## **Outils de collecte des données relatives à la CPS par les agents de santé communautaires**

**Introduction**

Étant donné que la CPS repose sur les agents de santé communautaires (ASC) et sur les distributeurs communautaires, des outils de collecte/rapportage des données, simples et conviviaux, doivent être élaborés et adaptés au contexte du pays. Cette section présente les contours des outils recommandés/essentiels et facultatifs pour la collecte des données relatives à la CPS dont doivent se servir les ASC au niveau communautaire. Elle aborde aussi les points de vue sur les outils de collecte sur papier et numériques, ainsi que leur intégration avec les systèmes nationaux d’information sanitaire. Cette section traite également des problèmes et solutions en matière d’enregistrement des données par les ASC.

**Outils de collecte des données par les ASC**

Même si les outils utilisés par les ASC varient d’un pays à un autre, voici ci-dessous une liste d’outils recommandés ou typiques utilisés par les ASC dans le cadre de la CPS ainsi que des outils « facultatifs », mais non essentiels pour les ASC. Veuillez noter que cette liste contient des outils que les distributeurs communautaires impliqués dans la CPS doivent remplir, au moins partiellement, dans la plupart des pays. La terminologie pour désigner ces distributeurs communautaires peut varier en fonction de chaque pays. Dans la présente section, nous utiliserons le terme « ASC ». Les outils pour la supervision et le suivi ne sont pas intégrés ici, tout comme les outils de mobilisation et de sensibilisation communautaires, même si ces derniers peuvent être utilisés par les ASC dans certains pays.

***Outils essentiels/typiques :***

1. **Le registre** – cet outil est utilisé pour retracer les informations au niveau individuel pour les enfants admissibles à la CPS. Les éléments de données doivent comprendre le nom du village, le nom de l’enfant éligible, le nom (et potentiellement les coordonnées) du tuteur de l’enfant ou du chef du ménage (facultatif), la tranche d’âge de l’enfant, le cycle de la CPS, et toute autre observation. L’utilisation du registre (supposant que les enfants ayant reçu l’intervention au premier cycle ont été enregistrés) est avantageuse pour l’ASC impliqué dans la CPS, car cela lui permet de savoir qui doit recevoir la CPS aux cycles ultérieurs. Il peut demander après ces enfants afin de garantir leur traitement. Les registres utilisés au Cameroun et au Ghana contiennent également des questions sur les raisons de la non-administration de la SPAQ aux enfants éligibles, ainsi qu’une colonne de suivi du nombre de paquets de SPAQ distribués. Le registre utilisé au Mali recueille également des informations sur le lieu de résidence de l’enfant pour savoir si celui-ci fait partie de la population locale ou s’il vit le long de la frontière. Ce registre intègre également si l’enfant a été exclu et les raisons d’une telle exclusion (cotrimoxazole, s’il a reçu récemment le SP ou l’AQ, si l’enfant ne pouvait pas avaler le médicament, si l’enfant a vomi deux fois après avoir reçu le traitement). La fiche indique aussi si l’enfant était fébrile et qu’il a par conséquent été testé/traité et s’il a été référé pour cause de paludisme grave. Le registre utilisé en Guinée permet de suivre les cas de refus et interroge si les cartes de santé pour enfant ont été distribuées.

Voir le cas du Ghana pour l’exemple en anglais : ***insérer le lien ici***

Voir le cas du Mali pour l’exemple en français : ***insérer le lien ici***

1. **Les fiches de pointage ou les fiches de comptage d’enfant** – ces outils visent à recueillir des détails sur les bénéficiaires de l’intervention. La fiche est remplie au quotidien par l’ASC qui recueille les informations sur les ménages visités, les ménages ayant reçu l’intervention, les ménages ayant refusé l’intervention, les enfants qui ont reçu l’intervention (par tranche d’âge et par genre), le nombre d’enfants non éligibles, le nombre d’enfants qui ont développé des réactions indésirables (par tranche d’âge et par genre). Les fiches peuvent comprendre les informations sur le suivi de la distribution/livraison/stock des médicaments (SPAQ distribuée, perdue retournée). Voir un exemple du Cameroun (qui recueille des informations à un niveau supérieur/ou une « image plus globale ») et du Mali ou de la Guinée (qui recueillent tous les deux beaucoup plus d’informations détaillées). À la fin d’un cycle, ces fiches de pointage journalières sont regroupées principalement par les superviseurs ou par les agents d’établissement de santé pour produire les fiches de pointage de fin de cycle ou des rapports de fin de cycle. Il peut également exister des formulaires séparés pour un regroupement plus accru au niveau du district.

