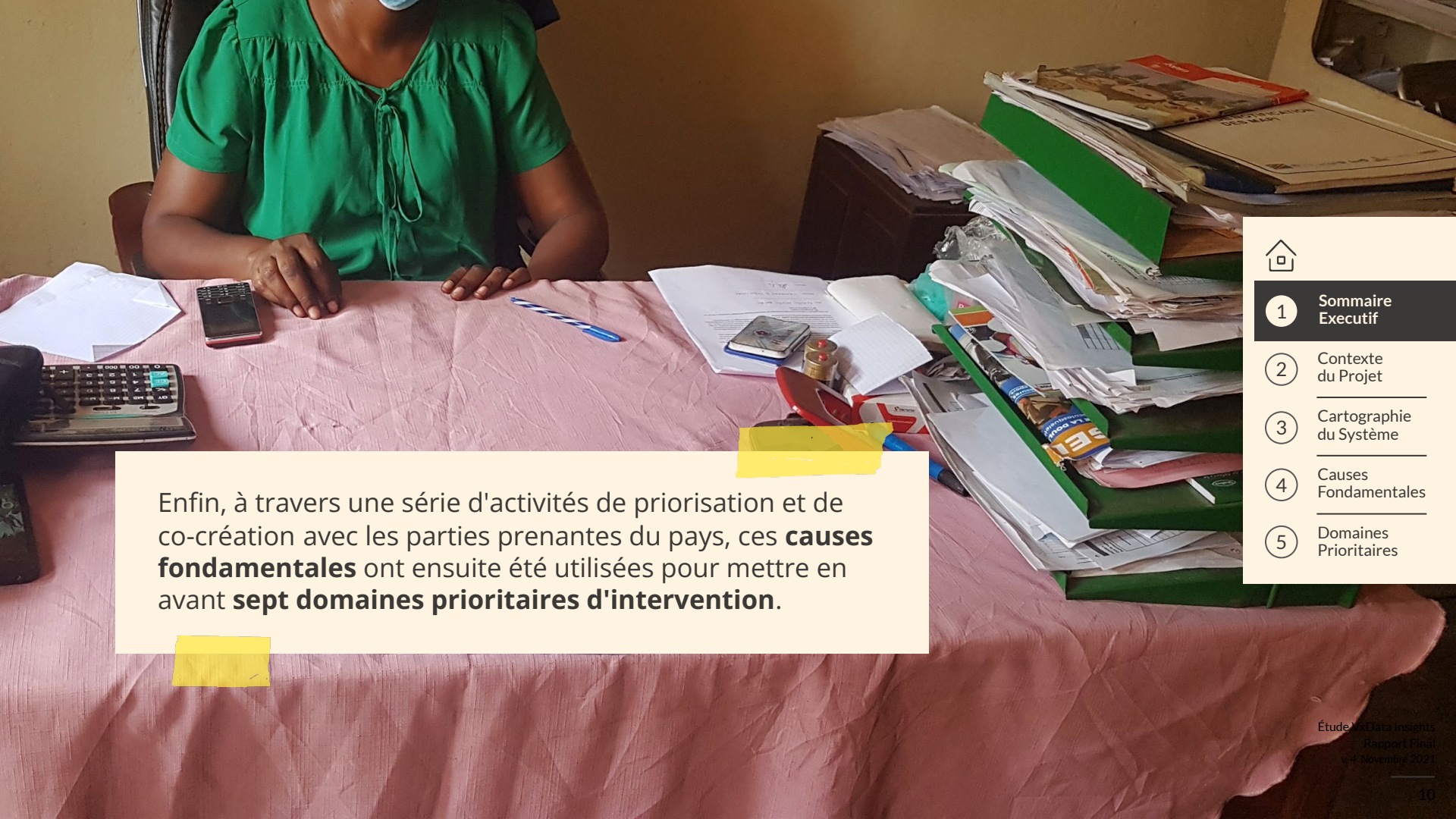
Cartographie du Système

4

Causes Fondamentales

5

Domaines Prioritaires



Enfin, à travers une série d'activités de priorisation et de co-crédation avec les parties prenantes du pays, ces **causes fondamentales** ont ensuite été utilisées pour mettre en avant **sept domaines prioritaires d'intervention**.



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Domaines Prioritaires d'intervention

PESSOAS



Augmenter le **nombre et les compétences du personnel qualifié** en matière de données, en particulier aux niveaux inférieurs du système

Niveau de Priorité:

K: ●● / M: ●● / C: ●

RECURSOS



Assurer la **constante disponibilité des ressources de base** (telles que les outils de rapportage, le temps d'antenne, les transports et Internet) nécessaires à l'enregistrement, la gestion et à l'accès aux données

Niveau de Priorité:

K: ●●● / M: ●● / C: ●●●

FERRAMENTAS



Redesigner les **outils des centres** pour réduire la charge de travail et mieux soutenir la prise de décision

Niveau de Priorité:

K: ●● / M: ●● / C: ●●



Accélérer la **saisie des données** et améliorer l'**accessibilité des données** dans DHIS-2

Niveau de Priorité:

K: ● / M: ●● / C: ●●

INTERACÇÕES



Favoriser des interactions **bidirectionnelles** plus fréquentes autour des données et de la prise de décision entre les acteurs à tous les niveaux

Niveau de Priorité:

K: ●● / M: ● / C: ●



Améliorer l'**efficacité de la supervision**, en abandonnant les visites ponctuelles avec une liste de contrôle et en adoptant un retour d'information continu et constructif sur le long terme

Niveau de Priorité:

K: ● / M: ●● / C: ●

PLANEAMENTO



Améliorer le processus de **budgétisation en impliquant les décideurs politiques et administratifs** et en fournissant des données à jour sur les fonds réellement disponibles

Niveau de Priorité:

K: ●●● / M: ●●● / C: ●●●

CLÉ

●●● — Très haute
●● — Haute Priorité
● — Moyenne Priorité

K — Kenya
M — Mozambique
C — RDC



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

PLEASE NOTE
NO MEASLES
VACCINE TILL
FURTHER NOTICE

by manager

*Merci de
prendre note*

*Il n'y a pas de
vaccins contre
la rougeole
jusqu'à nouvel
ordre*



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

2

Contexte du Projet



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Contexte du Projet

L'objectif de cette étude est de comprendre les difficultés liées à la collecte, la gestion et l'utilisation des données pour la prise de décision par les professionnels de santé à tous les niveaux du système, au Kenya, au Mozambique et en RDC.

La qualité et la mise à jour des données sur l'immunisation sont vitales pour la prise de décision aux niveaux sous-national, national et global. Cela inclut les décisions destinées à mieux atteindre certains enfants, introduire avec succès les vaccins, documenter les impacts, monitorer et améliorer la performance des programmes élargie d'immunisation, prioriser les ressources et activités, et enfin s'engager dans l'amélioration de la performance (IDEA, 2019; SAGE, 2019).

Les intervenants mondiaux et les gouvernements nationaux reconnaissent que la vaccination de routine et l'introduction de nouveaux vaccins restent confrontées à de grandes difficultés liées face à la collecte et à l'utilisation de données de qualité pour la planification, la gestion et l'amélioration des performances. Et pourtant, peu d'entre eux peuvent identifier quels sont les obstacles les plus importants (Akhlq et al., 2016; Dougherty et al., 2014).

Nous avons adopté l'approche du design centré sur l'humain pour identifier et explorer des perspectives, comportements et défis uniques ainsi que les besoins non-assouvis des acteurs aux niveaux des Aires, Zones, Provinces et National. Nous croyons qu'en interagissant avec les acteurs du système en tant qu'individus et de manière isolée nous pourrions examiner leur point de vue pour découvrir de nouvelles perspectives et défis auxquels ils sont confrontés, comme tant d'autres par le passé.

Thématiques de recherche

À partir d'une revue de la littérature et d'entretiens avec des experts, notre travail s'est concentré sur les thématiques suivantes :



Expériences quotidiennes

Nous avons généré des portraits détaillés et riches des professionnels de la santé à tous les niveaux du système pour comprendre leurs antécédents, activités quotidiennes, priorités, besoins, obstacles et défis. Cela nous a aidé à comprendre le contexte plus large dans lequel le travail de vaccination a lieu et à approfondir les autres domaines thématiques.



Prise de décision

Notre but était d'obtenir une meilleure compréhension des décisions qui sont actuellement prises à tous les niveaux du système. Nous voulions aussi comprendre quelles informations sont actuellement utilisées, inaccessibles, indisponibles ou entièrement manquantes, et quelles informations sont collectées mais non utilisées.



Moments d'échanges

Nous avons cherché à identifier les principaux points d'interaction entre les différents niveaux du système de vaccination pour mieux comprendre comment ses acteurs interagissent, et quelles informations (données de vaccination, demandes, etc.) sont échangées. De plus, nous avons exploré la façon dont ces interactions ont un impact positif et négatif sur les données collectées et leur utilisation aux différents niveaux.



Culture et valeur des données

Nous avons voulu mieux comprendre les perceptions et attitudes des participants vis-à-vis la collecte et l'utilisation des données. En particulier, nous avons collecté comment les participants définissent les données de bonne qualité, ainsi que la valeur qu'ils mettent sur leur collecte et utilisation pour prendre des décisions. De plus nous avons évalué les facteurs qui influencent les niveaux de confiance que les différents acteurs attribuent aux données.



Motivation

Nous avons cherché à faire ressortir les facteurs intrinsèques et extrinsèques du comportement, y compris les incitations financières (ou pas) qui encouragent les professionnels de la santé de manière positive ou négative. Nous voulions aussi évaluer les obstacles pour suivre les protocoles, le désir et la pratique pour résoudre des problèmes au travers les données, et autres domaines du comportement inhérent à la gestion, à la notification et à l'utilisation des données du PEV.



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

Causes
Fondamentales

5

Domaines
Prioritaires

Chronologie et activités

1 Planning

Démarrée fin 2019, la phase de planning a donné l'opportunité à l'équipe projet d'engager la Fondation Bill & Melinda Gates ainsi que d'autres acteurs majeurs pour s'aligner sur les objectifs de l'étude.

2 Découverte

La phase de découverte a consisté en une rapide revue de la littérature afin de générer les profils pays et d'identifier les chaînons manquants au sein du savoir existant sur la collecte et l'utilisation des données PEV (et particulièrement sur la façon dont les données sont utilisées dans la prise de décision à tous les niveaux du système de santé). De plus, des entretiens avec des experts nous ont permis d'explorer plus en profondeur les manques dans le savoir existant. Les données et découvertes mises à jour via ces activités ont permis d'informer les Thématiques de recherche (cf diapositive précédente).

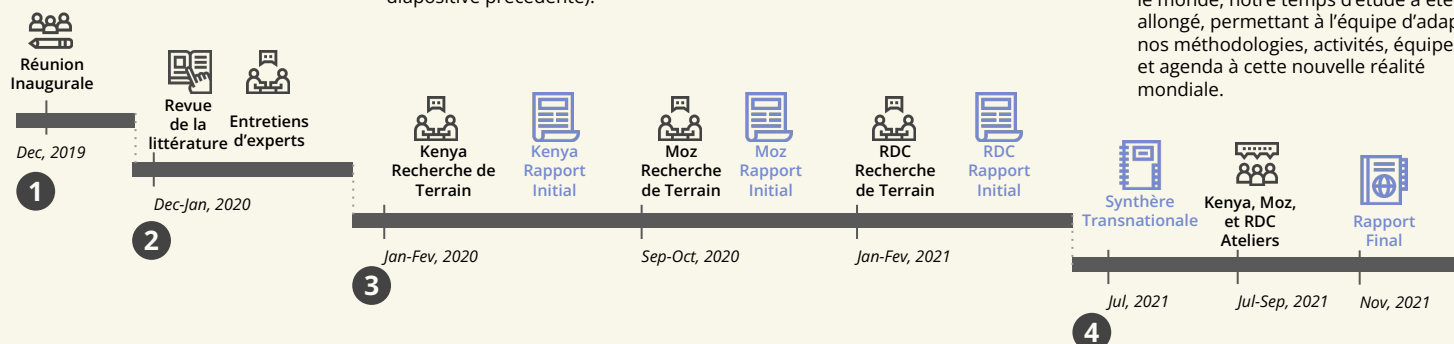
3 Recherches de Terrain et Documentation

Dès début 2020, durant la phase de Recherche de Terrain et de Documentation, les équipes pays et globale ont mené des recherches qualitatives détaillées, tout en respectant les protocoles de sécurité liés au COVID-19. À la fin des recherches de terrain dans chaque pays, nous avons complété un rapport des trouvailles initial par pays que nous avons partagé avec les différents acteurs pour avoir leurs avis et retours.

4 Synthèse et Dissémination

Pendant la phase de Synthèse et Dissémination, les équipes des trois pays ont identifié les thèmes, causes et défis communs et les différences entre chaque pays. Cette information a été retranscrite dans la Synthèse Transnationale. Des ateliers menés dans chaque pays nous ont permis de valider nos conclusions et de générer des opportunités d'intervention communes et propres à chaque pays. Ces conclusions sont documentées dans ce Rapport Final.

En raison de la pandémie de COVID-19, qui a induit des confinements à travers le monde, notre temps d'étude a été allongé, permettant à l'équipe d'adapter nos méthodologies, activités, équipes et agenda à cette nouvelle réalité mondiale.



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Méthodologie

L'approche du design centré sur l'humain permet de prendre une perspective empathique du monde, où les personnes que nous rencontrons agissent à la fois comme source inspiratrice et directrice pour développer des solutions pour leurs problèmes prioritaires.

Dans cette étude nous adoptons une approche HCD pour comprendre le problème en étant réellement en contact avec les personnes impliquées dans le défi que nous abordons. Comprendre les comportements, motivations et obstacles en étant centré sur l'humain, c'est considérer le point de vue des personnes qui participent et sont affectés directement par le système que nous explorons. La méthode nécessite également de la collaboration, ce qui est la raison pourquoi Sonder Collective, JSI, les programmes élargies de vaccination du Kenya, du Mozambique et de la RDC ainsi que la Fondation Bill & Melinda Gates s'allient pour mettre en œuvre ce projet.

En écoutant, comprenant et représentant les voix des différents acteurs, nous espérons acquérir des connaissances spécifiques et ancrées dans leur quotidien réel pour comprendre les causes profondes des défis et forces du système. Sur une période d'un peu plus d'un an, nous avons mené des activités de recherche contextuelles et observationnelles à tous les niveaux du système dans les trois pays.

Les diapositives suivantes détaillent les méthodes que nous avons utilisées pour collecter et analyser les informations recueillies dans cette étude.

Méthodes de recherche



Entretiens contextuels

Nous avons conduit des entretiens individuels en profondeur avec des professionnels et managers de la santé à tous les niveaux du système. Ces entretiens ont eu lieu sur leur lieu de travail (centres de santé ou sièges pour les niveaux Provinciaux et Nationaux, bureaux du ministère, etc.*), avec des guides d'entretien semi-structurés et des outils visuels pour cartographier leurs défis, outils et interactions.

**Au Mozambique et en RDC, les entretiens avaient lieu dehors, en raison des protocoles COVID-19.*



Observations et Pas-à-Pas

Lors des observations faites pendant les sessions d'immunisation, nous avons cherché à comprendre les processus and défis plus difficiles à articuler; tels que les interactions entre professionnels, les protocoles et leur adhésion, les outils officiels et non, les usages et les défis, ainsi que l'utilisation des données formelles et informelles.

Nous avons aussi utilisé la méthode du Pas-à-Pas (walkthroughs), en demandant aux acteurs de nous expliquer pas à pas une activité ou un moment particulier compris dans leur métier. Quand cela était possible, nous avons demandé aux acteurs de donner des exemples ou de recréer des événements pour nous permettant ainsi d'observer et de poser des questions à des moments clés.



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

Causes
Fondamentales

5

Domaines
Prioritaires

Méthodologie *suite.*

Étude auto-documentée*

Au Mozambique, en plus de nos activités contextuelles, dans le cadre de notre approche révisée en raison du COVID-19, l'équipe a testé une activité d'auto-documentation basée sur Whatsapp, pour explorer plus en détails certains thèmes et combler certains détails.

