



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE HYGIENE et
PREVENTION
PROVINCE DU SUD KIVU
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE



B.P. 1899 BUKAVU



**RAPPORT DE SUPERVISION EN SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES
DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME DANS LES ZONES DE SANTE DE
NYANGEZI, KATANA ET MITI-MURHESA**

AVEC L'APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER DE MEASURE MALARIA



NOVEMBRE 2021

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en RDC en général et de la Province du Sud-Kivu en particulier, représentant 36% de toutes les consultations externes et 30% des décès en 2019 au Sud-Kivu. Le rapport annuel du PNLP 2019 estimait 21.934.127 cas de paludisme et 13.072 décès. Les coûts économiques du paludisme sont énormes. On estime que le paludisme provoque une perte de 1,3 % du taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) par an en Afrique.

Au niveau de la province du Sud-Kivu en 2020, 1 514 773 cas de paludisme ont été rapportés dont 872 décès. L'incidence du paludisme est de 190 pour 1000 personnes ce qui fait à ce que la province soit parmi les 10 provinces avec un lourd fardeau de paludisme (HBHI). Le taux de létalité est de 0.39%.

Ainsi dans l'objectif de réduire le fardeau dû à la morbidité et à la mortalité lié au paludisme, les différents partenaires ont adopté la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016–2030 (GTS) fournissant un cadre global permettant aux pays d'élaborer des programmes adaptés pour accélérer l'élimination du paludisme. Cette stratégie repose sur trois piliers dont l'un d'eux transforme la surveillance du paludisme en une intervention de base.

Celle-ci vise à produire des informations sur les cas de paludisme et les décès dus au paludisme. Ces informations sont utilisées pour prendre des décisions basées sur les évidences pour planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes de lutte antipaludique.

Le soutien du PMI pour renforcer la surveillance, le suivi et l'évaluation du paludisme (SME) a repris en octobre 2019 dans le cadre du projet PMI MEASURE Malaria (PMM) au niveau national et depuis juin 2020 dans la province du Sud-Kivu. Le nouveau projet tire parti des réalisations et des enseignements tirés de MEASURE Evaluation pour renforcer davantage la capacité du PNLP et de la Division du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) à générer et utiliser des données de qualité sur le paludisme pour rationaliser la mise en œuvre du programme.

Ce soutien se fait à travers le renforcement des différentes fonctions traditionnelles du SNIS à savoir la collecte des données, la compilation, l'analyse, l'interprétation des données, la prise de décisions, la transmission, l'archivage et la rétro-information au niveau opérationnel et provincial. Ainsi celui-ci à travers le Bureau information sanitaire, surveillance épidémiologique, recherche et communication dans son rôle d'accompagnement des ZS procède à l'analyse régulière de la qualité des données générées au niveau opérationnel dans le logiciel DHIS2 (complétude, promptitude, recherche d'aberrance ou incohérence) et à leur interprétation. A l'issue de ces analyses, des retro-informations reprenant les faiblesses et défaillances constatées sont adressées aux zones de santé et certaines d'elles présentant des problèmes avec plus acuité sont ciblées pour être appuyées par des supervisions du niveau intermédiaire.

Un autre outil implémenté avec l'appui de Measure Malaria dans le cadre d'amélioration des données Paludisme est le MRDQA dont les missions de descente sur terrain ont commencé au mois de septembre dans les Zones de santé d'Uvira et Nyangezi, puis se tiennent de façon trimestrielle. A l'issue de ces missions, des plans de

redressement ont été élaborés et des supervisions de suivi devaient être menées pour évaluer les actions correctrices envisagées.

De même au niveau opérationnel, des réunions d'analyse et de validation des données sont tenues à la seconde semaine du mois pour l'assurance de la qualité des données. Mais celles-ci ne se font pas toujours selon les directives établies par le cadre normatif du SNIS et un accompagnement de proximité s'avère souvent nécessaire pour leur préparation et leur tenue dans les conditions requises.