Voir le cas de la Guinée pour l’exemple en français : ***insérer le lien ici***  
Voir le cas du Nigeria pour l’exemple en anglais : ***insérer le lien ici***

2b. **Formulaire de comptage/rapprochement du médicament** – le formulaire de comptage ou de rapprochement de médicament relatif à la CPS est souvent intégré dans les fiches de pointage/fiches de comptage d’enfant. Le formulaire est utilisé pour suivre le nombre de paquets de blisters de SPAQ reçus, administrés et perdus au quotidien par l’ASC, ainsi que le nombre total de paquets de blisters de SPAQ restant et retournés à l’établissement de santé.

Voir le cas du Cameroun pour un exemple en français : ***insérer le lien ici***

Voir le cas du Nigeria pour l’exemple en anglais : ***insérer le lien ici***

1. **Les cartes CPS de l’enfant** – Un dossier à conserver par le parent/tuteur de chaque enfant au sein du ménage qui reçoit l’intervention de la CPS. Le formulaire est utilisé pour recueillir des informations telles que l’emplacement géographique, l’âge, le genre, le nom du parent/tuteur, la date de distribution du médicament et un espace pour marquer chaque dose telle qu’elle est prise (trois vérifications par cycle de distribution). Les cartes de santé pour enfant classiques sont parfois utilisées (dossier de vaccination, etc.) comme c’est le cas au Ghana. La carte CPS de l’enfant du Cameroun contient également des informations sur le numéro de lot et la date d’expiration du médicament donné, si l’enfant a développé une allergie et si un effet indésirable s’est produit à la suite d’une précédente administration du médicament. Les cartes CPS de l’enfant du Nigeria et de la Guinée contiennent aussi des messages clés de prévention du paludisme. La carte CPS de l’enfant du Niger est pourvue d’un espace pour marquer les doses de la CPS ainsi que les mesures du périmètre brachial - MUAC - (marques de malnutrition).

Voir le cas de la Guinée ou du Cameroun pour un exemple en français : ***insérer le lien ici***

Voir le cas du Nigeria pour un exemple en anglais : ***insérer le lien ici***

1. **La fiche de référence de la CPS** – La fiche de référence de la CPS est initialement remplie par l’ASC pour chaque enfant éligible qui ne peut pas recevoir la SPAQ au moment du déploiement du cycle mensuel de la CPS ou pour les enfants qui présentent des réactions aux doses de la SPAQ (voir ci-dessous le formulaire sur les effets indésirables). L’ASC remplit les informations telles que le nom de l’établissement de santé vers lequel l’enfant est en train d’être référé, la date de référence, ainsi que les raisons de sa référence. Une fois que l’enfant parvient à l’établissement de santé où il a été référé, un agent d’établissement de santé fournit davantage d’informations sur les raisons médicales de la référence, y compris les possibles effets indésirables aux médicaments observés lors du précédent cycle de la CPS.

Voir le cas de la Guinée pour l’exemple en français : ***insérer le lien ici***

Voir le cas du Nigeria dans l’exemple en anglais : ***insérer le lien ici***

1. **Le formulaire de notification d’effets indésirables** est initié par l’ASC pour documenter les informations relatives à la/aux réaction(s) non attendue(s) ou l’effet indésirable développé par l’enfant qui reçoit l’intervention, au niveau du ménage. Le formulaire est utilisé par l’ASC pour recueillir le nom, le sexe, l’âge, les coordonnées du parent/tuteur, la description de la/des réaction(s) observée(s) et la date du rapport. L’intégration des images/supports visuels peut s’avérer utile au sein des populations où le taux d’alphabétisation peut être plus faible. Le formulaire peut ou ne pas être intégré à la fiche de référence. Ce formulaire diffère du formulaire des effets indésirables utilisé par le personnel de santé au niveau de l’établissement de santé. Voir les exemples du Cameroun en français (2021 SMC Adverse Effect Notification Cameroon - Notification des effets indésirables, Cameroun, 2021). Voir l’exemple du formulaire intégré du Mali.