En échangeant quotidiennement via Whatsapp sur pendant 4 jours, nous avons récolté des indices sur les routines des participants, les influences et les pressions extérieures auxquelles ils font face. Ces informations sont difficiles à rassembler dans le contexte plus formel d'entretiens individuels, pendant lesquels le temps, la pression du travail, le cadre formel et d'autres distractions jouent un rôle important. Alors qu'au cœur de l'étude nous voulions être structurés et exhaustifs, ici notre but était d'être plus en arrière-plan, exploratoires et ouverts.

**Cette activité a été conduite uniquement au Mozambique pour palier aux manques liés au protocole COVID-19 révisé.*

Traitement et analyse des données

Au cours de nos recherches de terrain, nos données étaient enregistrées via un enregistreur audio, la prise de notes et la photographie, avec le consentement écrit du participant, ainsi qu'à l'aide d'outils de recherche visuels.

Ces données ont été rigoureusement analysées via une technique appelée "Insight generation". Cette approche HCD (design centrée sur l'humain) rassemble chercheurs et parties prenantes pour traiter l'information brute collectée et la transformer en conclusions significatives. De cette analyse ont émergé des tendances et répétitions qui ont été documentés et de nouveau analysés

Au Kenya, l'équipe a eu la possibilité de rencontrer les participants en personne pendant et après la recherche, pour mener les activités d'analyse et de synthèse, culminant par un atelier en présentiel à Nairobi en février 2020.

Cependant, suite à la pandémie de COVID-19, nous avons dû revoir notre approche, nos outils et la formation des équipes, pour assurer la bonne santé de nos équipes et participants dans nos deux dernières géographies.

À ce titre, au Mozambique et en RDC, à la fin de chaque jour de recherche, les chercheurs débriefaient les membres de l'équipe internationale par téléphone, relayant les points à retenir, temps forts et observations faites pendant les entretiens, ainsi que les découvertes sur les thèmes de l'étude.

À la fin de chaque semaine, le groupe de recherche se rassemblait, en personne ou virtuellement, pour creuser plus en profondeur les thèmes, réfléchir aux répétitions et identifier les zones clés à approfondir. Ces sessions ont été documentées électroniquement au travers de notes.

Sites de recherche et participants

En utilisant la méthode de design centré sur l'humain, cette recherche avait pour objectif d'optimiser la profondeur des résultats collectés, en améliorant le niveau de rigueur qualitative, plutôt que de se focaliser sur un plus grand nombre quantitatif de participants.

Par conséquent, la sélection des sites reflète des échantillons de petite taille mais de personnes sélectionnées stratégiquement. Cela a permis à l'équipe de mener des engagements riches en profondeur, tout en couvrant un large éventail de parties prenantes, géographies et situations.

Sélection des participants

Les participants ont été soigneusement choisis, en prenant en compte leur niveau dans le système, leur rôle, formation, expérience, environnement de travail, genre et âge.

Sélection des aires/zones/provinces

Les sites de l'étude ont été stratégiquement choisis dans chaque pays, en prenant en compte des critères tels que le niveau d'urbanisation, le volume de patients des centres, leur niveau de performance ou de numérisation et le types interventions ou autres recherches actuellement en cours.

En prenant en compte ces critères, les géographies détaillées dans la diapositive suivante ont été sélectionnées pour cette étude.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Méthodologie *suite.*

Sites de recherche : Analyses géographiques

Kenya

Comté de Mombasa: Prédominance Urbaine

Comté à prédominance urbaine, Mombasa se situe dans la partie Sud-Est de la région littorale kenyane. Mombasa fait partie du JKP, bloc économique ralliant les six comtés du littoral kenyan. Il héberge l'hôpital général niveau 5 de la côte, et sa couverture d'immunisation s'élève à 73%.

Comté de Kiambu: Péri-Urbain

Le comté de Kiambu, péri-urbain, se trouve dans la région centrale, partageant au Sud une frontière avec le comté de Nairobi. En 2016, le comté avait une couverture d'immunisation de 89% (51.419) parmi les enfants de moins d'un an.

Comté de Kakamega: Prédominance Rurale

Le comté rural de Kakamega se situe dans la partie Est du Kenya. C'est le second comté le plus peuplé du Kenya, après Nairobi. 16.7% de la population se trouve à moins d'un km d'un centre de santé, et environ 62% des enfants du comté ont une immunisation complète.

Mozambique

Province de Maputo : Prédominance Urbaine

La province de Maputo se situe au Sud du Pays, frontalière avec l'Afrique du Sud. C'est une petite province mais densément peuplée, avec une population estimée à 1.9 million d'habitants.

Province de Nampula: Peri-Urbaine et Rurale

La province de Nampula est située au Nord du pays. C'est la province la plus peuplée du Mozambique, avec 5.8 millions d'habitants. Nampula a un hôpital de référence servant la province et la région Nord du pays.

Province de Zambezia : Prédominance Rurale

Zambezia se trouve dans la région Centrale. C'est la deuxième province la plus peuplée du Mozambique, avec, selon le recensement de 2017, une population de 5.11 millions d'habitants. Cette province est considérée comme sous-performante au niveau des programmes d'immunisation, avec une couverture de 50% d'enfants ayant reçu une immunisation complète.

RDC

Province de Kinshasa: Prédominance Urbaine

Le territoire développé de Kinshasa accueille plus de 10 millions d'habitants. En raison de sa démographie, la Ville-Province de Kinshasa détient 34.2% de la population urbaine en RDC.

Province d'Équateur: Péri-Urbain

Située au Nord-Est de la RDC, la province d'Équateur couvre 403.292 km², soit 17% du territoire, et détient plus de 6 millions d'habitants, soit 10.7% de la population Nationale.

Province du Haut Katanga Province: Prédominance Rurale

La province du Haut Katanga est un important carrefour, bordé par trois autres provinces du pays. Sa population est estimée à près de 5.7 millions d'habitants, soit 5% de la population totale et 18% de la population périurbaine du pays.

	KENYA	MOZ	RDC
Total	83	64*	64
National	3	4	3
Comté/ Province/ Antenne	11	8	15
Sous-Comté/ District/ Zone	37	23	15
Aire/ Centre	30	16	28
Communauté	0	1	2
Observations et activités auto-documentées	2	12	1

Note: Ce tableau représente le nombre d'entretiens et activités menés, et non le nombre de participants.

*L'étude auto-documentée menée au Mozambique a été conduite avec 10 participants, déjà impliqués dans l'étude.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Note sur le COVID-19 impacts sur l'étude

En mars 2020, lorsque l'épidémie de COVID-19 a frappé, l'équipe avait terminé ses recherches au Kenya et son voyage exploratoire initial en RDC. Comme la plupart des travaux pendant cette période, nos activités prévues ont dû être suspendues en raison de l'impossibilité de voyager et de mener des recherches en personne.

COVID-19: Effets sur la recherche

Avec des membres disséminés internationalement et des restrictions de voyage de plus en plus strictes, il devint évident pour l'équipe qu'une nouvelle approche de recherche serait nécessaire pour compléter le travail de terrain en RDC et au Mozambique. Les observations et les cartographies interactives étant le cœur de notre approche, et mener des recherches en vidéo semblait peu approprié pour produire des résultats satisfaisants. À la place, notre équipe décida de recruter et former des nouvelles équipes de chercheurs locaux pour mener les entretiens avec l'équipe globale collaborant étroitement et les guidant à distance tout le long du processus. Des debriefings quotidiens entre les équipes locales et globales permettaient d'assurer la qualité des données.

L'équipe centrale dirigeait la synthèse des données, afin d'assurer que une fidélité dans nos objectifs et une cohérence dans notre travail.

Le travail de terrain au Mozambique et en RDC a eu lieu entre Septembre 2020 et Février 2021, alors que les mesures préventives et les pressions supplémentaires sur le système de santé ont mis énormément de pression sur nos participants. Nous sommes conscients que cela peut avoir un impact sur nos conclusions.

Même si la pandémie a rendu le projet plus complexe, nous pensons que son impact sur nos résultats est minime.

COVID-19: Effets sur la co-crétion

Une majeure partie du processus du Design centré sur l'Humain repose sur la co-crétion, qui permet aux usagers et parties prenantes de participer activement à la validation des résultats et à la création d'opportunités et recommandations. Ce processus généralement prend la forme d'atelier en personne. Avec COVID-19, l'équipe a développé de multiples stratégies pour inclure les usagers dans le processus sans être présent.

Des ateliers virtuels ont été conçus pour résoudre ce problème. Répartis sur plusieurs jours et en session de 2 heures à la fois, ces ateliers ont permis d'inclure des acteurs et parties prenantes clés dans le processus de co-crétion, sans prendre trop de temps dans leurs agendas chargés. Ceci a engendré un processus de co-crétion plus complexe que d'habitude et a pu avoir un impact sur les résultats générés pendant ces activités.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

3

Cartographie du Système



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

Causes
Fondamentales

5

Domaines
Prioritaires

Cartographie du système Aperçu

Cette section fournit un aperçu des systèmes PEV transnational et met en évidence les acteurs clés des programmes élargies de vaccination dans chaque pays.

Aperçu du système

La cartographie du système se trouvant sur la diapositive suivante présente les acteurs clés intervenant sur les données de vaccination dans chaque pays. Les flèches indiquent les lignes de rapportage de la base au niveaux supérieurs et les interactions importantes. La cartographie met en avant les points d'intervention qui sont parfois négligés lorsque l'on examine le système.

Le Kenya et la RDC sont tous deux des systèmes décentralisés. Cela se reflète dans les interactions plus complexes de leurs niveaux provinciaux et zonales. Au Mozambique, où la plupart des décisions sont prises au niveau national, les données sont acheminées de façon plus directe vers le sommet (niveau national).

Profil des acteurs

For each system level, actors key to the collection and utilization of EPI data were identified. Each actor profile includes a set of unique challenges, types of decisions made, data and tools used, as well as interactions with other system actors. The subsequent pages in this report include a synthesized, cross-country overview of the key actors, and the decisions they make.

Pour avoir un aperçu plus détaillé de chaque système, et accéder les profils approfondis des acteurs clés, veuillez vous référer aux rapports nationaux dont les références sont reprises à la [diapositive 66](#) de ce présent document. Pour des informations supplémentaires sur les différences entre les trois géographies, veuillez vous référer à l'Aperçu des axes prioritaires à la [diapositive 41](#).



1 Sommaire
Executif

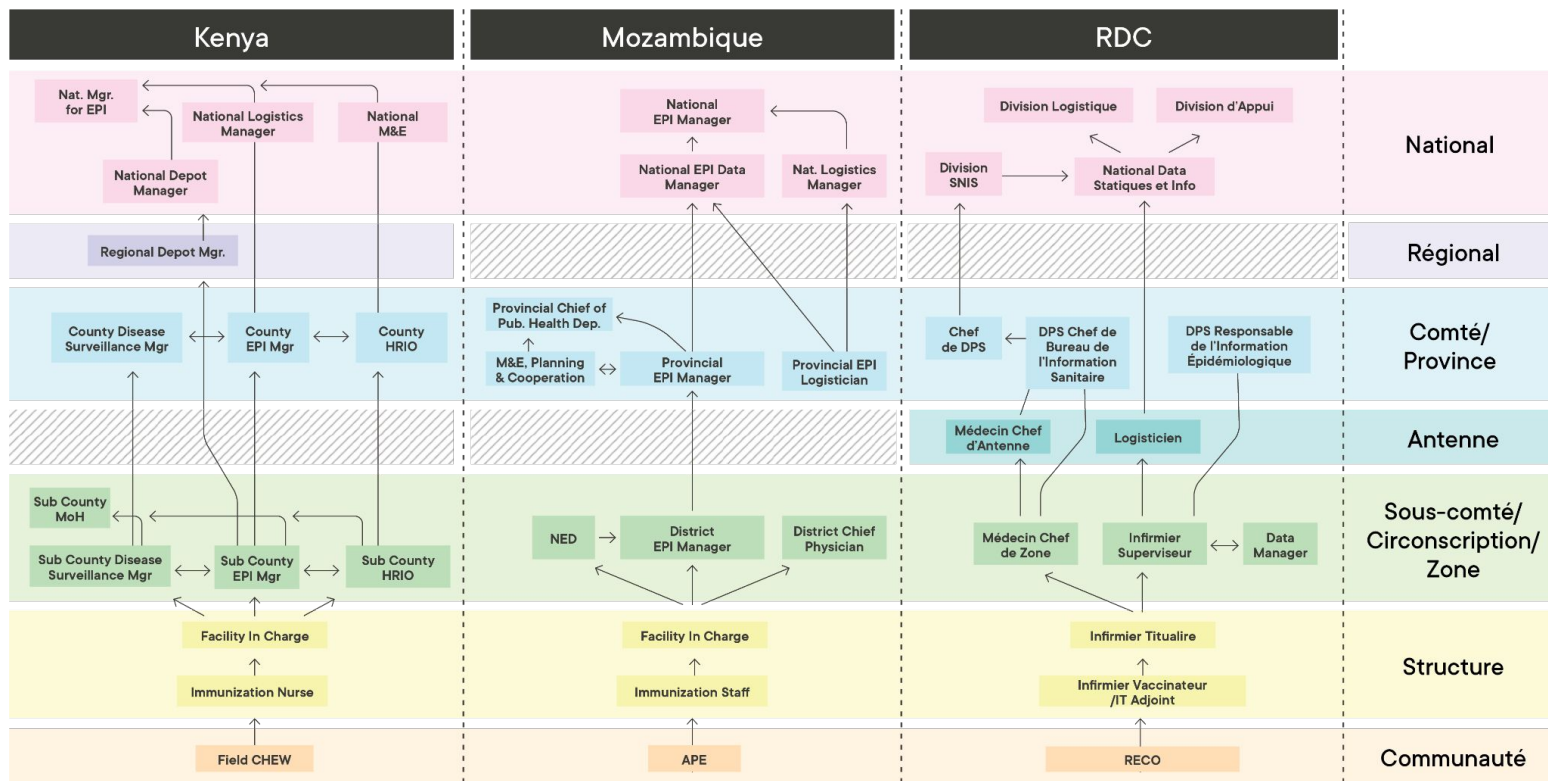
2 Contexte
du Projet

3 **Cartographie
du Système**

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Cartographie du système



[Cliquez pour voir](#)

[Cliquez pour voir](#)

[Cliquez pour voir](#)



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Niveau **Communautaire** (*transnational*)

Au niveau communautaire, l'objectif principal est d'impliquer les membres de la communauté, de collecter des données pertinentes pour aider les structures à comprendre les populations dont ils sont responsables, ainsi que de coordonner avec les structures pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation.

ACTEURS CLÉS



Agents de santé communautaire/ Relais Communautaires

Objectif: m'assurer que ma communauté reçoit les services sanitaires appropriés, en faisant le lien entre ma communauté et leur structure sanitaire.

Décisions:

- Quels enfants n'ont pas reçu le vaccin sur base des visites à domicile pour les orienter vers la clinique ou informer la structure pour planifier la sensibilisation
- Avec quels ménages faire le suivi
- Quels sujets aborder lors des sessions d'éducation avec la communauté

"Au moment de faire le rapport (mensuel) il y a beaucoup de registres à photocopier parce qu'une copie doit rester avec vous, une autre doit aller à la pharmacie et une autre à l'infirmier vaccinateur. Parfois, nous pouvons dépenser 30 à 40 mts [~\$0.50]."
- Mozambique

DÉFIS MAJEURS



- Usage d'outils bricolés dans les interactions communautaires, ce qui réduit la qualité des données
- Les activités de sensibilisation sont plus planifiées en fonction de celui qui les finance, plutôt que ce qui connu des besoins de la communauté
- Certains participants ont noté le manque de confiance de la communauté envers le système des soins de santé



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Niveau de la **Structure Sanitaire** (*transnational*)

Un objectif majeur au niveau de la structure est de fournir des services de vaccination en temps opportun et de qualité à tous les clients qui se présentent en un jour donné, ainsi que pour la structure d'atteindre ses objectifs de performance annuels. L'enregistrement et le rapportage des données de vaccination aux niveaux supérieurs est également une responsabilité, mais cela n'est considéré comme telle qui si elle peut être liée aux services fournis par la structure (par exemple, aider à garder les vaccins en stock, s'assurer que tous les enfants se font vacciner).