Les dernières évaluations faites au cours de la revue semestrielle de la DPS qui s'est tenu au mois de septembre 2021 et les dernières analyses des données des mois du deuxième trimestre au niveau du PNLN ont démontré que de manière générale la qualité des données dans la province est faible et que les indicateurs de lutte contre le paludisme ont une faible performance (particulièrement ceux de la prévention et d'impact) particulièrement dans les ZS de Nyangezi (proportion des femmes enceintes ayant reçu la MIILD à la CPN à 74% au Q2 2021, proportion des enfants de moins de 1 an ayant reçu la MIILD à la CPS à 40%). Pour la ZS de Katana nous avons le ratio de violations des règles à 32 pour 100 rapports encodés au Q2 2021, le taux de positivité au TDR/GE à 66. Ils sont autant aussi faibles pour la ZS Miti-Murhesa avec la létalité intra-hospitalière du au paludisme de 0,8% au Q2 2021 et la MIILD CPS 15%).

C'est dans cette optique qu'une mission de supervision en surveillance, suivi et évaluation des activités de lutte contre le paludisme est planifiée dans ces 3 zones de santé rurales (Katana, Miti-Murhesa et Nyangezi) menée conjointement avec les superviseurs provinciaux du programme national de lutte contre le paludisme et le Conseiller provincial de MEASURE Malaria.

II. OBJECTIFS

II.2 OBJECTIF GENERAL

Contribuer à l'amélioration de la production, de l'analyse et de la diffusion des données de lutte contre le paludisme dans la province du Sud Kivu.

II.3 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Evaluer la fonctionnalité du logiciel DHIS2 au niveau des 3 ZS rurales de Nyangezi, Katana et Miti-Murhesa
2. Analyser la qualité de rapportage dans le DHIS2 de différents ZS pour tous les data set (complétude, promptitude, incohérences et données aberrantes)
3. Evaluer le niveau de réalisation des recommandations des dernières visites en rapport avec le SNIS au niveau de ces ZS
4. Evaluer le niveau de corrections les règles de validation des données paludisme depuis la revue semestrielle des données paludisme au mois d'aout 2021 et formuler des orientations pour leur réalisation prompte
5. Analyser quelques indicateurs de lutte contre le paludisme pour les mois d'Avril, mai, juin, juillet, aout et septembre pour les ZS avec une bonne complétude

I. LE DEROULEMENT DE LA MISSION ET REALISATIONS

Cette mission s'est déroulée dans un contexte tendu dus à la grève des infirmiers avec séquestration des données au niveau des Centre de Santé. Nous avons eu du temps pour négocier avec les équipes de terrain pour que nous puissions avoir du temps avec les prestataires pour discuter du processus de la gestion des données et des activités paludisme. La mission a commencé le samedi 13 novembre. En détails le parcours pendant la mission :

- **Le samedi 13 novembre 2021**, nous avons quitté Bukavu pour Kamanyola à 25 Km (ZS Nyangezi) en passant par le BCZ Nyangezi où nous avons fait un briefing de la mission à l'ECZ. Puis nous avons mené la supervision conjointe au CH St-Joseph de Kamanyola avec le superviseur PNLP et l'Infirmier Superviseur de la ZS Nyangezi
- **Le dimanche 14 novembre 2021**, nous avons quitté Kamanyola pour Nyangezi pour superviser le CS Munya situé à 1 Km du BCZ

- **Le lundi 15 novembre 2021**, nous sommes descendus au CS Muzinzi à 2 Km et par après nous avons supervisé au BCZ avec les membres de l'ECZ. Puis nous avons quitté Nyangezi pour Miti-Murhesa.

- **Le mardi 16 novembre 2021**, nous avons présenté les civilités auprès des autorités politico-administratives, coutumières et sanitaire de la ZS. Au bureau central, nous avons harmoniser le Chronogramme de la mission. Puis nous avons eu à mener la mission dans deux structures, le CS Kalwa situé à 18Km du BCZ accompagné de l'infirmier superviseur de la ZS, puis le CS Cituzo (Murhesa) situé à 8 Km du BCZ

- **Le mercredi 17 novembre 2021**, nous sommes descendus l'Hôpital Général de Référence de Miti Murhesa

- **Le jeudi 18 novembre 2021** : nous étions au Bureau Central de la zone de santé pour l'analyse des données SNIS, manipulation du DHIS2 et puis nous avons eu une séance de débriefing avec l'équipe du BCZ sur la mission. Ensuite nous avons effectué le voyage vers la Zone de Santé de Katana.

