



Outil de gestion de carte de score SRMNIA de l'Ouganda pour la redevabilité et l'action: une approche menée par les districts

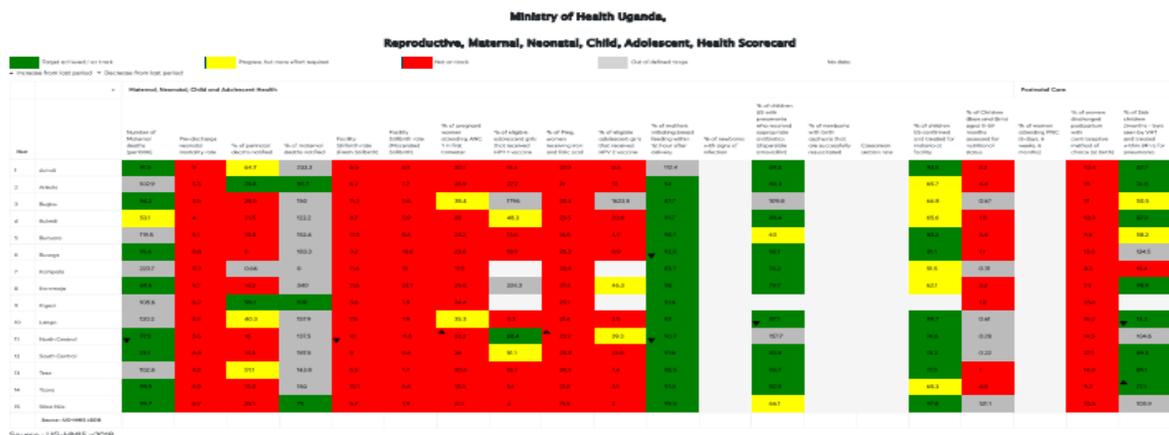
Un outil de soutien à la réalisation des objectifs SRMNIA du pays

L'Ouganda a réalisé des progrès remarquables et récents dans l'amélioration des indices de Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA). Entre 1995 et 2016 en effet, la mortalité infantile a baissé de 156 à 64 décès par 1000 naissances vivantes avec un taux annuel de réduction augmentant de 1.2% à 8.1% entre 2006 et 2011. La mortalité maternelle a été également réduite de 33% sur les 20 dernières années. En dépit de ces progrès, la mortalité évitable chez les mères et les enfants demeure importante avec de très fortes disparités à travers le pays. L'Ouganda a fait de l'amélioration de la SRMNIA sa priorité à travers le RMNCAH Sharpened Plan (2016-2020) dont l'objectif global est de mettre fin aux décès évitables chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent ainsi que d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, adolescents et enfants dans le pays. La carte de score SRMNIA pour la redevabilité et l'action a été considérée nécessaire pour atteindre ce but.

Outils de gestion de carte de score SRMNIA

ALMA a aidé 29 pays africains à développer et mettre en oeuvre des outils de gestion de carte de score SRMNIA afin de soutenir le suivi des progrès vers la réalisation des objectifs nationaux, le renforcement de la redevabilité et la stimulation de l'action. Les outils de carte de score permettent d'effectuer une veille de la performance réalisée par les indicateurs prioritaires à travers la continuité des soins SRMNIA au niveau national et sous-national. Ils sont la propriété des Etats et reflètent de ce fait les priorités de chacun, étant intégrés dans les mécanismes pays existants. Depuis 2015, ALMA soutien le Ministère de la Santé (MinS) de l'Ouganda dans l'utilisation de l'outil de carte de score SRMNIA dans le pays.

L'outil de carte de score de l'Ouganda est alimenté régulièrement par les données émanant des systèmes d'information de gestion de santé (health management information system, ou HMIS) du pays, et est hébergé sur la plate-forme DHIS2. L'outil de carte de score consiste en un affichage d'indicateurs de performance ayant recours à un code couleur basé sur celui des feux de signalisation. La carte de score est passée en revue lors des réunions de direction pendant lesquelles les performances sont analysées et les éventuels goulots d'étranglement identifiés afin de générer des actions permettant d'améliorer les indicateurs sous-performants.