"Parce que c'était une population extrapolée, les chiffres étaient élevés, donc c'était 11 840, mais quand nous avons fait le compte... le chiffre est descendu à 11 424. Nous avons fait ce comptage, porte à porte... nous étions sûrs parce que nous avons vu les cibles, et il n'y avait pas d'incohérence dans les données, donc les aberrations nous échappent." - RDC

ACTEURS CLÉS



Infirmier Vaccinateur

Objectif: Fournir un service rapide et de qualité aux clients et minimiser les abandons grâce à l'éducation et à la sensibilisation.

Décisions:

- Comment prioriser mes activités journalières, surtout par rapport à gérer le flux d'enfants pour la vaccination
- Quand enregistrer les données de vaccination dans les deux outils différents
- Quand faire le suivi des abandons
- Où faire la sensibilisation et l'éducation



Infirmier Titulaire

Objectif: S'assurer que la structure fonctionne correctement et atteint les objectifs.

Décisions:

- Planification de sensibilisation et comment suivre et atteindre les abandons
- Actions de supervision quand les directives ne sont pas suivies
- Prioritisation des ressources
- Comment résoudre les urgences comme les ruptures des stocks
- Quand faire la commande des vaccins (cela peut être fait par quelqu'un que je supervise)

DÉFIS MAJEURS



- Insuffisance de personnel pour mener les activités de PEV, entraînant la surcharge de travail pour le personnel
- Insuffisant transport, fuel and vehicle maintenance needed to conduct outreach efforts, pick up stock, etc.
- Manque de crédit de communication et internet pour communiquer avec les autres acteurs et la communauté
- Manque d'infrastructures/installation pour les bureaux (climatisation, eau pour nettoyer et préparer les blocs réfrigérants, ordinateurs, électricité pour les réfrigérateurs, etc.)
- Manque de formation suffisante pour le personnel (exemple sur comment remplir les outils correctement)
- Ruptures des stocks d'outils et des matériels



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Niveau de **District/Zone** (*transnational*)

Ce niveau joue un rôle central dans le programme de vaccination. Toutes les données provenant des structures sont encodées dans un système informatisé à ce niveau. L'accès facile et fréquent par les responsables des structures sanitaires fait que ce niveau est parfaitement positionné pour créer une bonne culture des données et de corriger les pratiques indésirables. De plus ce niveau joue un rôle majeur dans l'opérationnalisation des politiques PEV proposées aux niveaux supérieurs.

"En général c'est très serré, on n'analyse pas parce qu'on [data managers] n'est pas nombreux, par exemple [...] si c'est vraiment deux personnes qui doivent analyser les données de 40 établissements, vous voyez à quel point le travail est lourd, et nous devons le faire à temps, sinon..."
- RDC

ACTEURS CLÉS



Infirmier Supérieur PEV

Objectif : Je suis responsable des activités PEV dans les structures et je dois assurer que le programme fonctionne correctement dans ma zone.

Décisions:

- Solutions aux défis quotidiens de gestion de stock et du PEV
- Quand faire le suivi des incohérences dans les données
- Comment redistribuer les stocks s'il y a pénurie des vaccins
- Quelle quantité de vaccin à envoyer aux structures
- Microplan



Data Manager

Objectif : M'assurer que des données complètes et précises sont entrées dans le DHIS-2 à temps et qu'elles sont analysées

Décisions:

- Les standards de qualité pour les données entrées dans le DHIS-2
- Quelles données prioriser dans l'analyse et le reportage
- Quelles données communiquer à l'équipe pour agir
- Quelles données prioriser dans les rapports pendant les réunions de revue mensuelle
- Comment corriger les incohérences des données des structures sanitaires

DÉFIS MAJEURS



- Véhicule de transport et carburant insuffisant pour effectuer les supervisions et sensibilisations, récupérer les intrants, etc.
- Manque d'infrastructures (ex : téléphone, ordinateurs, imprimantes, internet, espaces de bureau, électricité, etc.)
- Pénurie d'outils à jour
- Processus fastidieux de saisie et de validation des données
- Roulement élevé du personnel des structures sanitaires, ce qui nécessite davantage de visites de supervision et de surveillance
- Manque de crédit téléphonique / forfait internet pour communiquer avec d'autres acteurs
- Manque de contribution à la prise de décision, à l'allocation de fonds et aux feedback des niveaux supérieurs



1 Sommaire
Executif



2 Contexte
du Projet



3 Cartographie
du Système



4 Causes
Fondamentales



5 Domaines
Prioritaires

Niveau **Provincial** (*Infranational*)

Ce niveau supervise, analyse et contrôle la qualité des données qui sont entrées dans le DHIS-2 à partir des niveaux inférieurs et prend des décisions stratégiques concernant le PEV. La plupart des décisions de financement sont prises à ce niveau, en particulier au Kenya et en RDC où les systèmes sont plus décentralisés, mais échappent pour la plupart au contrôle du personnel technique de vaccination.

"L'un des plus grands défis est d'essayer de convoquer ces réunions pendant trois jours. Ce n'est pas donné, donc parfois nous manquons de fonds pour réunir les structures sanitaires et les zones ensemble." - Kenya

ACTEURS CLÉS



Chef d'information Sanitaire/Logisticien*

Objectif: Je suis responsable du bon fonctionnement et les bonnes performances du PEV dans ma région.

Décisions:

- Identifier les zones moins performantes et effectuer un suivi avec des interventions et ressources appropriées
- Distribuer et redistribuer le stock
- Aider à définir les cibles

** Ceci peut être divisé en deux rôles différents, en fonction du contexte et des besoins .*



Data Manager

Objectif: J'assure que les données de ma géographie sont complètes, exactes et analysées pour donner des lignes directrices.

Décisions:

- Où/Quand/Comment effectuer le contrôle de la qualité des données
- Quelles données analyser et comment socialiser les résultats
- Aider à définir les cibles

DÉFIS MAJEURS



- Insuffisance de personnel et manque de formation technique et de gestion
- Manque de ressources pour les activités de sensibilisation et de supervision
- Ruptures de stocks fréquentes et difficultés de transport pour la distribution des stocks
- La planification ne correspond pas aux ressources disponibles, ce qui entraîne des problèmes de coopération et affecte la motivation/la performance du personnel
- Manque d'infrastructures (ex: téléphone, ordinateurs, imprimantes, internet, espace de bureau, électricité, etc.)
- Manque de crédit téléphonique / forfait internet pour communiquer avec d'autres acteurs



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Niveau **National** (*Infranational*)

Le niveau national pilote les activités de planification en déterminant des cibles/objectifs annuels. Ils assument également un rôle de surveillance, examinent les données pour identifier les tendances et évaluer les performances, et sont en charge de la chaîne d'approvisionnement en vaccins. Enfin, ils travaillent avec les partenaires pour assurer la disponibilité des fonds et les approvisionnements.

ACTEURS CLÉS



M&E/Data Manager

Objectif: Je surveille les performances du PEV et suivre les taux de couverture.

Décisions:

- Comment et quand analyser des données pour faire ressortir les tendances
- Identifier des outils de données à revoir et à reformater
- Aider à fixer les objectifs annuels et les chiffres de couverture de performance

"Vous avez quelqu'un qui se lamente parce qu'il n'a pas de vaccins dans son dépôt. Quand vous ouvrez le système, il vous montre qu'il a des milliers de vaccins et vous dites... 'Mais je vois dans votre CHANJO'. C'est alors que quelqu'un vous dit 'NON ! NON ! NON. Cela n'a pas été mis à jour, un tel ou un tel est en congé'. - Kenya

DÉFIS MAJEURS



- Le financement du programme dépend en partie de partenaires externes, ce qui crée des dédoublements d'outils et procédures et des luttes pour savoir qui prend les décisions stratégiques et détient les données. Les procédures de financement internes sont longues et bureaucratiques, ce qui rend difficile d'accomplir les tâches basiques
- Les chiffres de population officiels utilisés dans la planification, pour déterminer les cibles et dans le DHIS2 sont souvent extrapolés (et par conséquent inexacts) et peuvent être dépassés de plusieurs années (en raison des problèmes de recensement)
- Manque de formation pour les managers à tous les niveaux et sur les nouveaux indicateurs pour le niveau National
- Ruptures de stock nationales de vaccins échappant au contrôle du PEV



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

4

Causes Fondamentales



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

**Causes
Fondamentales**

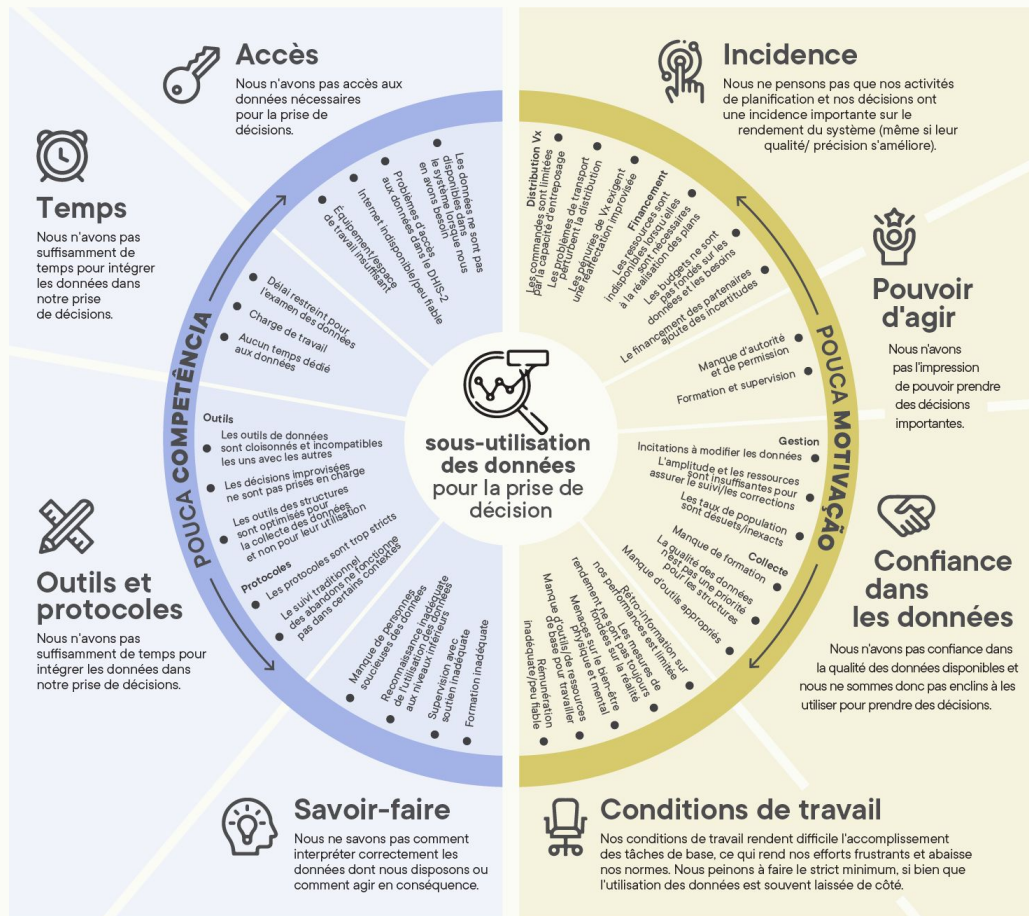
5

Domaines
Prioritaires

Nous avons identifié 8 causes fondamentales à la sous-utilisation des données pour la prise de décisions: *Accès, Outils et Protocoles, Savoir-faire, Conditions de travail, Confiance dans les données, Pouvoir d'Agir et Influence*. Ceux-ci peuvent être organisés autour de deux facteurs - *Faible Capacité et Faible Motivation à l'utilisation*.

Toutes les causes fondamentales et sous-jacentes qui contribuent au problème sont représentées par des diagrammes en arêtes de poisson, résumés dans les diapositives suivantes. Les points placés à côté des causes individuelles indiquent leur importance selon nos participants. Les causes identifiées comme plus prioritaire sont discutées plus en détail.

Pour plus de détails et d'informations sur la manière dont ce cadre a été élaboré, veuillez vous référer au [Cross-Country Brief Report](#) et [Miro board](#).



[Cliquer pour accéder au diagramme plus détaillé](#)



1 Sommaire
Executif

② Contexte du Projet

③ Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Faible **Capacité**

Notre capacité à inclure ou à utiliser avec succès des données dans nos processus de prise de décision est limitée par des facteurs externes ainsi que par nos lacunes dans nos connaissances.



Accès

Nous n'avons pas accès aux données nécessaires à la prise de décision



Temps

Nous n'avons pas suffisamment de temps pour incorporer les données dans notre prise de décision



Outils & Protocoles

Nos outils et protocoles ne soutiennent pas, ni n'encouragent la prise des décisions basées sur les données



Savoir-faire

Nous ne savons pas comment interpréter correctement les données dont nous disposons ou comment agir en conséquence



1

Sommaire
Exécutif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

**Causes
Fondamentales**

5

Domaines
Prioritaires



Accès

Nous n'avons pas accès aux données nécessaires à la prise des décisions.



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)

CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :

CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité



Système/Réseau lent

Les problèmes de connexion contrecarrent les efforts pour entrer les données dans le serveur du DHIS2 qui a aussi tendance d'être lent, en particulier lorsque toute le monde essaie d'y accéder



► RÉCIT DE TERRAIN:

Janvier, le directeur d'une division provinciale de la santé, supervise 18 zones de santé rurales qui ne disposent pas d'un internet stable. Il lui est donc extrêmement difficile d'utiliser le DHIS-2. Pour saisir leurs données, toutes les zones doivent soit envoyer quelqu'un à son bureau central, soit utiliser les données mobiles pour relayer les informations à son équipe qui est déjà surmenée à tout saisir. Parfois, l'internet de son bureau ne fonctionne pas, ce qui met à rude épreuve non seulement sa capacité à planifier et à gérer sa province, mais aussi sa relation avec le bureau au niveau national. (RDC)



Processus de saisie manuel et laborieux

Les rapports papier manuscrits sont difficiles à lire et sont parfois endommagés, ce qui oblige les responsables de l'encodage à faire un suivi auprès des structures pour vérifier les données. Souvent, les versions mises à jour sont disponibles avec retard à tous les niveaux, ce qui rend nécessaire l'utilisation d'anciens formulaires ou d'improviser avec des versions écrites à la main. Les incohérences entre les systèmes numérique et papier ralentissent également le processus, ce qui signifie que les données ne sont pas toujours disponibles dans le système au moment opportun.



Utilisation de ressources personnelles pour l'Internet

Les gestionnaires peuvent avoir besoin d'utiliser leurs propres fonds pour payer l'internet pour faire leur travail. Lorsqu'ils n'en ont pas les moyens, ils perdent l'accès aux données.



Manque d'espace de travail approprié

L'environnement de bureau peut ne pas être propice au travail. Le manque d'électricité, le bruit fort, la chaleur élevée ou des meubles inadéquats rendent extrêmement difficile la concentration sur la tâche à accomplir.



Bugs du DHIS-2

Le système DHIS-2 a des problèmes, en particulier lorsqu'il n'enregistre pas toujours les données qui y ont été saisies.



Manque de titres de compétences

Les gestionnaires n'ont pas les informations d'identification pour accéder directement aux données et s'appuient plutôt sur des « personnes chargées des données » pour le faire à leur place.