Voir le cas du Cameroun ou du Mali pour l’exemple en français : ***insérer le lien ici***

***Outils facultatifs :***

**Outils pour les activités intégrées liées à la CPS** – certaines campagnes de la CPS contiennent d’autres interventions sanitaires ou d’autres activités de lutte contre le paludisme. Au Niger, le dépistage de la malnutrition a été associé avec la CPS et des fiches sont élaborées pour recueillir les données sur les deux interventions. Les fiches de pointage contiennent aussi bien les informations sur le nombre d’enfants recevant la CPS que sur le nombre d’enfants identifiés avec les marques rouge, jaune et vert du périmètre brachial (MUAC - circonférence du milieu du bras). Au Mali, les fiches de pointage supplémentaires sont utilisées pour suivre le nombre de TDR effectués, le nombre de TDR positifs et le nombre de traitements ACT administrés aux enfants fébriles rencontrés au cours des campagnes de la CPS.

**Outils de collecte des données sur papier et numériques**

La plupart des campagnes de la CPS se font encore avec des outils sur papier, surtout dans les pays où l’on doit couvrir une vaste superficie. Toutefois, au cours des dernières années de plus en plus de pays utilisent des outils numériques pour recueillir leurs données en matière de CPS. Certains pays comme la Gambie ont entièrement numérisé leur campagne depuis 2015 (voir [l’étude de cas ci-dessous](https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/electronic_data_collection_in_the_gambia_for_smc_and_itns_campaigns_-_9.27.2021.pdf) pour apprendre comment la Gambie progresse dans l’utilisation de ses différentes plateformes mobiles) et d’autres pays ont numérisé une partie de leurs campagnes (par exemple, au Cameroun, les outils numériques sont utilisés à partir de l’aire de santé jusqu’au sommet, mais pas encore au niveau de l’ASC.).

L’on doit sérieusement penser à digitaliser la campagne si la priorité est portée sur la transparence. La digitalisation des campagnes permet aux équipes de campagne de surveiller la plupart des activités, presque en temps réel, notamment la formation du personnel de campagne, l’enregistrement des ménages/des enfants y compris l’emplacement, la saisie numérique de l’administration des médicaments ainsi que le suivi des activités de campagne de l’agent. De plus, ces ensembles de données peuvent être mis en valeur au-delà de la campagne elle-même et utilisés pour appuyer d’autres campagnes sanitaires dans le pays, comme c’est le cas au Bénin.

Puisque les pays choisissent de digitaliser soit des sections de campagne de la CPS ou alors l’ensemble des campagnes de la CPS, nous recommandons que les pays s’inspirent des autres pays qui ont une expérience avérée dans l’utilisation des différents types de plateformes/d’applications et d’outils. Les PNLP des pays suivants peuvent être contactés pour partager leurs expériences :

* Le Bénin et le Nigeria utilisent RedRose
* Le Burkina Faso et le Niger mènent une étude pilote sur l’utilisation de DHIS2 Tracker
* Le Ghana se sert de SiCapp qui est une application Android
* La Gambie a utilisé iFormBuilder, CommCare et mène actuellement une étude pilote sur l’utilisation de DHIS2 Tracker

Même si les plateformes numériques ont fait leur preuve sur le terrain dans au moins un pays, la plupart des pays ont indiqué qu’il est nécessaire d’effectuer une utilisation pilote des plateformes numériques sur de petits espaces géographiques avant de les étendre sur de plus grands espaces, car des difficultés liées au contexte peuvent compliquer leur mise en œuvre. Quelle que soit la façon dont l’expérimentation pilote est menée, les pays doivent prendre en compte le temps (au moins 6 mois avant la première campagne numérique) et les ressources au cours de la phase de planification de l’utilisation de l’outil (la formation et l’expérimentation sur le terrain). L’Alliance pour la prévention du paludisme (AMP - Alliance for Malaria Prevention) donne des orientations sur l’usage des outils numériques lors des campagnes (<https://allianceformalariaprevention.com/tools-guidance/improving-itn-campaign-efficiency-through-use-of-digital-tools/>). La Catholic Relief Services a élaboré un résumé de deux pages qui présente les facteurs qui concourent à la réussite des campagnes de lutte contre le paludisme menées avec des outils numériques (<https://www.crs.org/sites/default/files/11_success_factors_for_digital_malaria_campaigns_-_twopager_1.pdf>). La disponibilité des ressources pour soutenir le déploiement après la phase pilote, y compris l’approvisionnement et la réparation des dispositifs et accessoires mobiles, l’achat des forfaits Internet, la capacité technique des personnels nationaux à révéler les défis liés au système, etc. sont autant d’aspects importants à considérer.