L'outil de carte de score SRMRIA de l'Ouganda

Développement et mise en oeuvre de l'outil de carte de score SRMRIA de l'Ouganda

Le développement de la carte de score a été menée par le MinS. Le processus, impliquant de définir l'objectif de l'outil et de s'accorder sur les indicateurs prioritaires et les modalités de mise en oeuvre, a inclus des consultations auprès des parties prenantes qui ont rassemblé des responsables du MinS aux niveaux national (Santé infantile, Santé reproductive, Département de la planification, Division de l'information santé et de la direction supérieure) et des districts (Responsables santé de district, Référénts SRMRIA -en général le responsable-adjoint santé du district ou ADHO et les bio-statisticiens du district-) et les organisations partenaires comme : UNICEF, l'OMS (WHO), le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA), USAID, ALMA et le Uganda National Health Consumers Organization (UNAHCO). La première carte de score SRMRIA a été publiée au Q2/2016. Le but global de l'outil de carte de score SRMRIA de l'Ouganda est de soutenir une prise de décision basée sur la preuve au niveau des directions, d'améliorer la transparence et de renforcer la redevabilité en vue de résultats définis dans le Sharpened Plan.

En conformité avec le système de gouvernance décentralisé de l'Ouganda, les districts sont semi-autonomes avec des prérogatives politiques, administratives et fiscales. Le gouvernement du district, qui inclut l'équipe de gestion santé du district (District Health Management Team, ou DHMT), est responsable de la fourniture des services de santé, de la planification, de la gestion et de la mise en oeuvre des mesures. Par conséquent, une approche menée par les districts a été plébiscitée dans l'utilisation de l'outil de carte de score.

La mise en oeuvre de l'outil de carte de score est enracinée au niveau du district et suit un cycle de redevabilité trimestriel consistant à :

1. passer en revue l'indicateur de performance
2. générer de l'action en réponse à la performance
3. mettre en oeuvre et effectuer le suivi de l'action

En général, les bio-statisticiens du district sont responsables de la mise à disposition de la carte de score pour tout passage en revue et les ADHO, qui supervisent également les programmes SRMRIA du district, sont responsables de passer en revue les cartes de score et le suivi des actions. Une évaluation récente du processus de carte de score a constaté que dans tous les districts évalués la carte de score était passée en revue durant les réunions trimestrielles d'examen, qui représentent une partie intégrante des systèmes de gestion santé des districts. Durant les discussions autour de la carte de score, les indicateurs et

établissements sous-performants sont soulignés, les raisons de la sous-performance identifiées et des actions correctrices approuvées. En plus de la revue de la carte de score au niveau du programme, plusieurs districts partagent leurs cartes de score avec d'autres parties prenantes clés au niveau des districts, dont les chefs de district et de communauté.

Les partenaires dont l'UNICEF, le FNUAP, USAID, la Banque Mondiale, l'OMS et d'autres ont joué un rôle important dans la facilitation de la mise en oeuvre de la carte de score. Le soutien des partenaires a compris le financement des formations carte de score, des réunions de passage en revue et d'autres forums de dissémination de la carte de score comme les assemblées régionales SRMNIA. Les partenaires au niveau des districts incluent RHITES (USAID), Clinton Health Access Initiative (CHAI), Community and District Empowerment for Scale-up (CODES) et Uganda Health Marketing Group qui participent également au processus de revue et soutiennent la mise en oeuvre des actions correctives.