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

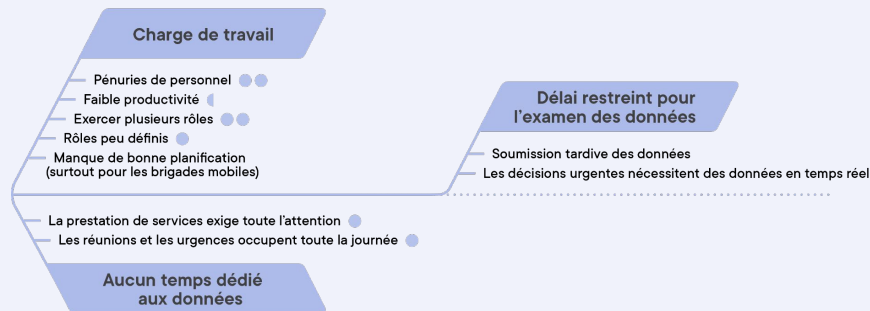
4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires



Temps

Nous n'avons pas suffisamment de temps pour intégrer les données dans notre prise de décisions



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)

CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :

CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité



Pénurie de personnel

Les acteurs à tous les niveaux ont constamment plus de travail que de temps pour le terminer. Les pénuries de personnel et les rôles mal définis signifient qu'ils assument également des responsabilités supplémentaires et ont moins de temps pour accomplir les tâches principales.



Exercer plusieurs rôles

Au niveau provincial, il est courant que les gestionnaires occupent plusieurs rôles. Ils peuvent passer une partie de la semaine en tant que directeur et pour le reste de la semaine comme spécialiste dans un hôpital. Ce multitâche ajoute du stress et réduit leur capacité à se concentrer sur les données.



Les réunions et les urgences occupent toute la journée

Les gestionnaires passent la plupart de leur temps dans des réunions ou en train de gérer des urgences, ce qui rend difficile de s'asseoir pour examiner les données.



La prestation de services exige toute l'attention

Dans les structures, l'examen des données nuit à la prestation de services. Si la charge de travail est lourde, le personnel ne peut que s'asseoir pour examiner les données le soir ou pas du tout.

► RÉCIT DU TERRAIN :

Milagrosa, responsable de PEV au niveau des circonscriptions au Mozambique, essaie depuis plusieurs jours de terminer le rapport mensuel de sa circonscription et espère le faire aujourd'hui. Cependant, avec une épidémie en cours et une infirmière de vaccination malade responsable de la brigade mobile, Milagrosa a passé toute la journée à se démener pour trouver un moyen de transport rapide afin de pouvoir couvrir les activités de l'infirmière dans la communauté demain vers 14 heures et être enfin de retour pour commencer le rapport dans l'après-midi. Ce n'est pas exceptionnel ;

même si la responsabilité principale de Milagrosa est de gérer des données, d'autres activités de prestation ou de gestion de la santé font qu'il lui est difficile de se concentrer sur cette tâche. (Mozambique)



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

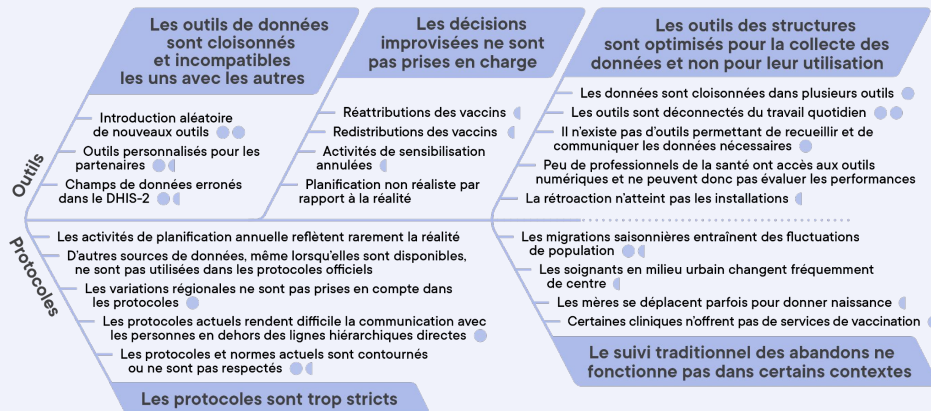
4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires



Outils et protocoles

Nos outils et protocoles ne soutiennent pas ou n'encouragent pas la prise de décisions fondées sur les données.



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)

CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :

CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité

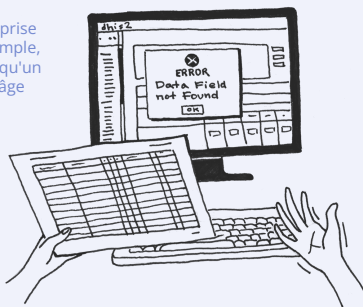
Introduction aléatoire de nouveaux outils

Lorsque de nouveaux outils sont introduits, les anciens sont pas supprimés ou modifiés, créant un labyrinthe difficile à parcourir. De plus la transition d'un outil à un autre n'est pas facile pour le personnel qui n'est pas suffisamment soutenu dans l'apprentissage des nouveaux formats et indicateurs et pour qui les anciens modèles ne pas toujours mise à jour.

► RECIT DU TERRAIN:

Le système DHIS-2 est en cours de déploiement dans toute la RDC, et Grégoire, qui travaille dans la surveillance du PEV au niveau national, reste sceptique quant à la pertinence de l'outil. Pour lui, DHIS-2 produit des « données muettes » qui entravent la triangulation, l'analyse et la prise de décision globale. Par exemple, dans le DHIS-2 actuel, alors qu'un cas de tétanos est signalé, l'âge de l'enfant ne peut pas être inclus, rendant impossible de différencier le tétanos néonatal de celui affectant les jeunes enfants et empêchant de prendre les mesures appropriées.

Heureusement, au fil des années Grégoire a nourri un réseau informel important auquel il peut faire appel pour accéder à ces données dans les documents plus anciens. (RDC)



Les outils sont déconnectés du travail quotidien

Le personnel au niveau des structures ressent une déconnexion entre « la paperasserie » (partie du travail lié aux données à collecter) et le bien-être du patient.

Les données sont cloisonnées entre plusieurs outils

Les structures manquent d'outils qui leur donnent une vision centrée sur le client et facilitent de comprendre leurs besoins réels.

Les migrations saisonnières provoquent des fluctuations démographiques

Les populations fluctuent avec les migrations saisonnières ce qui affecte les taux de couverture.

Variations régionales ne sont pas comptabilisées dans les protocoles

Les protocoles, en particulier en ce qui concerne l'échéancier, ne tiennent pas compte des facteurs régionaux qui peuvent nécessiter une approche alternative.



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires



Savoir-faire

Nous ne savons pas comment interpréter correctement les données dont nous disposons ou comment agir en conséquence.

CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :



Lacunes en matière de compétence

Il existe de nombreuses lacunes en matière de compétences, en particulier aux niveaux infranational et des structures, qui ne sont actuellement pas comblées par les formations.



► RECIT DU TERRAIN :

Nestor est un infirmier de vaccination de 34 ans, gentil et travailleur, qui aime faire une différence. Pourtant, malgré ses deux ans de travail dans sa structure de santé urbaine, il est incapable de remplir la fiche de stocks requise avec les données qu'il recueille tout au long du mois. Il n'a jamais été formé par son responsable, très occupé, et le protocole indiquant que l'équipe de la zone doit lui donner un retour sur ses fiches de stocks avant de livrer les vaccins n'est jamais respecté. Ne sachant pas très bien ce que représentent les données de report, d'entrée, de stock, de sortie et de solde, Nestor ne sait pas comment associer les données à un résultat conséquent. (RDC)

CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité



Peu de contrôle sur le recrutement

Les décisions concernant les personnes à embaucher sont souvent prises par des niveaux très éloignés, ce qui rend difficile la constitution d'équipes complémentaires; et des compétences telles que la maîtrise des données sont souvent négligées.



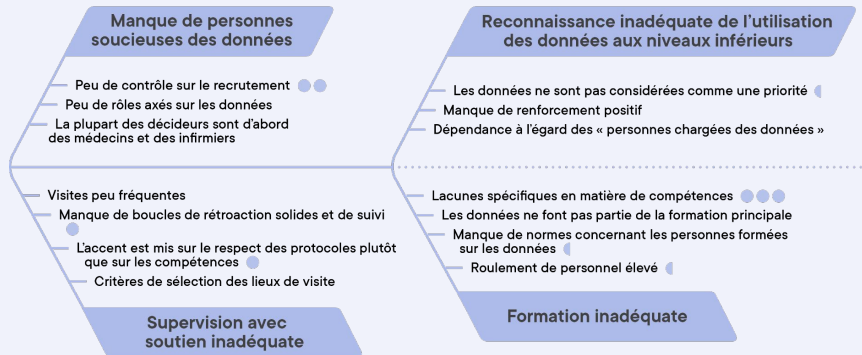
L'accent est mis sur le respect du protocole plutôt que sur les compétences

Au cours des visites de supervision formative, les évaluateurs se concentrent plus sur le bon suivi des protocoles par les professionnels de la santé que par l'évaluation de leurs compétences et décisions.



Manque de boucles de rétroaction solides et de suivi

Les résultats des visites de supervision formative sont rarement partagés avec les personnes concernées, ce qui limite les opportunités de progrès professionnel.



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Faible **Motivation**

Notre motivation à inclure ou à utiliser avec succès les données dans la prise de décisions est limitée par notre perception des données et de notre rôle dans le système, ainsi que par des facteurs externes de démotivation.



Conditions de travail

Nos conditions de travail rendent l'accomplissement des tâches basiques difficiles, ce qui frustre nos efforts et abaisse nos normes. Nous peinons à faire le minimum, si bien que l'utilisation des données est souvent mise de côté.



Confiance dans les données

Nous n'avons pas confiance dans la qualité des données disponibles et nous ne sommes donc pas enclins à les utiliser pour prendre des décisions.



Pouvoir d'agir

Nous n'avons pas l'impression de pouvoir prendre des décisions importantes.



Influence

Nous ne pensons pas que nos activités de planification et nos décisions ont une incidence importante sur le rendement du système.



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

**Causes
Fondamentales**

5

Domaines
Prioritaires



Conditions de travail

Nos conditions de travail rendent l'accomplissement des tâches basiques difficiles, ce qui frustre nos efforts et abaisse nos normes. Nous peinons à faire le minimum, si bien que l'utilisation des données est souvent mise de côté.

CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :



Transport non fourni

Un moyen de transport fiable pour effectuer les vérifications des données, la supervision et la sensibilisation est généralement absent.



Internet et crédit de communication non fournis

Internet/crédit de communication nécessaires pour envoyer, accéder, entrer ou suivre les données n'est pas fiable ou demande que le personnel paie de leur propre poche.



Connexion excessivement lente

La connexion internet est trop lente pour effectuer les tâches de routine. Cela oblige le personnel à rechercher une meilleure connexion ou à perdre des heures sur quelque chose censé prendre quelques minutes.



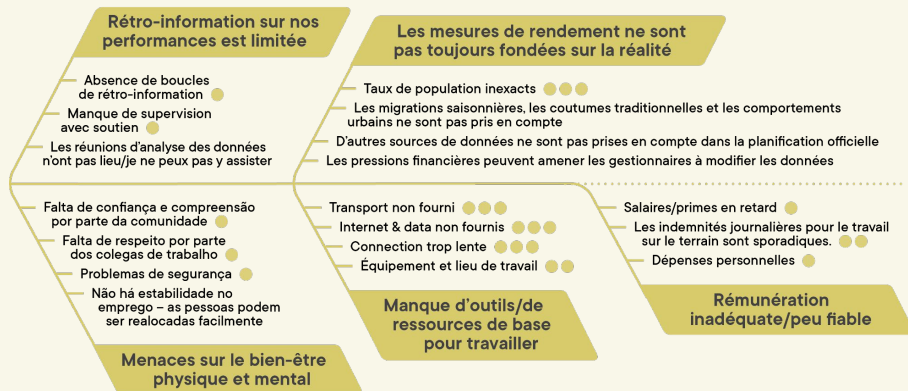
Les pertes pour le travail sur terrain sont sporadiques

Les indemnités journalières pour les activités de sensibilisation sont principalement financées par les partenaires, qui n'est disponible que pour la durée de leur projet, ce qui signifie que le personnel n'est pas toujours rémunéré.



Espace de bureau & équipement

L'espace de travail, qu'il s'agisse de la qualité des installations ou de l'accès à des outils tels qu'un ordinateur n'est pas propice à la productivité



CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité

► RECIT DU TERRAIN

Tawila est nerveuse à l'idée d'aller au travail. En tant que responsable du PEV au niveau des districts (zones), elle doit avoir accès à un bureau équipé d'un ordinateur, d'internet et de rapports sur les centres de santé. Malheureusement, le toit de ce bureau est en train de s'effondrer, ce qui signifie que son équipe doit être déplacée. Elle travaille actuellement dans l'ancienne buanderie de l'hôpital, où autrefois le matériel et les draps de lit été lavé. La mauvaise ventilation de l'espace et l'aménagement ad hoc la mettent mal à l'aise, même si elle porte un masque. Elle estime que son équipe ne peut pas se concentrer et accomplir son meilleur travail. (Mozambique)



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires



Confiance dans les données

Nous n'avons pas confiance dans la qualité des données disponibles et nous ne sommes donc pas enclins à les utiliser pour prendre des décisions.

CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :



Personnel débordé

Le personnel, en particulier au niveau des structures, est débordé et donne la priorité à la prestation de services plutôt qu'à la collecte de données et à l'élaboration de rapports.



Manque de temps pour examiner les données

Les gestionnaires, surtout des niveaux supérieurs, n'ont pas le temps d'examiner toutes les données et ont tendance à se concentrer sur les données avec une grande visibilité ou avec des implications de financement.



Pénurie d'outils de rapportage

Les pénuries d'outils de reportage sont démotivantes et mènent les structures sanitaires à improviser et faire des erreurs ce qui augmente le travail pour les autres acteurs du système. Parfois, les structures doivent recréer les formulaires manuellement dans des cahiers ou dépenser leur propre argent pour les photocopier.



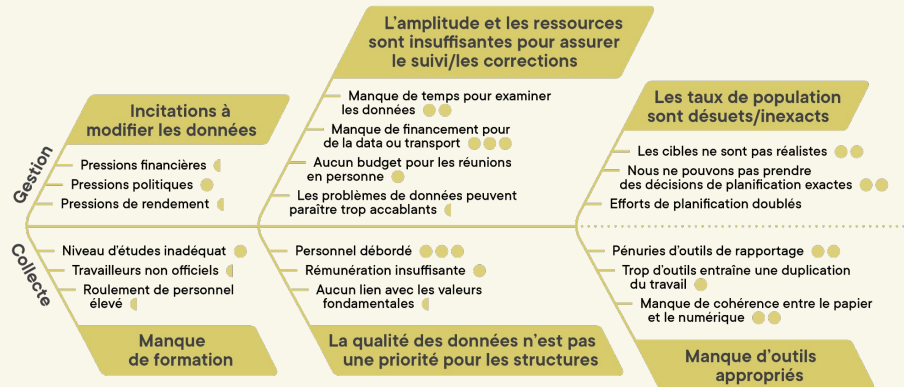
Manque de cohérence entre le papier et le numérique

Les outils utilisés par les structures sont obsolètes ou les outils pertinents n'ont pas été mis à jour pour refléter les modifications apportées au DHIS-2.



Nous ne pouvons pas prendre des décisions de planification exactes

Les gestionnaires ne peuvent pas prendre de décisions de planification précises ou identifier des incohérences basées sur des chiffres de population inexacts



CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité

► RÉCIT DU TERRAIN

John, qui travaille au niveau national, reçoit des appels de bureaux sous-nationaux demandant des vaccins, alors que le système indique qu'ils sont entièrement approvisionnés. Les données du système ne sont pas fiables et sont rarement mises à jour à temps pour qu'il puisse passer des commandes de vaccins, ce qui l'oblige à utiliser des estimations anciennes et désuètes pour passer ses commandes. Il aimerait pouvoir communiquer avec les sous-comtés (zones) un par un pour confirmer les données sur leurs stocks avant de

passer ses commandes de vaccins au niveau national, car c'est la seule façon entièrement certaine. Cependant, avec 300 sous-comtés sous sa responsabilité, c'est impossible. (Kenya)

Rupture de vaccins ??