- **Le vendredi 19 novembre 2021**, Après harmonisation du chronogramme et les civilités, nous avons immédiatement fait le Centre de Santé de Katan Nuru situé à 6 Km du BCZ, les après-midis nous avons fait le même travail au centre de santé de Ciranga distant de 1 Km du BCZ,

- **Le samedi 20 novembre 2021**, nous avons eu une séance de travail avec l'équipe de l'HGR FOMULAC DE KATANA

- **Le dimanche 21 novembre 2021**, nous avons eu une séance de travail avec l'équipe du BCZ

- **Le lundi 22 novembre 2021**, Débriefing de la mission à l'équipe du BCZ et retour sur Bukavu

- SUPERVISEURS ;

Les trois Zones de Santé ont été visitées par 1 cadre de la DPS, le Conseiller provincial de Measure Malaria et accompagnés dans les FOSA par un cadre du BCZS. Pour les 3 ZS la supervision a été faite par :

- ✓ Gaspard TUBANE, Superviseur PNLP (ZS Nyangezi)
- ✓ Céline FURAHA, Superviseur PNLP (ZS Miti-Murhesa et ZS Katana)
- ✓ Dr Tony WAWINA, CP MEASURE Malaria.

Nous avons été accompagnés principalement par un membre de l'ECZ pour chacune des zones de santé visitées, notamment la ZS de Nyangezi, ZS de Miti-Murhesa et la ZS de Katana, Il s'agit des personnes ci-dessous :

- ✓ Mr SADIKI Lambert, Infirmier Superviseur de la ZS de Nyangezi
- ✓ Mr LADISLAS, Infirmier Superviseur de la ZS de Miti-Murhesa
- ✓ Mr Justin NVANA, Infirmier Superviseur de la ZS de Katana

Nous avons mis à profit les infirmiers titulaires, les infirmiers titulaires adjoints et à certains endroits, les infirmiers traitants pour ce qui est des centres de santé. Pour les hôpitaux, c'étaient les médecins chefs de staff, les directeurs de nursing, les préposés à la pharmacie et les administrateurs gestionnaires.

II. LES RESULTATS SUR LA GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE DANS CES TROIS ZONES DE SANTE RURALES

Pour cette mission de suivi-évaluation des activités de lutte contre le paludisme, nous avons eu à utiliser le Canevas de Supervision des activités suivi et évaluation de la lutte contre le Paludisme sous format OTSS et d'un outil Excel utilisé par le partenaire dans la supervision. La majorité des outils ont été passés en revue, le cycle de gestion des médicaments surtout les antipaludéens, les moustiquaires et le test de diagnostic rapide du paludisme. Toutes ces informations ont concerné la période allant d'Avril en septembre 2021 (un semestre).

II.I. SYNTHESE DE L'EVALUATION DE LA FONCTIONNALITE DU SNIS/DHIS2 DANS LE DEUX BCZ

A. Ressources Humaines, disponibilité et utilisation des outils SNIS/Equipement

Tableau 1 : la Disponibilité des ressources

		ZS NYANGEZI	ZS MITI MURHESA	ZS KATANA
1	Effectifs des acteurs dans la structure (<i>Indiquez le nombre des staffs techniques dans la case suivante</i>)	17	17	21
2	Nombre d'acteurs formés en SNIS harmonisé	6	3	6
3	Nombre d'acteurs formés en DHIS2	6	3	6
4	Les staffs techniques disposent-ils d'un compte d'accès au DHIS2 fonctionnel	3	4	6

Commentaires :

Dans ce tableau, il se dégage que moins de la moitié des membres de l'ECZ dans toutes les ZS qui sont formés en SNIS et DHIS2 mais pas dans le SNIS harmonisé car la dernière formation au Sud Kivu remonte à plus de 4 ans. Le nombre de personnel comptant aussi le compte DHIS2 est limité dans toutes les BCZ.

B. Maîtrise de l'utilisation de l'outil DHIS2 (capacités de saisie, suivi complétude, analyse des données (tableau croisé dynamique, cartes, à travers l'outil DHIS2

Tableau 2 : Niveau de maîtrise de l'outil DHIS2

	ZS NYANGEZI	ZS MITI MURHESA	ZS KATANA
Saisie des données	5	2	6
Suivi de la complétude	5	2	6
Violation des règles	3	1	6
Tableau croisé dynamique	3	1	6

Commentaires : Il se dégage que c'est dans la BCZ Miti Murhesa qu'il y a peu de cadres BCZ qui ont un niveau de maîtrise acceptable de l'outil DHIS2.