Le MinS au niveau national conserve la responsabilité de s'assurer que des données de qualité certifiées sont disponibles sur le DHIS2 -en conformité avec ses propres lignes directrices- et que la carte de score est mise à jour et disponible chaque trimestre. La division de santé maternelle et infantile (Maternal and Child Health, ou MCH) a la responsabilité de coordonner la mise en oeuvre de l'outil de carte de score, ce qui inclut assurer une formation continue au niveau des districts (mise à niveau et fondamentaux), mobiliser le soutien envers les facilitateurs pour une utilisation au niveau des districts et dans une certaine mesure soutenir la résolution des goulots d'étranglement. La division MCH identifie également les opportunités de partage massif de la carte de score lors des assemblées nationales SRMNIA par exemple.

Utilisations réussies de la carte de score

L'utilisation de l'outil de carte de score a contribué à de meilleures supervision et performance du programme SRMNIA au niveau des districts, et ce particulièrement dans les domaines suivants :

- veille renforcée de la performance basée sur la preuve
- élargissement de l'engagement des parties prenantes et augmentation de la transparence
- renforcement de la génération et de la mise en oeuvre des actions

Ces réussites ont permis une amélioration notable de la redevabilité de la SRMNIA grâce à une approche par le bas.

Veille renforcée de la performance basée sur la preuve

La revue de la performance du programme de santé est une fonction essentielle du DHMT et plus largement du leadership au niveau du district. Tous les districts organisent des réunions de revue trimestrielles présidée par le DHO auxquelles participent les membres du DHMT, les référents des programmes de santé, les responsables de district (ex: Responsable administratif ou CAO, le CAO adjoint, le Planificateur du district, le Secrétaire du district pour la santé), les responsables santé des sous-districts, les responsables des établissements de santé à fort débit, les partenaires de mise en oeuvre, les représentants des acteurs privés, et les responsables d'associations de santé. Intégrer la carte de score dans ces réunions a permis d'offrir un mécanisme structuré pour une revue exhaustive de la performance des programmes SRMNIA. La capacité de montrer le taux de performance à plusieurs niveaux (district, sous-district sanitaire et établissements de santé) ainsi qu'un instantané des indicateurs à travers la continuité des soins, couplé à la facilité d'interprétation a été cité par de nombreux utilisateurs comme un atout-phare de la carte de score. Cette dernière a largement permis l'utilisation des données existantes ainsi que des discussions solides basées sur la preuve au sujet des insuffisances et succès en matière de performance.

“Avant l’introduction de la carte de score, des gens consultaient les données sur les registres des établissements pour évaluer la performance, ce qui ne reflétait pas véritablement cette dernière. La carte de score montre la performance réelle à tous les niveaux.”

ADHO du district de Jinja

Elargissement de l’engagement des parties prenantes et augmentation de la transparence

Engagement à haut niveau et plaidoyer

En plus d’être utilisée lors des revues de programme trimestrielles, la carte de score est partagée avec les chefs de district dans plusieurs de ces derniers. Cela a permis aux chefs d’être davantage conscients et engagés vis-à-vis du programme SRMNIA et a fourni un boulevard au plaidoyer pour davantage de ressources. En 2018 la division MCH du MinS a ajouté à la carte de score des formations, une session d’un jour pour les chefs de district, reconnaissant l’importance de l’engagement de ces derniers dans la résolution des goulots d’étranglement. Cette formation vise avant tout les CAO de district qui sont les responsables en chef de la comptabilité dans les districts. Les CAO sont désormais impliqués dans les processus de redevabilité de la carte de score et ont joué un rôle important dans la résolution de goulots d’étranglement limitant la performance. Les domaines de soutien du leadership au niveau des districts incluent, entre autres : l’amélioration des infrastructures de santé, l’embauche de davantage de travailleurs santé et un financement direct au profit des programmes SRMNIA. Les responsables politiques contribuent également à l’optimisation de l’utilisation de la carte de score. Par exemple, dans le district de Mukono un exemplaire de la carte de score est envoyé au président du conseil local du district R (LC5) chaque trimestre. Le président du LC5 préside le conseil LC5 qui est la structure de gouvernance locale élue la plus importante au niveau du district. Parmi les autres responsabilités, le conseil LC5 applique les lois locales, assure une budgétisation et une planification efficaces des services publics et joue un rôle dans la supervision de la fourniture de services. A Mukono un conseiller LC5 -également secrétaire à la santé- mène les discussions au sein de la communauté sur la carte de score alors qu’à Mubende, le président du LC5 utilise la carte de score pour pousser les établissements de santé à davantage s’impliquer dans la discussion autour des progrès et défis propres à la SRMNIA.