Étant donné que les pays où la CPS est mise en œuvre sont actuellement en train d’élaborer des indicateurs de la CPS dans le DHIS2, les pays sont impatients de voir les outils de campagne numériques de la CPS s’intégrer parfaitement avec le DHIS2. Toutefois, cette intégration se fait progressivement dans la plupart des pays (voir l’encart).

**L’expérience du Ghana dans l’intégration des données de la CPS dans le DHIS2 :**

SicApp est l’outil de collecte numérique des données du Ghana. C’est la principale méthode de saisie des données de terrain relatives à la CPS. Il existe un formulaire de regroupement dans la base de données HMIS nationales (DHIMS2) pour entrer les données de la CPS au niveau de l’établissement de santé. SicApp dispose d’un formulaire résumé qui regroupe ces données pour en faciliter l’entrée dans le DHIMS2. Des discussions sont en cours pour étudier les possibilités de lier SicApp au DHIMS2 pour un transfert harmonieux des données.

**Atouts :**

* Cela garantit un regroupement des données pour une entrée dans le DHIMS2
* Les données se trouvant dans DHIMS permettent un accès plus élargi aux données de la CPS au-delà des districts et régions où la CPS est mise en œuvre.
* Cela permet de comparer facilement les données relatives à la mise en œuvre de la CPS avec les données PEV (données sur les cas) issues des établissements de santé

**Défis :**

* Possibles erreurs de saisie de données lors du transfert des données de l’application SicApp au DHIMS
* La communication tardive des données du fait d’autres activités concurrentes au terme de la saison de la CPS

En plus de la couverture accrue de la population cible, comprenant notamment les populations vulnérables ; des retombées de campagne plus équitables ; la capacité à répondre rapidement sur la base des données en temps réel ; la digitalisation d’une campagne de la CPS induit également la réduction du nombre de fiches. Par exemple, les registres sur papier n’existent plus séparément du format numérique : puisque les enfants sont enregistrés dans les dispositifs lors de l’administration de la première dose, ils sont automatiquement regroupés pour former une liste de tous les enfants.

**Difficultés et solutions dans l’enregistrement et la communication des informations par les ASC**

L’enregistrement des informations et la qualité des données enregistrées constituent des préoccupations récurrentes dans les programmes de santé impliquant les agents de santé communautaires. Les meilleures pratiques en matière de collecte des données, la pratique sur le terrain et la compréhension de l’importance de la qualité des données constituent d’autres aspects importants qui nécessitent d’être soulignés lors de la formation des ASC impliqués dans la CPS. Des solutions alternatives doivent être trouvées pour s’adapter au niveau d’éducation, aux niveaux d’alphabétisation, de qualifications et d’expérience des distributeurs. Par exemple, un membre instruit de la communauté peut être formé pour assister l’agent de santé dans l’enregistrement des informations (par ex. un enseignant ou des étudiants, lorsque cela est possible) ou concevoir des outils de collecte des données contenant des images, destinés à être utilisés dans des environnements à faible taux d’alphabétisation. De plus, si les ressources sont suffisantes et disponibles, l’usage des outils numériques dotés d’écrans conviviaux ou imagés de saisie des données peut permettre d’améliorer l’enregistrement et la communication des informations par les ASC.

Même si la formation et la conception des outils sont importantes, il est également nécessaire d’avoir en place un système d’évaluation de la qualité des données tout au long de la campagne. Par exemple, une sélection de fiches peut être échantillonnée pour évaluer l’exhaustivité, les imprécisions, etc. Par conséquent, les superviseurs jouent un rôle essentiel dans l’enregistrement et la communication précis des informations par les ASC.

L’assistance en matière de déploiement de la CPS et d’enregistrement et de communication des informations pourrait également être obtenue chez les agents de santé des localités voisines si la CPS n’y est pas menée à la même date.

Lien vers les vidéos de formation d’appoint du projet OPT-SMC : <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/opt-smc#smc-training-videos>