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

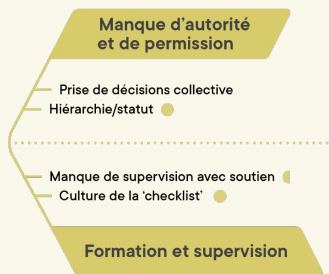
4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires



Pouvoir d'agir

Nous n'avons pas l'impression de pouvoir prendre des décisions importantes.



CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :

CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité

Hiérarchie/statut

Seuls les individus dans certains rôles ou niveaux d'éducation sont considérés comme des décideurs. Bien que les personnels des structures puissent régulièrement prendre des décisions dans le cadre de leur travail, ils hésiteraient à les appeler ainsi ou à s'identifier comme un « décideur ».

► RÉCIT DU TERRAIN :

Marcy, une infirmière PEV, dans une structure, a adopté la culture de travail selon laquelle elle considère que les « décisions » sont prises aux niveaux supérieurs. Son travail consiste à exécuter leurs « choix » quotidienne de son travail, à transmettre des renseignements à ses supérieurs pour qu'ils prennent les décisions, et à participer à la prise de décisions collectives avec toutes les infirmières, telles qu' à organiser l'étalement des jours de vaccination pour éviter le gaspillage de vaccins.

Elle sait qu'elle ne sera pas évaluée sur ses décisions, mais plutôt sur le fait qu'elle a adopté le bon protocole. (Kenya)

Notre travail c'est de suivre les protocoles...
...les décisions sont prises au sommet.



Culture de la 'checklist'

Au cours des formations, en particulier en tant qu'infirmier, l'accent est mis sur le respect des protocoles et des checklists protocolaires. Le personnel apprend à exécuter des instructions et non à prendre des décisions par lui-même.



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires



Influence

Nous ne pensons pas que nos activités de planification et nos décisions ont une incidence importante sur le rendement du système (même si leur qualité/précision s'améliore).

CAUSES FONDAMENTALES QUI Y CONTRIBUENT :



Les réserves de vaccins existantes doivent être redistribuées dans l'ensemble du système pour minimiser les ruptures de stock

Lorsque les commandes de vaccins ne peuvent pas être exécutées à temps, le stock des vaccins doit être déplacé dans le système pour éviter les ruptures de stock dans les zones à forte demande.



Les commandes doivent être adaptées pour correspondre à un approvisionnement en vaccin inférieur

Lorsque les commandes vaccins ne peuvent pas être entièrement exécutées, le personnel est obligé de déterminer rapidement qui va obtenir combien plutôt que de se fier aux prévisions officielles



CLÉ : ●●● — Très haute ●● — Haute Priorité ● — Moyenne Priorité

► RÉCIT DU TERRAIN

Raquel, responsable provinciale PEV, est confrontée à de fréquents problèmes de rupture de stocks de vaccins et les horaires de distribution initiaux sont rarement respectés. Malheureusement, le ministère manque de fonds pour envoyer la réserve de vaccins dont elle a besoin par voie aérienne et ne dispose pas de suffisamment de camions pour chaque province. Sa province dépend du même camion que deux autres provinces, ce qui signifie que les camions sont trop remplis et qu'elle doit passer des commandes de réapprovisionnement tous les mois au lieu de respecter l'approche trimestrielle prévue par le protocole. (Mozambique)



Les financements des partenaires peuvent varier à tout moment, ce qui rend la planification difficile

Le financement des partenaires n'est pas garanti et peut disparaître, ce qui rend difficile la planification.



Les budgets sont alloués par des personnes non techniques

Les personnes qui décident en fin de compte les déboursés financiers attribués le PEV ne sont pas techniques et il est peu probable qu'elles prennent en compte ou même voient les données du programme pour éclairer leurs décisions.



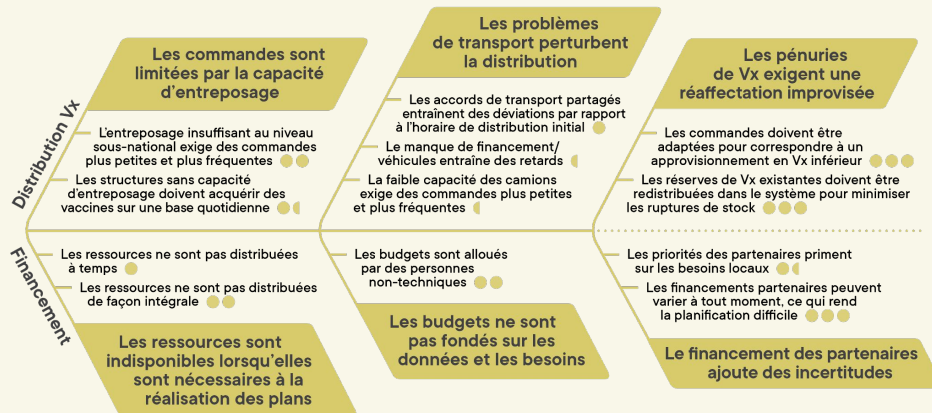
L'entreposage insuffisant au niveau provincial exige des commandes plus petites et plus fréquentes

Le stockage provincial est souvent insuffisant ou interrompu, ce qui signifie que les responsables passent des commandes plus fréquentes et plus petites que prévu.



Les accords de transport partagés entraînent des déviations par rapport à l'horaire de distribution initial

Pour réduire les coûts, le transport est partagé avec d'autres programmes avec des priorités concurrentes et des cycles de distribution différents.



[Cliquer pour accéder au diagramme en arête de poisson plus détaillé](#)



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

5

Domaines Prioritaires



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Contexte

Le cadre des 8 causes fondamentales a été partagé avec les parties prenantes de chaque pays lors d'une série d'ateliers de co-création. Sur la base des contributions au cours de ces ateliers, l'équipe a identifié 7 Domaines d'Intervention Prioritaires qui recourent les trois zones géographiques.

Les Domaines d'Intervention Prioritaires sont constitués de nombreuses causes fondamentales et sous-jacentes (indiquées sur la diapositive 29), reflétant la complexité des défis auxquels le système est confronté aujourd'hui.

Le reste de ce document traite en détail de chaque domaine prioritaire et présente quelques idées d'interventions potentielles. Bien que la recherche se soit concentrée sur 3 zones géographiques cibles, elle a été conçue pour aider les parties prenantes à l'échelle mondiale dans l'établissement des priorités stratégiques. En mettant l'accent sur les réalités des activités de vaccination locales, les résultats du projet espèrent améliorer et faire évoluer les efforts et les interventions de données déjà existants, à la fois localement, régionalement et mondialement.

Variations par pays

Pour tenir compte des variations des priorités dans les trois zones géographiques, nous avons créé une échelle pour évaluer l'importance relative des domaines prioritaires pour chaque pays. Les différences notables incluent:

- **Technologie** : L'infrastructure internet et technologique au Kenya est plus avancée qu'au Mozambique et en RDC, où des problèmes plus prononcés d'équipement, de connaissances en informatique et de connectivité font de l'amélioration de l'accès au DHIS-2 une priorité. Tandis que l'utilisation du système DHIS-2 est bien établie au Kenya, il est toujours en cours de déploiement dans toute la RDC, ce qui entraîne des défis uniques liés à la transition ou au travail autour de systèmes plus anciens, tels que la téléphonie. De même, l'utilisation de technologies de communication comme WhatsApp est beaucoup plus répandue parmi les travailleurs au niveau des structures et des communautés au Kenya.
- **Interactions** : La nature plus bureaucratique et hiérarchique du travail au Mozambique et en RDC signifie que les interactions entre les niveaux du système sont moins fréquentes et structurées, ce qui conduit à un plus grand besoin dans ce domaine.
- **Argent et ressources** : Alors que le manque de ressources de base pour effectuer le travail est un fil conducteur dans toutes les zones géographiques, l'insécurité financière est particulièrement prononcée en RDC, où le personnel peut avoir à dépendre de canaux de revenus non officiels pour être payé.
- **Autres facteurs** : Le concept d'équité dans la répartition des ressources et des responsabilités a été identifié comme très important au Mozambique. En RDC, où les individus s'appuient souvent sur des systèmes parallèles pour sécuriser la plupart des ressources de base, la sécurité financière et de l'emploi est un facteur déterminant. Au Kenya, le besoin d'épanouissement professionnel et personnel est ressorti plus fortement.

Considérations supplémentaires

- Les Domaines d'intervention Prioritaires sont le résultat de recherches destinées à comprendre les défis du point de vue des acteurs du système. En tant que tel, la priorité de l'équipe a été de représenter fidèlement ces points de vue. Bien que cela dépasse le cadre de ce projet, il serait bénéfique d'explorer quelles initiatives proposées ont été essayées dans chaque pays et avec quels résultats.
- En compilant ces Domaines Prioritaires, nous ne nous sommes pas concentrés sur les nouveautés, mais nous avons plutôt cherché à identifier ce qui a le plus d'impact. Cela signifie que nous avons évalué toutes les causes fondamentales et sous-jacentes pour identifier celles qui étaient à la fois hautement prioritaires pour les acteurs du système et relativement moins difficiles à résoudre. En tant que tel, bien que certains des domaines prioritaires ne soient pas nouveaux, nous pensons qu'ils sont importants à souligner afin que les parties prenantes puissent continuer à travailler pour traiter ces domaines prioritaires malgré leur ancienneté.
- Pour chacun des domaines prioritaires nous avons indiqué le niveau de priorité pour chacune des trois zones géographiques, en prenant comme base les nombreuses données qualitatives recueillies au cours de ce projet avec plus de 211 entretiens et observations sur le terrain et les commentaires des parties prenantes lors des entretiens et ateliers de co-création. Nous recommandons un engagement accru avec les PEV des pays pour valider et incorporer ce travail dans leurs efforts existants et futurs.



1 Sommaire
Exécutif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Aperçu

PESSOAS



Augmenter le **nombre et les compétences du personnel qualifié** en matière de données, en particulier aux niveaux inférieurs du système

Niveau de Priorité:

K: ●● / M: ●● / C: ●

RECURSOS



Assurer la **constante disponibilité des ressources de base** (telles que les outils de rapportage, le temps d'antenne, les transports et Internet) nécessaires à l'enregistrement, la gestion et à l'accès aux données

Niveau de Priorité:

K: ●●● / M: ●● / C: ●●●

FERRAMENTAS



Redesigner les outils des **centres** pour réduire la charge de travail et mieux soutenir la prise de décision

Niveau de Priorité:

K: ●● / M: ●● / C: ●●



Accélérer la saisie des **données** et améliorer l'**accessibilité des données** dans DHIS-2

Niveau de Priorité:

K: ● / M: ●● / C: ●●

INTERACÇÕES



Favoriser des interactions **bidirectionnelles** plus fréquentes autour des données et de la prise de décision entre les acteurs à tous les niveaux

Niveau de Priorité:

K: ●● / M: ● / C: ●



Améliorer l'efficacité de la supervision, en abandonnant les visites ponctuelles avec une liste de contrôle et en adoptant un retour d'information continu et constructif sur le long terme

Niveau de Priorité:

K: ● / M: ●● / C: ●

PLANEAMENTO



Améliorer le processus de **budgétisation en impliquant les décideurs politiques et administratifs** et en fournissant des données à jour sur les fonds réellement disponibles

Niveau de Priorité:

K: ●●● / M: ●●● / C: ●●●

CLÉ

●●● — Très haute
●● — Haute Priorité
● — Moyenne Priorité

K — Kenya
M — Mozambique
C — RDC



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Personnes

PRIORITÉ: Kenya: ●● (Elevée) / Moz: ●● (Elevée) / DRC: ● (Moyenne)

1

Augmenter le nombre et les compétences du personnel qualifié dans les données, en particulier aux niveaux inférieurs du système

"Lorsqu'il s'agit d'engager des professionnels de santé, nous déterminons très rapidement que nous avons besoin d'infirmières et de médecins. Nous oublions les agents pour les données, alors qu'ils sont très importants"

Directeur provincial PEV, Kenya

CAUSES FONDAMENTALES traitées :



Savoir-faire

- Pas assez des gens soucieux des données
- Formation inadéquate



Temps

- Charge de travail
- Pas de temps dédié aux données



Confiance dans les données

- L'amplitude et les ressources ne sont pas suffisantes pour assurer le suivi/ les corrections
- La qualité des données n'est pas une priorité pour les structures
- Manque de formation



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Domaines prioritaires : Personnes

1 Suite

Bien que l'on mette de plus en plus l'accent sur l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données, il existe peu de rôles spécifiques aux données au sein du système, en particulier aux niveaux inférieurs. La plupart des travaux de collecte, de rapport et d'examen des données sont effectués par des personnes qui ne les considèrent pas comme une partie essentielle de leur travail. Ce qui signifie que le travail est souvent précipité, non-prioritaire ou confié à des travailleurs non officiels.

Au niveau des structures, les infirmières de vaccination ont tendance à consacrer toute leur énergie à la prestation de services de santé, et sont souvent obligées de choisir entre le respect des protocoles administratifs et servir leurs clients. Ayant à peine le temps de collecter et de compiler les données requises, il est peu probable qu'ils les examinent ou les analysent. Il est également peu probable qu'ils se sentent à l'aise avec les données, car la plupart des formations se limitent à ce qu'ils ont pu apprendre sur le tas. La majorité des infirmiers de notre étude estiment que les tâches plus complexes

de production de rapports devraient être confiées à une "personne de données" qui est douée avec les chiffres et, surtout, qui peut consacrer toute son attention à l'examen et à l'analyse des données.

Dans les structures dotés d'un HIRO intégré, les infirmières ont déclaré se sentir plus sûres de la qualité de leurs données, sachant que quelqu'un les compile et les examinent régulièrement, au lieu de tout passer en revue à la hâte à la fin du mois. Ils avaient également plus de temps et d'espace pour la prestation de services et les structures pouvaient plus facilement utiliser leurs données pour la planification et les opérations.

Au niveau sous-national, la plupart des responsables sont recrutés au sein du système. En tant que infirmiers et médecins de formation, ils n'ont peut-être pas toutes les compétences requises pour gérer les données PEV. De plus, étant donné que beaucoup d'entre eux sont des médecins ou techniciens en exercice, il est difficile de trouver du temps pour les données, loin des urgences. Par conséquent, ils sont susceptibles de compter sur le chargé des données pour extraire et interpréter les données à leur place, ce qui vient s'ajouter à la charge de travail déjà lourde du data manager.

L'ajout ou la formation de personnel supplémentaire compétent en matière de données aux niveaux inférieurs du système, ainsi que

l'attribution de temps dédié à la réalisation de tâches spécifiques, pourraient contribuer à faire des données une priorité et à créer des opportunités pour une plus significative utilisation des données par tous les acteurs.

RECITS DU TERRAIN :

Vous trouverez ci-dessous des extraits de récits que l'équipe de recherche a entendus sur le terrain au Kenya, au Mozambique et en RDC (les noms des participants ont été modifiés pour préserver la confidentialité).

En sous-effectif de personnel compétent en données, les structures prennent des raccourcis pour recueillir des données sans compromettre leur prestation de services

Denia, infirmière chargée de la vaccination, travaille dans une structure où elle et d'autres infirmières ont adopté une stratégie informelle pour réduire leur charge de travail matinale. Elles doivent documenter le stock de vaccins en plus d'effectuer leurs tâches de vaccination, mais les activités administratives



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Personnes

1 Suite



prennent du temps (les deux principaux documents prennent 30 minutes chacun à remplir) et ne sont pas aussi importantes selon elle. Ainsi elle enregistre les vaccins prélevés dans le stock sur un bout de papier en version abrégée et ne transfère les informations requises vers les outils officiels de manière plus détaillée que l'après-midi, lorsque tout le personnel peut s'asseoir et revoir ensemble son lot de quantités de vaccins. Cela peut augmenter le nombre d'erreurs mais rend la prestation des services de santé plus rationnelle et plus efficace. (Moz)

Les data créent leurs propres outils pour suivre les données pertinentes au niveau local.