“La carte de score est populaire auprès des responsables politiques. Au court d’une réunion de revue nous avons utilisé des graphiques afin de décrire la performance et ils se sont plaints : « nous ne comprenons pas vos graphiques, utilisez la carte de score.”

Bio-statisticien de Mukono

Implication de la communauté

Grâce à sa simplicité, la carte de score a été utilisée de manière efficace pour identifier les défis dans le recours aux services, et s’accorder sur une résolution conjointe des problèmes avec les communautés. A travers les districts, les référents carte de score ont noté qu’utiliser un code couleur au lieu de pourcentages simplifie grandement la discussion sur la performance avec les communautés. A ce titre, à Mukoni, les revues de la carte de score ont été intégrées dans le dialogue régulier intervenant au niveau des sous-comités (barazas), un outil de redevabilité sociale à travers lequel le gouvernement local interagit avec les communautés pour discuter de la prestation des services publics. Les discussions autour de la carte de score sont menées par le Secrétaire de la Santé du district tandis que les communautés fournissent un éclairage sur les raisons expliquant les performances constatées. Les discussions avec les communautés autour de la carte de score ont conduit à l’identification des causes d’une sous-performance en matière d’immunisation, de soins

anténatals (ANC) et post-natals (PNC) -pour ne citer qu'eux- et donc des solutions à apporter. Parmi les interventions résultant de ces réunions se trouvent des messages de santé ciblés contre les idées fausses véhiculées au sein des communautés, l'amélioration des conditions d'accueil dans les établissements de santé et des ajustements effectués sur les services offerts au niveau communautaire pour répondre aux besoins identifiés.

“La carte de score a amélioré la relation entre les fournisseurs et les utilisateurs des services. Durant les dialogues communautaires nous découvrons comment les utilisateurs perçoivent ces services. Nous autonomisons ensuite les travailleurs santé et laissons les communautés mener la veille des services. Cela a promu une compréhension commune des défis et solutions.”

Bio-statisticien de Mukono

Renforcement de la génération et de la mise en oeuvre des actions

L'une des fonctions essentielles de la carte de score est de motiver la mise en place d'actions correctrices en réponse à la sous-performance et de veiller au suivi de la performance. Cette fonction a été mise en oeuvre avec succès dans tous les districts ayant recours à la carte de score. Dans le cadre du modèle mené par les districts chaque district se concentre sur une division des indicateurs nationaux en fonction de leurs propres priorités, mettant à jour et ajustant le nombre d'indicateurs suivis selon les besoins. L'ADHO est responsable du suivi des actions afin d'assurer leur mise en oeuvre, ainsi que de la mise à jour des réunions de suivi. Les actions sont ciblées à de nombreux niveaux dont les districts, les établissements de santé, les communautés et les chefs politiques de district ainsi que détaillé ci-dessus.

Prestation des services

En réponse à la sous-performance de l'indicateur « immunisation totale d'ici 1 an », le DHMT de Jinja a aidé les établissements de santé à mettre en oeuvre un système de suivi des rendez-vous et identifier les individus défaillants au sein des communautés. Ce système a conduit à une augmentation des rendez-vous en établissement de santé tout en favorisant le lien avec les campagnes d'immunisation hors-établissement pour les individus dans l'incapacité de se déplacer. Le pourcentage des enfants pleinement immunisés a augmenté de 73% au Q1/2020 à 85% au Q3/2020.

En réponse à la sous-performance d'un certain nombre d'indicateurs incluant le taux de couverture de soins post-partum et la prévention de la transmission du VIH mère-enfant, le responsable d'un des plus grands établissements de santé dans le district a affecté la responsabilité de la performance de l'indicateur à des employés en particulier. Cela incluait la responsabilité d'évaluer constamment les goulots d'étranglements ainsi que d'assurer la mise en oeuvre d'actions correctrices. Ce système inclut également de récompenser le personnel dont les indicateurs se sont améliorés. De telles actions ont été associées à une amélioration de la prestation des services au niveau des établissements de santé et une amélioration consistante partant du bas à travers le district.

Mobilisation des ressources

En réponse à la sous-performance en termes de planning familial à Mukono, le DHMT a prôné davantage de financement auprès des responsables politiques du district. Cela a conduit à l'allocation de UGX 8 Million (\$ 2200) chaque trimestre provenant du budget du district afin de soutenir le programme de planification familiale.

Les discussions sur la sous-performance des indicateurs de santé maternelle à Mukono ont identifié les mauvaises conditions des établissements de santé comme un facteur contribuant à cette situation. Le CAO du district, par le biais d'une bourse de développement disponible, a autorisé la réparation des unités de maternité

ainsi que la construction d'abris d'attente. Les interventions additionnelles incluent des discussions répétées sur la performance avec les communautés durant les dialogues communautaires. Une augmentation constante de la performance de nombreux indicateurs a été constatée sur la période Q4/2018 - Q2/2020, incluant : accouchements en établissements de santé de 59% à 64%, soins post-partum après 6 jours de 10% à 21%, et soins ANC4 de 30% à 35%.

A Bukomansimbi seulement 18% des femmes enceintes ont apparemment effectué leur première visite de soin anté-natal au cours du premier trimestre de grossesse. Des causes multiples ont été identifiées, conduisant à plusieurs actions dont un lobby auprès des responsables du district pour augmenter le nombre de sage-femmes dans les établissements de santé (HC II) qui s'occupe d'une population importante dans le district. Les sage-femmes ont été embauchées pour tous les HC II. Un an plus tard, la performance a augmenté à 32%.

Le taux des accouchements en établissement de santé était seulement de 33% et les accouchements par césarienne de 0.2% seulement à Bukomansimbi au Q3/2018. L'une des causes principales à cela est le manque de capacité (humaines et matérielles) et le peu d'établissements de santé publics. En réponse à cela, le DHMT a travaillé avec un acteur privé et partenaire de recherche majeur de la santé afin d'augmenter les capacités dans les établissements de santé publics et privés, y compris en affectant un docteur chargé de réaliser des césariennes dans les établissements les plus fréquentés et en équipant les autres établissements. En un an, le taux d'accouchement en établissement avait augmenté à 40%, et le taux de césariennes à 4.5%.

L'UNICEF a alloué \$10,000 au district de Mukono afin de soutenir son plan de travail annuel suivant le développement robuste des districts en ayant recours aux éléments issus de la carte de score afin de se concentrer sur des priorités en connaissance de cause quant aux zones de focus et aux choix d'intervention.

Mobilisation de la communauté

En réponse au faible taux de soins anté-natals, un groupe innovant anté-natal a été soutenu dans le district de Jinja. Les établissements de santé regroupent les rendez-vous le même jour des futures mères vivant dans la même zone. Les femmes sont ensuite encouragées à se rappeler et à se motiver l'une l'autre à se rendre à ces rendez-vous. L'éducation communautaire en matière de santé sur l'importance des soins anté-natals a également été intensifiée. Ces interventions sont associées à une augmentation des ANC4 de 56% à 82% en deux trimestres.