Marie-Louise est une data au niveau provincial depuis plus de vingt ans. Au cours de cette période, l'équipe a

grandi et a développé des outils spécifiques adaptés aux besoins de sa province. Par exemple, elle trouve que les outils officiels sont trop génériques pour résoudre les priorités spécifiques de sa province et a créé une base de données Excel pour suivre des maladies spécifiques (MAPEPI) en plus des 22 pathologies qu'elle doit suivre pour le programme de santé publique. Son équipe est en mesure de présenter des graphiques visuels solides lors des réunions de surveillance provinciales, sur la base de sa base de données élargie. Récemment, cela a permis de convaincre les autorités médicales provinciales de lancer une campagne de vaccination contre la fièvre jaune. (RDC)

Les responsables / gestionnaires remplissent généralement deux rôles ou plus, ce qui leur laisse très peu de temps pour les données.

Charles est un médecin au niveau provincial qui porte de nombreuses casquettes dans le cadre de ses fonctions. Il aimerait avoir plus de temps pour les activités liées aux données, mais comme ses responsabilités et son épuisement s'accroissent au fil de la semaine, il a rarement le temps de s'y plonger. En plus de gérer un hôpital de niveau 5 dans une zone

MESURES À PRENDRE :

- Élargir le rôle du chargé des données des structures pour englober toutes les structures, soit à temps plein, soit par rotation.
- Travailler avec les institutions de formation et d'accréditation (ainsi que dans le cadre de formation préalable à la vaccination et du suivi et de l'encadrement en cours d'emploi) **pour améliorer le niveau de compétence des diplômés en matière de données.** Recruter activement ces compétences chez les nouveaux employés.
- S'assurer que tous les décideurs sont formés et ont **accès à un HMIS (tel que DHIS-2)**. Effectuer un suivi continu et renforcer les compétences pour résoudre les problèmes.
- Identifier **les travailleurs non officiels qui effectuent actuellement des tâches liées aux données** aux niveaux des structures et de la communauté et s'assurer qu'ils bénéficient des conseils/de la formation et des ressources nécessaires pour effectuer correctement ce travail.



1 Sommaire
Exécutif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Personnes

1 Suite

urbaine très fréquentée, il est également un gynécologue spécialisé qui pratique des opérations chirurgicales une fois par semaine, effectue des visites quotidiennes dans les services. Étant le seul gynécologue, Charles est de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en cas d'urgence, ce qui ajoute à l'épuisement qu'il ressent rien qu'en assumant ses responsabilités quotidiennes. Bien qu'il veuille se concentrer sur ses tâches administratives, comme les réunions d'examen des données, les commandes, les rapports et la budgétisation, il n'a ni le temps ni l'espace nécessaires pour se trouver devant un ordinateur, qui ne convient pas à sa routine de travail. (Kenya)



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Ressources

PRIORITÉ : Kenya: ●●● (Plus élevée) / Moz: ●● (Elevée) / DRC: ●●● (Plus élevée)

2

Assurer une **disponibilité constante des ressources de base** (telles que les outils de rapportage, le crédit de communication, le transport et l'internet) nécessaires à **l'enregistrement, la gestion et l'accès aux données.**

"Au moment de créer le rapport, il y a beaucoup de documents à photocopier, car une copie doit rester avec vous, une autre doit être à la pharmacie et une autre chez l'infirmier vaccinateur. Parfois, nous finissons par dépenser 30 à 40 MZN [de notre propre argent]."

Relais Communautaire, Mozambique

CAUSES FONDAMENTALES traitées :



Conditions de travail

- Manque d'outils/de ressources de base pour travailler



Confiance dans les données

- Pas assez de bande passante et de ressources pour surveiller et corriger les problèmes.
- Manque d'outils appropriés



Accès

- Les données ne sont pas disponibles dans le système lorsqu'on en a besoin
- Internet indisponible / peu fiable



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

Causes
Fondamentales

5

Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Ressources

2 Suite

Certains gestionnaires et professionnels de la santé ont des compétences en matière de données et apprécient la valeur de bonnes données, mais ne sont pas en mesure d'accomplir leurs tâches de base liées aux données en raison d'un manque de fonds pour le crédit de communication, l'internet, le transport ou les outils de faire les rapport.

Au niveau des structures sanitaires, l'insuffisance d'outils de rapportage vierges est considérée comme l'un des principaux facteurs de démotivation pour la collecte de données. Les établissements sont souvent contraints de payer les photocopies des formulaires officiels, d'utiliser des formulaires périmés ou d'improviser en enregistrant les données dans des carnets. Sans les formulaires papier, les datas trouvent qu'il est extrêmement difficile de tenir les structures responsables des données. L'utilisation de formulaires périmés ou ad hoc entraîne également des lacunes et des erreurs dans les données.

Au niveau des provinces et des zones, les gestionnaires doivent souvent interagir directement avec les structures pour assurer le suivi des rapports en retard, combler les lacunes et corriger les

incohérences des données. Cela peut se faire en grande partie par téléphone mais, dans le cas de cas plus complexes ou de problèmes récurrents, des visites en personne peuvent être nécessaires.

Lorsque c'est possible, les gestionnaires couvrent à contrecœur les frais de ces activités de leur propre poche. Pourtant, il n'est pas rare que des étapes soient manquées ou que des données soient introduites dans le système sans être validées, faute de fonds pour le transport ou crédit téléphonique. L'absence d'une connexion wifi stable ou de forfaits internet rend également difficile la saisie et l'accès aux données dans le DHIS-2.

RÉCITS DE TERRAIN :

Vous trouverez ci-dessous des extraits de récits que l'équipe de recherche a entendus sur le terrain au Kenya, au Mozambique et en RDC (les noms des participants ont été modifiés pour préserver la confidentialité).

Les datas ne sont pas toujours en mesure d'assurer le suivi des données à cause de manque de crédit de communication et de transport.

Serge est un médecin chef de zone dans une géographie fluviale de la RDC. Il y a deux ans, une nouvelle infirmière chargée de la vaccination a pris ses fonctions dans l'une de ses structures sanitaires et depuis lors, les données mensuelles de cette structure sont soumises avec des incohérences, notamment une surestimation du nombre de vaccins administrés. Lorsque Serge relance l'infirmière par SMS, elle a tendance à être évasive et à éviter de fournir une explication. Malheureusement, Serge n'a pas les moyens de créer un meilleur rapport avec l'infirmière : il n'a pas de smartphone pour WhatsApp, il n'a pas les moyens de passer de longs appels téléphoniques, et la structure de l'infirmière se trouve sur un axe fluvial que sa zone ne peut pas accéder faute de moyens de transport. (RDC)

Le manque d'outils de collecte de données démotive et réduit la qualité des données.

Le personnel des structures n'a pas toujours accès aux outils de collecte de données dont il a besoin pour mener à bien ses activités. Dans de nombreux cas, lorsque les structures sanitaires n'ont plus d'outils spécifiques fournis par le ministère de la santé, les remplacements ne sont pas fournis et le personnel



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Domaines prioritaires : Ressources

2 suite



crée des solutions de rechange en photocopiant une copie originale vierge et en la reliant pour créer sa propre copie, ou en utilisant des cahiers lignés ordinaires pour saisir les données. Ils reproduisent l'outil original, en dessinant les mêmes champs et colonnes, mais ajoutent de nouveaux champs de données qui leur semblent plus pertinents pour leur prise de décision (comme la date de la prochaine vaccination ou les numéros de contact). Pour le datage des zones, le manque d'outils au niveau de structures entraîne des retards dans leur capacité à rassembler et à soumettre le rapport de fin de mois. (Kenya)

Le personnel utilise son propre argent pour effectuer des tâches de base.

Devenir une infirmière et garder sa communauté et ses enfants en bonne santé était une vocation pour Julia. Elle se sent incroyablement chanceuse de l'avoir remplie depuis l'obtention de son diplôme. Peu après, elle a commencé à travailler dans une structure rurale en tant qu'infirmière en vaccination, où elle était responsable du PEV et de la santé communautaire. Six ans plus tard, elle a été mutée dans un nouveau centre où elle est responsable du PEV. Elle aime toujours autant travailler et a le don de créer la confiance au sein de la communauté pour faire connaître l'importance des vaccinations. Le dévouement dont elle fait preuve dans son travail signifie que Julia est prête à acheter son propre crédit téléphonique pour communiquer avec ses patrons et les autres agents de santé communautaires. Malgré cette passion, elle a le sentiment non seulement d'être sous-payée mais aussi de devoir investir ses propres fonds pour faire son travail de manière appropriée. (Moz)

MESURES À PRENDRE:

- **Revoir les politiques actuelles concernant les ressources de base** et voir s'il est possible d'augmenter, de hiérarchiser ou de réévaluer les priorités pour faire avancer ce programme..
- **Examiner les dépenses antérieures du PEV**, et identifier les domaines de gaspillage ou de dépassement, à réaffecter aux ressources de base du programme.
- **Augmenter et réserver des fonds pour les ressources de base** telles que le crédit de communication, l'internet et le transport pour les tâches liées aux données telles que le rapportage, la gestion et l'accès aux données. Ces ressources doivent être gérées localement
- **Faire de la disponibilité, de l'impression et de la distribution d'outils de rapportage papier à jour dans toutes les structures une priorité.** Cela inclut des protocoles de gestion des stocks pour permettre des alertes systématiques en cas d'approvisionnement insuffisant, ainsi que l'assurance d'un réapprovisionnement proactif à partir de niveaux plus élevés (le cas échéant) avant la rupture de stock.



1 Sommaire
Exécutif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Ressources

2 suite

FOCUS SUR LE KENYA:

Les focus sont des exemples d'idées d'intervention qui pourraient être introduites pour traiter un domaine prioritaire. Ils s'appuient sur la recherche, la synthèse et les ateliers de co-crédation avec les utilisateurs et les parties prenantes.

Initiative d'autonomisation des utilisateurs de données locaux, axée sur la vaccination, au niveau des provinces, des zones et des structures.

Une initiative visant à démontrer la valeur de l'approvisionnement des forfaits internet/crédit de communication/transport pour soutenir la supervision, la correction et la gestion des données afin d'évaluer clairement quel est l'impact sur la performance du programme ? Et combien cela coûterait-il (probablement pas beaucoup) ?

Réfléchissez : Il est difficile pour une intervention de s'étendre à l'ensemble du pays en raison de la dévolution/décentralisation (en particulier si les coûts opérationnels tels que l'impression de formulaires ou le crédit téléphonique doivent être financés au niveau de la province/district selon le pays). Cet [exemple](#) du Kenya offre des leçons.

L'échelle est importante : Si une intervention est conçue, elle doit être à la bonne échelle, pour que l'on puisse vraiment constater une différence au sein du système plus large et garantir durabilité et des solutions locales.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires: Outils

PRIORITÉ : Kenya: ●● (Elevée) / Moz: ●● (Elevée) / DRC: ●● (Elevée)

3

Redesigner les outils des centres pour réduire la charge de travail et mieux soutenir la prise de décision

"... il est préférable d'enregistrer les niveaux de stock de chaque antigène dans l'après-midi, lorsque nous pouvons faire le point et que chacun d'entre nous s'assoit avec son lot de quantités de vaccins.... Nous notons les chiffres - la quantité de chaque vaccin, le lot et la date de péremption et sur chaque vaccin il y a un petit autocollant avec le statut de la VVM."

Infirmier vaccinateur, Mozambique

CAUSES FONDAMENTALES traitées :



Temps

- Charge de travail



Outils et protocoles

- Les outils des structures sont optimisées pour la collecte des données, pas pour l'utilisation
- Les décisions impromptues ne sont pas acceptées/soutenues
- Les outils de données sont cloisonnés et incompatibles les uns avec les autres.



Accès

- Les données ne sont pas disponibles dans le système lorsqu'on en a besoin



Confiance dans les données

- Manque d'outils appropriés



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Outils

3 suite.

Les outils au niveau des structures sont cloisonnés en fonction dont les données doivent être utilisées aux niveaux supérieurs et ne sont pas conçus en fonction des flux de travail du centre ou des besoins en données de ses professionnels de santé.

Il existe de nombreux outils au niveau des structures qui ne s'intègrent pas dans le flux de travail actuel des structures. En tant que tels, ils dédoublent le travail obligeant la collecte des mêmes informations, sur plusieurs outils, et en laissant la place à des erreurs inutiles. Ces outils servent souvent à la prise de décision au niveau provincial/zonal, alors qu'à ce niveau, ces mêmes doublons rendent la validation et la saisie des données dans le système DHIS-2 tout aussi fastidieuses.

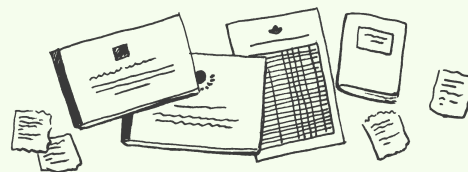
En outre, les outils actuels ne permettent pas nécessairement de saisir les données nécessaires à la prise de décisions opérationnelles au niveau des structures, ni de les présenter de manière à ce que son personnel puisse facilement les contrôler, les analyser et, finalement, les utiliser. Pour répondre

à ce besoin, les structures enthousiastes créent des solutions de contournement et outils informels pour soutenir leur prise de décision, ce qui accroît leur autonomie et leur responsabilité en matière de prise de décision opérationnelle.

De même, si les outils numériques promettent, à long terme, de réduire la charge de travail, ils sont souvent difficilement accessibles au niveau des structures (notamment lorsque l'accès à l'internet, à l'électricité et/ou aux données est limité ou lorsque le téléchargement et l'impression ne sont pas possibles). Cela signifie que les données peuvent être "perdues dans un ordinateur", ce qui les rend difficiles à consulter et oblige le personnel à tenir des formulaires dessinés à la main, c'est-à-dire des registres parallèles tenus par le personnel.

RÉCITS DU TERRAIN:

Vous trouverez ci-dessous des extraits de récits que l'équipe de recherche a entendus sur le terrain au Kenya, au Mozambique et en RDC (les noms des participants ont été modifiés pour préserver la confidentialité).



Les structures créent leurs propres outils de suivi des abandons

Joyce, une infirmière chargée de la vaccination, utilise un carnet ligné pour retrouver les parents et les tuteurs des enfants pour les visites de suivi. Elle remplit ce carnet, un registre informel des abandons, avec les noms de ceux qui se sont présentés à la clinique et les dates de leur rendez-vous initial, les raisons pour lesquelles ils ne se sont pas représentés ainsi que la date à laquelle ils prévoient de revenir. Joyce estime que les outils officiels ne soutiennent pas la prise de décision et la gestion des services de vaccination à son niveau, c'est pourquoi elle doit enregistrer des points de données supplémentaires. (Kenya)



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Outils

3 suite

Les outils de rapportage ne sont pas optimisés pour l'utilisation dans les structures

Lors des séances de vaccination au niveau des structures, de nombreux outils de collecte de données sont utilisés pour recueillir des informations tout au long du processus, y compris l'enregistrement, la confirmation et la vaccination. Les outils, tels que le registre des patients, le carnet de la mère et de l'enfant, les feuilles de pointage et les registres de vaccination, sont tous mis à jour pendant les séances de vaccination de routine. En outre, s'il y a une campagne de vaccination particulière, un outil distinct peut être créé pour recueillir ces données, car elles seront suivies de près par le comté (province) et le pays. Ces outils étant souvent encombrants, des outils informels plus légers et portables sont également créés lors des vaccinations dans les maternités à forte fréquentation, par exemple au début de chaque journée. Ces outils, tant formels qu'informels, se recoupent en grande partie et ont la possibilité d'être condensés, rationalisés et repensés pour répondre aux besoins des structures, réduire considérablement leur charge de travail et améliorer la qualité des données. (Kenya)

MESURES À PRENDRE:

- **Simplifier les champs de saisie des données et harmoniser les outils de production de rapports** pour réduire les redondances et tenir compte du fait que les infirmières de vaccination font beaucoup de multitâche. Il faut pour cela analyser localement les besoins des structures en matière de suivi nominatif et comprendre les systèmes hybrides papier et électronique le cas échéant.
- Capturer les données dans un ordre qui s'adapte aux **flux de travail existants des structures**.
- **Fournir une vue globale du patient dans un seul outil** (par exemple à l'usage de la structure) afin d'éliminer la duplication des données et de mieux éclairer la prise de décision. Assurer également la disponibilité de registres/cartes papier à domicile pour les patients, afin de soutenir le suivi individuel et d'aider les clients à avoir accès à leurs données de vaccination à long terme.
- **Intégrer des directives pour la planification et la prise de décision** qui incluent la compréhension de la manière dont les différents outils de rapportage sont liés et utilisés. (Cet outil est un exemple qui a été utilisé en RDC.)
- S'assurer que le HMIS (tel que le DHIS-2) est mis à jour pour refléter **les changements d'outils** papier et qu'il existe un soutien pour le suivi et l'utilisation des systèmes hybrides d'outils électroniques et papier qui existent encore dans de nombreux centres.
- **Fournir un soutien supplémentaire pour la recherche et la sensibilisation des abandons**, y compris pour aligner les registres/cartes à domicile, les formulaires des relais communautaires et les registres des structures pour la disponibilité des outils et le renforcement des compétences dans leur triangulation et utilisation.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Outils

PRIORITÉ : Kenya: ● (Moyenne) / Moz: ●● (Elevée) / DRC: ●● (Elevée)

4

Accélérer la saisie des données et améliorer leur accessibilité dans le DHIS-2

"Le système [DHIS-2] nous fait défaut. Il nous est arrivé d'y aller, et de découvrir qu'il n'y avait pas de rapport alors que nous avions fait rapport. Et dans votre cœur, vous savez que vous avez fait le travail."