A Mukono les discussions communautaires sur le faible taux de soins anté-natals précoces ont identifié les raisons d'un recours tardif aux soins : la pratique communautaire traditionnelle consistant à interpréter les « coups » du fœtus comme signal pour commencer les soins, la croyance culturelle consistant à croire que se rendre à « trop » de soins anté-natals est dangereux pour l'enfant et en général une mauvaise compréhension des bénéfices des soins anté-natals. Ces découvertes ont conduit à revoir l'éducation communautaire en termes de santé afin de combattre ces idées fausses. Une fréquentation précoce des ANC1 a par conséquent augmenté significativement de 17.5% à 27% en un an.

A Mukono, les discussions sur le faible recours au IPTp3 ont révélé des idées fausses quant aux effets secondaires et à la faible importance de plus d'une dose de IPTp. Par conséquent, les discussions autour de l'éducation à la santé dans les communautés et dans les cliniques de soins anté-natals ont été remaniées pour combattre ces idées fausses, résultant en une augmentation de plus de 20% de la performance sur trois trimestres.

Des discussions similaires avec les communautés à Kasawo à propos des taux élevés d'abandon du parcours d'immunisation ont révélé avant tout un manque de transport. Les établissements de santé manquent également de capacité de réaliser des campagnes d'immunisation constantes au sein de la communauté. Les

chefs de communauté et des établissements de santé ont accepté de travailler ensemble afin de trouver une solution à ce frein, incluant la mise à disposition de transports gratuits pour les familles les plus vulnérables.

A Masaka, les responsables communautaires ont accepté d'introduire des règles communautaires permettant de pénaliser les hommes qui ne poussent pas leur femmes à assister aux soins pré et post-natals afin d'augmenter le recours à ces services et éviter une mortalité maternelle.

A Masaka, la sous-performance en termes de soins anté et post-natals ont conduit l'éducateur santé du district à intensifier la communication sur l'importance de ces sujets. Une augmentation sur le recours précoce à l'ANC de 31% à 44% en deux trimestres a été observée. Le district a poussé à davantage de participation de la Clinton Health Initiative et des partenaires de mise en oeuvre afin de soutenir la mobilisation communautaire et d'augmenter le recours aux services d'immunisation totale pour les enfants. Une tendance similaire dans la hausse de la performance de 73% à 85% a été notée.



Petits groupes de discussion des cartes de score pour générer l'action

Résumé

Le MinS ougandais a mené avec succès le développement et la décentralisation de l'outil de carte de score SRMNIA au niveau du district. Cette approche menée par les districts a été efficace dans l'intégration de l'outil de carte de score dans les revues du district et les mécanismes de redevabilité. La carte de score est un point récurrent au programme des réunions trimestrielles de revue des districts organisées par les DHMT. Résultant de cette clarté de présentation visuelle et de la facilité d'interprétation, la carte de score est appréciée et utilisée de manière effective par les chefs de district. Cela a conduit à une augmentation de l'implication et du soutien des dirigeants ainsi que de la mobilisation des ressources du gouvernement local de district. La carte de score a également été utilisée afin de communiquer et de servir davantage les communautés. Les résultats exprimés par la carte de score contribuent à des systèmes de santé communautaires ciblées, tandis que la carte de score est également débattue directement avec les communautés pour résoudre ensemble les indicateurs sous-performants.

Les partenaires de développement et de mise en oeuvre, à la fois aux niveaux national et du district, ont joué un rôle critique dans la capacité de mise en oeuvre de la carte de score. Cela a été rendu possible grâce au

financement de la montée en puissance du processus de carte de score, au développement des capacités des districts afin d'optimiser l'utilisation et l'outil, au financement des réunions de revue et au soutien de la mise en oeuvre des actions. Bien qu'il existe d'autres opportunités de renforcement de l'utilisation de la carte de score, l'expérience ougandaise témoigne du potentiel de l'outil pour encourager les parties prenantes et soutenir les progrès réalisés en vue d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être pour les femmes, les enfants et les adolescents.