Data Manager Zone, Kenya

CAUSES FONDAMENTALES traitées :



Temps

- Charge de travail
- Pas de temps dédié aux données
- Peu d'importance accordée à la revue/examen des données



Outils et protocoles

- Les outils de données sont cloisonnés et incompatibles les uns avec les autres



Accès

- Difficultés d'accéder aux données dans les DHIS-2
- Les données ne sont pas disponibles dans les système quand c'est nécessaire
- Insuffisance d'équipement / espace de travail



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Domaines prioritaires : Outils

4 suite

Le système DHIS-2 est confronté à de nombreux défis en terme de produit et de mise en œuvre qui ont un impact sur la façon dont les acteurs utilisent le système. L'expérience actuelle des utilisateurs du système DHIS-2 est médiocre, souvent en raison de bugs ou des retards du système qui entravent leur capacité à saisir, gérer ou récupérer des données. Les incohérences entre les champs de données des rapports papier et du système DHIS-2 ralentissent considérablement la saisie des données et, parfois, peuvent être source d'erreurs.

Pendant les moments d'utilisation intensive, lorsque les gestionnaires de données sont pressés par le temps pour respecter leurs délais, le système peut devenir très bugé, avec des temps de latence qui le rendent presque impossible à utiliser. Les datas, même avec une bonne connexion internet, peuvent être bloqués pour accéder le système pendant des heures, ou déclarer avoir perdu des données déjà saisies. En RDC, où le DHIS-2 vient d'être déployé, les protocoles ne tiennent pas compte du fait que certaines régions ne disposent pas d'une connexion

suffisamment stable pour utiliser le système, ce qui oblige le personnel à parcourir de longues et coûteuses distances pour saisir les données.

L'extraction de données déjà présentes dans le système peut être tout aussi difficile. Les gestionnaires peuvent passer la majorité de leurs journées de travail à faire la navette d'une réunion à une autre, sans pouvoir s'asseoir devant un ordinateur. D'autres, en particulier au niveau des installations, peuvent ne pas avoir accès à un ordinateur ou à internet, ce qui signifie qu'ils comptent exclusivement sur d'autres pour extraire des données pour eux.

La modernisation et le débogage du système DHIS-2 pourraient permettre de réduire considérablement le temps consacré à la saisie des données et de consacrer davantage de temps à leur vérification et à leur analyse. L'exploitation des applications DHIS-2 existantes pour permettre l'accès aux données sur les appareils mobiles (avec une capacité hors ligne plus efficace et des conseils clairs sur l'interopérabilité lorsque des ordinateurs et Internet sont disponibles) pourrait également rendre les données plus accessibles aux gestionnaires occupés et au personnel au niveau des structures. Enfin, la création de protocoles adaptés au contexte et la dispense de la formation nécessaire sont essentielles pour garantir l'adhésion et la bonne utilisation de toute solution numérique.

RÉCIT DU TERRAIN :

Vous trouverez ci-dessous des extraits de récits que l'équipe de recherche a entendus sur le terrain au Kenya, au Mozambique et en RDC (les noms des participants ont été modifiés pour préserver la confidentialité).

Les gestionnaires de données font face à des incohérences entre les outils papier et numérique et un système numérique truffé de bugs et de problèmes d'accessibilité

Joseph, un data manager au niveau provincial, est confronté à une multitude de problèmes de collecte de données et de rapports lorsqu'il essaie de s'acquitter de ses responsabilités en matière de données. Pendant les périodes d'activité intense, Joseph est régulièrement confronté à des difficultés lorsqu'il tente de saisir des données dans le système DHIS-2. Il existe des incohérences entre les champs de données figurant sur les rapports papier des structures et les champs du système DHIS-2. Par exemple, il y a un décalage entre le champ d'âge requis pour la vitamine A sur les outils papier au niveau de structures sanitaires et ce qui peut être saisi dans le système numérique. Alors que sur les outils papier, vous pouvez indiquer un enfant de 1 an,



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Outils

4 suite

le système DHIS-2 ne permet pas d'indiquer un enfant de moins de 2 ans.

De plus, le DHIS-2 comporte de nombreux bugs qui ne permettent pas toujours de récupérer les informations saisies précédemment. Joseph, qui a cité le "système" comme l'un de ses principaux défis, a connu des cas où des rapports ont disparu, n'ont plus été accessibles ou ont été affichés comme n'ayant jamais été saisis, alors qu'ils l'avaient été. Le système ne se synchronise pas souvent avec ce qui a été saisi pour tous les utilisateurs, un niveau pouvant voir des données différentes de celles visibles par les gestionnaires du DHIS-2.

Cette situation est encore aggravée par les retards que Joseph subit lorsqu'il travaille dans le système DHIS-2, ainsi que par l'absence de fiabilité de l'internet. Cependant, un nouveau système wifi vient d'être installé dans le bureau urbain du sous-comté (zone) où il travaille et il a bon espoir que son travail consistera moins à introduire les données dans le système qu'à les analyser. Jusqu'à présent, il passait une grande partie de sa semaine à se battre avec internet pour saisir les données. Lui et ses collègues doivent acheter du crédit internet pour alimenter un modem dans leur bureau, car les administrateurs ont expliqué qu'il n'y avait pas d'argent pour l'internet, même s'ils attendaient d'eux qu'ils saisissent et

soumettent les données avant leurs échéances. Ce n'est pas seulement un problème financier, c'est aussi un problème de timing. La qualité de la connexion fait qu'il revient souvent au bureau lorsque les connexions sont plus fortes, comme le week-end, voire même après l'église.

Ces difficultés cumulées laissent Joseph avec des outils mal adaptés et un système numérique qui entrave sa capacité à communiquer les données en temps voulu et de manière efficace. En diffusant et en synchronisant les outils papier et numériques et en améliorant la convivialité et l'accessibilité du système DHIS-2, le travail déjà éprouvant de Joseph serait rendu plus facile. (Kenya)

Le déploiement du DHIS-2 en RDC ne prend pas en compte les réalités du terrain

Comme la plupart des gestionnaires de données des zones, Gustave était à la fois enthousiaste et nerveux à l'idée de l'utilisation obligatoire de DHIS-2 pour l'encodage des données. Bien que cet outil numérique basé sur l'internet soit censé faciliter et rationaliser l'analyse des données - et améliorer la cohérence et précision - l'internet est souvent indisponible dans son

Je vais au bureau central pour entrer mes données.



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Domaines prioritaires : Outils

4 suite.

bureau et, lorsque la formation a eu lieu, l'outil fictif ne fonctionnait pas, de sorte qu'il n'a pas l'impression de maîtriser le processus.

Pendant des années, lui et son équipe se sont appuyés sur un document Excel appelé DVD-MT pour leurs analyses. Il est plus à l'aise avec ce format parce qu'il lui est évidemment plus familier, mais aussi parce qu'il possède un éventail plus complet d'indicateurs d'immunisation pour faciliter l'analyse en temps réel avec son infirmière titulaire de zone. Ensemble, ils ont remarqué des incohérences entre les résultats des deux plateformes, ce qui les rend nerveux à l'idée d'abandonner leur ancien système. Cette combinaison de facteurs signifie que son travail a doublé - il continue à compléter les données dans le DVD-MT et remplit les exigences du DHIS-2 - sans résoudre les problèmes fondamentaux de qualité des données et de prise de décision. (RDC)

MESURES À PRENDRE :

- **Identifier et réparer les bugs du système** et les problèmes de facilité d'utilisation dans le DHIS-2.
- **Identifier et résoudre les goulets d'étranglement du système**, qui ralentissent les performances, en particulier pendant les périodes d'utilisation intensive..
- Assurer **la cohérence et l'interopérabilité avec les outils papier**, y compris un protocole pour la mise en œuvre de changements futurs. L'ordre et les processus dans lesquels les informations sont saisies et partagées sont tout aussi importants que l'exactitude des champs de données eux-mêmes. En outre, des considérations d'équité et des solutions localisées sont nécessaires pour les établissements qui ont des difficultés constantes à accéder aux systèmes électroniques et qui continuent donc à s'appuyer sur des rapports papier.
- Développer/améliorer les applications existantes pour **accéder aux données sur des appareils mobiles** (en pensant à la fois au niveau des structures et aux questionnaires en déplacement). Assurer également les minutes de données et les technologies (telles que la disponibilité des smartphones et des tablettes et la fiabilité de l'électricité et du signal wifi/cellulaire).
- Avant/pendant le déploiement du DHIS-2, faire des **plans de transition réalistes** qui tiennent compte des contraintes locales et des ressources disponibles afin d'éviter les systèmes parallèles et la nécessité de recourir à des solutions de contournement.
- **S'appuyer sur le réseau mondial du HISP** (Health Information Systems Programme) **pour classer par ordre de priorité et accélérer** les corrections et les fonctionnalités qui ont le plus besoin d'être développées pour les programmes de vaccination sur le terrain.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Interactions

PRIORITÉ : Kenya: ●● (Elevée) / Moz: ● (Moyenne) / DRC: ● (Moyenne)

5

Favoriser des **interactions** plus fréquentes et **bidirectionnelles** (allant dans les deux sens) autour des données et la prise des décisions entre les acteurs à tous les niveaux

"Je n'ai aucune décision à prendre, si ce n'est de donner un feedback au patron, qui à son niveau a le droit de prendre une décision pour les personnes qui soumettent leurs données."

Data Manager Provincial, RDC

CAUSES FONDAMENTALES traitées :



Conditions de travail

- Un retour d'information limité sur les performances



Savoir faire

- Reconnaissance insuffisante de l'utilité des données aux niveaux inférieurs
- Formation inadéquate



Outils & Protocoles

- Les protocoles sont très rigides



Pouvoir de décision

- Formation et supervision



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

Causes
Fondamentales

5

Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Les interactions

5 suite

Les interactions entre niveaux ont tendance à être rares et à sens unique: les données remontant principalement des niveaux de la communauté et des structures. Les directions ou conclusions tirées des données collectées remontent rarement jusqu'aux structures et le retour d'information n'a lieu que lorsque les données sont manquantes ou inexactes.

En conséquence, le personnel au niveau des structures et des communautés est déconnecté du processus de prise de décision et peut ne pas avoir suffisamment de contexte pour comprendre pourquoi les données sont importantes et comment leurs décisions opérationnelles quotidiennes ont un impact sur le système en général.

Grâce à l'intégration d'interactions plus rationalisées, flexibles et individualisées entre les niveaux, nous pouvons accroître et promouvoir la participation et l'appropriation, la responsabilité, le partage, l'appréciation et l'utilisation des données. Cela peut également favoriser une meilleure compréhension et sensibilisation aux données à tous les niveaux et

transformer les interactions actuellement passives en interactions plus engagées, fiables et utiles.

RÉCIT DU TERRAIN:

Vous trouverez ci-dessous des extraits de récits que l'équipe de recherche a entendus sur le terrain au Kenya, au Mozambique et en RDC (les noms des participants ont été modifiés pour préserver la confidentialité).

Le personnel des structures se sente exclu du mécanisme de prise de décision et ne savent pas ce qu'il advient des données qu'il collecte.

Le personnel au niveau de la structure apprécie savoir quand et comment les données qu'il collecte sont utilisées. Karen, une data provinciale, explique que dans le système de santé, il existe une culture où vous préférez accepter les décisions prises au-dessus de vous, même si elles ne vous conviennent pas et ne correspondent pas à vos priorités, car chacun essaie d'éviter les perturbations. Elle pense que l'inclusion des personnes dans le processus décisionnel pourrait motiver le personnel à collecter de meilleures données, car elles pourraient comprendre le lien entre leurs activités de collecte et d'analyse, et les décisions

qui sont prises concernant leurs priorités, leurs ressources, etc. Elle considère qu'il est de son devoir d'impliquer les zones et les structures dans les décisions, dans l'espoir que, à leur tour, ils se sentiront à l'aise en prendre si nécessaire. (Kenya)



Les groupes Whatsapp peuvent promouvoir les interactions en dehors du système formel de rapportage

Le Plan Mashako, une initiative de revitalisation de la vaccination de routine à l'échelle nationale en RDC, a encouragé l'utilisation des smartphones, notamment par le biais des groupes WhatsApp. Henri, médecin



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Les interactions

5 suite

chef de zone dans une zone de santé semi-rurale près de Kinshasa, a noté que pour transférer des données plus rapidement, envoyer des rappels en cas de retard, communiquer de nouvelles directives ou partager des connaissances, c'était très utile ; cependant, comme tous ses chefs de service n'avaient pas reçu l'argent promis pour couvrir leurs forfaits internet, certaines de ses données étaient encore tardives et ne disposaient pas des allers-retours nécessaires au contrôle de la qualité. (RDC)

Des interactions régulières en tête-à-tête peuvent avoir un impact important sur le moral et les performances.

Zenab, un ministre provincial de la santé, recherche un soutien pour rétablir les réunions de routine de révision des données. Dans le passé, ces réunions étaient soutenues par les partenaires et, en rassemblant les 4 zones de sa province, ils pouvaient procéder à des révisions intégrées des données, présenter leurs données de performance et fournir un retour d'information et une contribution au travail de chacun. Ces révisions avaient lieu tous les 3 mois, et les avantages étaient nombreux : la comparaison des performances avec celles des autres était motivante pour les équipes, augmentait le sens des

responsabilités, et était une occasion de partager des idées et d'apprendre les meilleures pratiques les uns des autres. Ces réunions n'ont pas eu lieu au cours des 5 derniers mois en raison du manque de financement des partenaires, mais Zenab est déterminée à les ramener. (Kenya)

FOCUS SUR LE KENYA:

Les focus sont des exemples d'idées d'intervention qui pourraient être introduites pour traiter un domaine prioritaire. Ils s'appuient sur la recherche, la synthèse et les ateliers de co-création avec les utilisateurs et les parties prenantes.

Appels individuels avec les structures

Un mélange de conversations en personne et numériques entre les structures et le niveau zone/province afin d'améliorer la compréhension des données et la conscientisation des deux niveaux. Grâce à des conversations régulières, nous pouvons mieux comprendre les besoins de l'autre et établir une relation. Cela va favoriser la participation et l'appropriation, la responsabilité, le partage, l'appréciation et l'utilisation des données.

MESURES À PRENDRE :

- **Créer des interactions fréquentes et informelles, à double sens**, avec le personnel des structures et des niveaux provinciaux (telles que des conversations téléphoniques plus directes, des groupes WhatsApp ou autres, des possibilités d'échange électronique).
- Rendre les interactions **flexibles pour s'adapter aux contraintes de budget et de temps ainsi qu'aux défis et réalités technologiques** (en particulier avec les structures plus éloignées).
- **Impliquer davantage le personnel des structures dans la prise de décision** et le processus de gestion des données (interactive et non punitive ou du 'sommet vers le bas')
- **Fournir des possibilités de supervision et des suivis continus** (qui peut aussi se faire occasionnellement à distance par téléphone, WhatsApp ou chat, selon les besoins et les réalités des ressources) plutôt que des visites d'évaluation peu fréquentes.



1 Sommaire Exécutif

2 Contexte du Projet

3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Domaines prioritaires : Interactions

PRIORITÉ : Kenya: ● (Moyenne) / Moz: ●● (Elevée) / RDC: ● (Moyenne)

6

Améliorer l'efficacité de la supervision, abandonnant les visites ponctuelles sur la base des 'check-lists' au profit d'un retour d'information continu et constructif au fil du temps.

"Les supervisions comme les revues mensuelles sont des moyens de contrôle et de suivi que nous utilisons pour juger de la qualité des données de vaccination dans les aires de santé."

Médecin Chef de Zone, RDC

CAUSES FONDAMENTALES traitées :



Savoir-faire

- Reconnaissance insuffisante de l'utilité des données aux niveaux inférieurs
- Formation inadaptée



Pouvoir de décision

- Formation et supervision



Conditions de travail

- Un retour d'information limité sur les performances



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Interactions

6 suite

Les ressources et le temps étant limités, les activités de supervision formative sont principalement axées sur l'application du protocole et la détection de problèmes majeurs. Comme les visites sont peu fréquentes et ne sont pas spécifiques au PEV, l'accent est mis sur l'établissement d'une 'check-list' pour prendre note des "indicateurs vitaux de la structure sanitaire," plutôt que sur le renforcement des compétences au travers d'interactions significatives avec le personnel.

De plus le retour d'information n'est pas bien documenté ou partagé avec le personnel, de sorte qu'au lieu de s'appuyer sur le travail effectué auparavant, chaque visite est une évaluation ponctuelle. Il n'est pas surprenant que le personnel de santé aient tendance à se considérer comme des suiveurs de protocoles, et non comme des décideurs.

En mettant davantage l'accent sur le renforcement des compétences et une meilleure documentation et continuité entre les visites, les activités de supervision formative et les opportunités de mentorat et de coaching (par exemple via des réunions de revue bien animées et interactives et des échanges mensuels avec les structures et représentants de

la communauté) ont le potentiel d'améliorer l'implication et le pouvoir de décision du personnel de santé.

RÉCIT DU TERRAIN :

Vous trouverez ci-dessous des extraits de récits que l'équipe de recherche a entendus sur le terrain au Kenya, au Mozambique et en RDC (les noms des participants ont été modifiés pour préserver la confidentialité).

Les infirmiers ne se considèrent pas toujours comme des décideurs

Mercy, une infirmière vaccinatrice dans une structure sanitaire, a adopté une culture de travail selon laquelle les personnes de son niveau ne prennent pas de décisions, elles se contentent de suivre le protocole. Les décisions ne sont prises qu'aux niveaux supérieurs, alors que son travail consiste à transmettre des informations pour que les décisions soient prises par ses supérieurs. Elle fait des choix, dans l'exécution quotidienne de son travail, mais les "décisions" ne peuvent être prises seule. Par exemple les décisions concernant la répartition des journées de vaccination sur des jours spécifiques pour éviter le gaspillage de vaccins sont prises collectivement, avec toutes les infirmières. Elle sait qu'elle ne sera pas évaluée sur la base de ses décisions, mais plutôt sur le fait qu'elle adopte le bon protocole. (Kenya)



Les visites de supervision formative ne sont pas bien documentées, ce qui minimise leur impact.

Actuellement, les informations recueillies au cours des activités de supervision formative sont sur papier et se trouvent au niveau de la zone, de la province ou au niveau national, et non pas auprès des acteurs du centre qui sont évalués.



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaine prioritaire : Interactions

6 suite

L'objectif de la supervision conjointe d'accompagnement que Rachida, employée au niveau national, et ses homologues au niveau provincial effectuent parfois au niveau des zones est de collecter des informations et d'évaluer les capacités des zones en matière de financement, de logistique, de nombre de vaccins, d'évaluation des outils de collecte et rapportage, de populations desservies et de savoir s'ils savent comment déterminer les cibles. Elle estime qu'il s'agit d'exercices importants pour les niveaux supérieurs afin de comprendre où se trouvent les lacunes potentielles du système ; elle estime aussi que la documentation collectée devrait être numérisée et partagée dans le cadre du processus, de sorte que les leçons qui soient utilisées pour faire avancer les activités des superviseurs, aident au progrès des niveaux inférieurs. (Kenya)

MESURES À PRENDRE :

- **Réorienter l'accent de la supervision formative en abandonnant les check-lists et critiques au profit du développement des compétences et d'appui** par le dialogue et l'échange, en utilisant les approches du design centrée sur l'humain et d'apprentissage mixte (telles que le mentorat, le coaching, les conversations ouvertes, etc.)
- **Documenter les visites et saisir le retour d'information dans des documents évolutifs** accessibles à l'ensemble du personnel et des superviseurs (ainsi qu'aux représentants de la communauté, au niveau des structures).
- Assurer que **le retour d'information est directement partagé** avec le staff concerné.
- **Introduire des mécanismes de redevabilité** pour les superviseurs pour s'assurer que les objectifs de supervision formative sont atteints et former en conséquence



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Planification

PRIORITÉ : Kenya: ●●●● (Très élevée) / Moz: ●●●● (Très élevée) / RDC: ●●●● (Très élevée)

7

Améliorer le processus de budgétisation en impliquant les décideurs politiques et administratifs et en fournissant des données actualisées sur les fonds réellement disponibles.

“Faire un plan de travail est une chose, obtenir l'argent en est une autre. Cette année, nous sommes censés obtenir 100 intrants de vaccins. Nous sommes déjà à la moitié de l'année et rien n'est arrivé.”

Zone, Kenya

CAUSES FONDAMENTALES traitées :



Influence

- Les budgets ne sont pas basés sur les données/besoins
- Les fonds ne sont pas disponibles quand ils sont nécessaires pour exécuter les plans
- Les financements des partenaires ajoutent des incertitudes



Conditions de travail

- Manque d'outils/ressources de base pour travailler



Outils & Protocoles

- Les protocoles sont assez rigides



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Planification

7 suite

Beaucoup de temps et de ressources, en particulier au niveau provincial et zonal, sont consacrés à des procédures de planification officielles, basées sur des données. La création de plans de travail et de budgets annuels, destinés à permettre une utilisation plus stratégique des ressources du programme de vaccination, en sont des exemples. Malheureusement, ces activités ne reflètent souvent pas la réalité sur le terrain, car les données utilisées dans la planification peuvent être inexactes, basées sur un recensement daté ou sur des calculs de la population qui n'impliquent pas la communauté.

En outre, les responsables de l'affectation des fonds au PEV ne disposent pas toujours du contexte nécessaire pour fixer les priorités appropriées et ne sont pas non plus en mesure (en raison de contraintes de temps ou de ressources) de collaborer étroitement avec les structures pour les aider à élaborer des plans d'urgence et à mobiliser les ressources locales, par exemple en cas d'insuffisance de fonds ou de réduction de budget.

Les plans sont établis sur la base d'allocations gouvernementales optimistes et/ou de financements anticipés de partenaires qui peuvent ne pas se concrétiser. Lorsque les fonds arrivent, ils sont généralement inférieurs aux prévisions et souvent retardés (en particulier pendant les trois premiers mois de l'année fiscale et parfois plus longtemps). Les gestionnaires locaux se retrouvent donc à court de ressources et/ou sont contraints d'abandonner leurs plans à long terme pour répondre à des besoins plus immédiats, tels que le paiement des factures en souffrance et la prise en charge des urgences.

Les décideurs politiques et administratifs (tels que le Comité exécutif et les membres de l'Assemblée) doivent s'engager de manière plus proactive pour s'assurer que les priorités de financement sont guidées par les données et que des informations plus précises sur le financement sont disponibles et clairement communiquées à des fins de planification.

Les mécanismes de financement des partenaires doivent également être plus prévisibles et opportuns, afin qu'ils puissent être intégrés dans le travail de planification officielle.

RÉCIT DU TERRAIN :

Voici des extraits d'histoires que l'équipe de recherche a entendues sur le terrain au Kenya, au Mozambique et en RDC (les noms des participants ont été modifiés pour préserver la confidentialité).

Les efforts de planification annuels consomment beaucoup de ressources et ne sont pas toujours efficaces.

La planification annuelle, y compris les activités de budgétisation ou de détermination des cibles, prennent du temps, des ressources, de nombreuses réunions, et de multiples approbations à tous les niveaux du système avant d'être envoyée en haut de la chaîne pour approbation finale ou modifications. L'espoir est qu'à la fin du processus, les gestionnaires comme Julie, une infirmière superviseur d'une zone rurale, disposent des ressources dont elle a besoin pour sa zone et ses structures dans les délais prévus.



1 Sommaire
Exécutif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

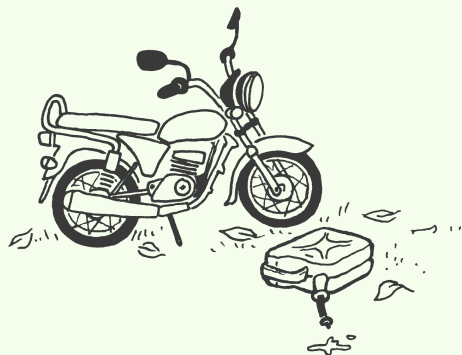
4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Planification

7 Suite

Malheureusement après de nombreuses années de ces efforts cycliques, Julie est démotivée car elle réalise qu'elle n'a aucun contrôle sur les ressources, le moment ou budget qui seront finalement alloués à sa zone. Par exemple, elle se retrouve souvent dans une position où elle ne peut pas obtenir les vaccins, alors que ses structures en ont besoin et que les gens au niveau de structures la blâment pour ce manque, sans réaliser qu'il s'agit d'un problème national ou provincial qui échappe à son contrôle. (Kenya)



Le financement des partenaires peut arriver et partir, mais les programmes en dépendent pour leurs activités de base.

Nestor est un médecin chef de zone dans une région rurale de la RDC. Il déplore le manque de moyens de transport pour accéder à ses structures sanitaires afin de vérifier les données ou de donner son avis. Lorsque leur région était une "zone rouge", en raison de l'épidémie d'Ebola, ils ont reçu des motos et des fonds pour le carburant, ce qui, selon lui, a grandement amélioré la qualité des données ; mais maintenant que l'épidémie a été vaincue et que leur région a été "déclassée", l'aide des partenaires a cessé d'affluer et il est incapable d'accomplir ses deux "rétro-informations" mensuelles (sessions de feedback). Nestor a l'impression d'être puni et craint que tous les efforts déployés pour améliorer la qualité des données ne soient réduits à néant. (RDC)

L'allocation des ressources n'est pas toujours basée sur les besoins, les décisions finales étant prises par des personnes non techniques, comme les législateurs.

Pour Margaret, infirmière titulaire d'une zone de santé, un défi majeur pour le système est que les politiciens sont trop puissants au Kenya, en particulier au niveau de la base, comme les MCA (membres de l'assemblée provinciale) et les gouverneurs. Le pouvoir de financement et d'allocation des ressources est entre les mains des législateurs, qui adoptent ou modifient les budgets, et pourtant, elle estime que les plans de ces législateurs ne sont pas suivis d'effets parce que les budgets nécessaires ne sont jamais réalisés. Elle estime que leur rôle devrait être de s'assurer que les systèmes existants sont renforcés afin que les ressources arrivent réellement là où elles sont nécessaires. (Kenya)



1 Sommaire
Executif

2 Contexte
du Projet

3 Cartographie
du Système

4 Causes
Fondamentales

5 Domaines
Prioritaires

Domaines prioritaires : Planification

7 suite

FOCUS SUR LA DRC:

Les focus sont des exemples d'idées d'intervention qui peuvent être introduites pour traiter un domaine prioritaire. Ils s'appuient sur la recherche, la synthèse et les ateliers de co-crédation avec les utilisateurs et les parties prenantes.

Inclure les autorités administratives dans les interventions sanitaires, et rendre facile l'utilisation des données par des outils visuels et simplifiés

Déplacer la prise de décision en matière de santé au niveau local en collaborant avec les autorités administratives peut entraîner le développement d'une culture des données plus forte au niveau communautaire, y encourageant une habitude de définir et de résoudre ses propres problèmes grâce à ses propres solutions et ressources.

Comme il y aura un manque d'expertise en matière de données à ce niveau, les données seront rendues plus accessibles grâce à des outils de données visuels et simples à utiliser pour aider la prise de décision.

Ces outils peuvent être utilisés lors des réunions mensuelles/biennuelles avec la communauté, les agents de santé communautaires (appelés Relais Communautaire), les autorités administratives et les infirmiers. Les budgets au niveau communautaire seront mobilisés pour débloquent les ressources nécessaires (financières, humaines, internet, main d'œuvre, éducation, expertise logistique, transport, etc.) pour aider à cette initiative et au final, conduire à la responsabilisation de la communauté, à l'accessibilité des données et à l'augmentation de l'utilisation des données pour la prise de décision.

MESURES À PRENDRE :

- **Fournir des estimations précises et à temps sur les fonds réellement disponibles** et engager un dialogue tout au long des processus de planification pour communiquer les estimations/ paramètres de financement et rendre les activités de planification plus réalistes à tous les niveaux. Examiner comment le financement des partenaires peut être restructuré pour soutenir cet objectif.
- **Collaborer avec les autorités élues et administratives** à tous les niveaux pour garantir que les priorités et dépenses du secteur de la santé sont guidées par les performances disponibles, les processus du PEV et les données de recensement de la population locale.
- Donner aux responsables techniques et aux parties prenantes locales plus de **visibilité et de contrôle sur la manière dont les budgets qui leur sont alloués** sont dépensés afin de tirer parti de leur connaissance des besoins locaux et de promouvoir les innovations locales.
- Améliorer la **précision des chiffres de population** utilisés pour la détermination des cibles/ financement, soit en triangulant les chiffres actuels avec les données de la communauté, soit par d'autres moyens.
- Améliorer la **visibilité et la précision des stocks actuels ou prévus** afin de faciliter les activités de redistribution et d'allocation des vaccins.



1 Sommaire Executif

2 Contexte du Projet

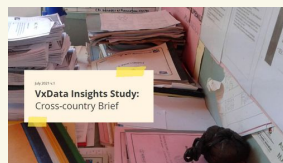
3 Cartographie du Système

4 Causes Fondamentales

5 Domaines Prioritaires

Autres rapports

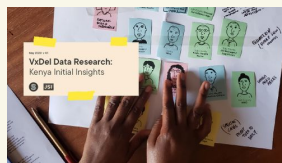
De l'étude sur les données de vaccination:



Synthèse Transnationale

Juillet 2021

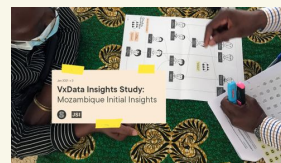
Ce document est un résumé de la synthèse transnationale réalisée à l'issue de toutes les recherches sur le terrain au niveau national.



Rapport Kenya (anglais)

Mai 2020

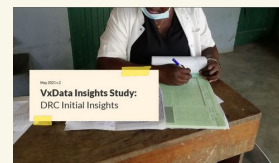
Ce rapport contient un résumé de nos premières conclusions tirées du travail de terrain effectué au Kenya au début de 2020.



Rapport Mozambique (anglais)

Jan 2021

Le présent rapport contient un résumé de nos premiers enseignements tirés du travail de terrain effectué au Mozambique à la fin de 2020.



Rapport RDC

Mai 2021

Ce rapport contient un résumé de nos premières observations issues du travail de terrain effectué au Kenya au début de 2020.



1

Sommaire
Executif

2

Contexte
du Projet

3

Cartographie
du Système

4

Causes
Fondamentales

5

Domaines
Prioritaires