C. Existence des outils informatiques pour l'utilisation du DHIS2.

Tableau 3 : Situation des outils informatiques dans les BCZ

	ZS NYANGEZI	ZS MITI MURHESA	ZS KATANA
Ordinateurs	5	4	3
Imprimantes	3	1	3
La structure dispose-t-elle d'une source permanente de connectivité Internet (Si Oui, préciser la source et les difficultés)	1	0	1

Commentaires :

Les ordinateurs sont dans tous les BCZ. Certaines imprimantes sont en panne, il n'existe pas d'ordinateurs spécifique au Dhis2. Le VSAT n'est pas fonctionnel dans un seul BCZ (Miti-Murhesa) et dans les deux autres la bande passante est faible avec une capacité de passer une connexion à une seule machine et ne peut pas permettre certaines opérations dans le Dhis2. Pour travailler les équipes des BCZ payent les mégas dans leur modem privé.

D. Existence des outils de collecte et de rapportage des données en quantité.

Tableau 4 : De la présence des outils de collecte et de rapportage

	ZS NYANGEZI	ZS MITI MURHESA	ZS KATANA
Canevas mensuel BCZ	1	1	1
Canevas mensuel Hôpitaux	1	1	1
Canevas mensuel CS et PS	1	1	1
Manuel de procédures HGR	0	0	0

Manuel de procédures CS	0	0	0
Registre de consultations curatives	0	1	0
Registre de maternité	0	1	0
Registre de laboratoire	0	1	0
Registre d'accueil	0	1	0
Registre de Consultation prénatale	0	1	0
Registre de Consultation Préscolaire	0	1	0
RUMER	0	1	0

Commentaires :

Dans les Bureaux Centraux il y a un petit stock disponible des outils de transmission pour les CS, Hôpitaux et BCZ néanmoins les outils de collecte sont soit en rupture soit en quantité insuffisante ne pouvant pas couvrir le trimestre

E. De la qualité des outils de collecte et de rapportage des données utilisées :

Nous notons que dans les trois BCZ, les outils stockés sont normés mais malheureusement à petit nombre par catégorie.

F. Analyse et utilisation des données :

Sur trois BCZ, seul KATANA dispose des quelques comptes rendus de la réunion d'analyse des données avant la tenue de la revue mensuelle (3/6 soit 50%) mais un problème de grève des professionnels de santé se pose et ces derniers séquestrent les données depuis le mois de juillet. En ce qui concerne MITI MURHESA les documents sont enfermés dans le bureau du secrétaire et pour NYANGEZI dans celle de l'AG. Les données dans la base Dhis2 ont une complétude faible et non à jour suite à la grève des professionnels de santé dans toutes les trois zones de santé.

Les tableaux de bord dans les trois BCZ ne sont pas à jour et pour KATANA, il y a le graphique d'évolution des cas paludisme mais les décès n'y sont pas mentionnés et les décisions prises au niveau du BCZ ont été exécutées à 50%.

Suivi des performances de rapportage :

Le trois BCZ ont des rapports SNIS de leurs activités de 3 mois seulement au lieu de 6 mois suite à la séquestration des données par les professionnels de santé en grève.

Analyse des performances des indicateurs paludisme :

Les indicateurs du paludisme ne sont pas calculés sauf les données brutes qui sont rarement présentés lors des réunions de la revue mensuelle. Ces indicateurs sont donc à vulgariser auprès de toutes les équipes de zone de santé de la Province. Certains indicateurs ont posé de contre-performance au cours de la période du rapportage entre autres la proportion des femmes ayant reçu la troisième dose de SP, la proportion des femmes ayant reçu la MIILD à la première CPN, la proportion des enfants ayant reçu la MIILD à la CPS, le taux de positivité de TDR et GE.

G. Disponibilité des intrants et suivi de la chaîne d'approvisionnement :

Les quantifications des intrants antipaludéens se font au même rythme que les autres produits car cela se fait à un rythme trimestriel. Les bordereaux sont disponibles dans les trois BCZ.

H. Les outils de gestion des médicaments pour la collecte et le rapportage des données Médicaments :

Les outils de gestion des médicaments sont disponibles aux BCZ mais ne sont pas à grand nombre pour être distribué dans les formations sanitaires des zones de santé. Même au niveau des BCZ, les fiches de stock sont partiellement remplies,

DISPONIBILITE DES INTRANTS :

Dans les pharmacies zonales, tous les antipaludiques ont connu des ruptures, excepté les Artésunate en suppositoire 100mg, Artésunate injectable et les MIILDS. L'Artésunate injectable à Katana et le MIILD à Miti-Murhesa sont en surstock et doivent être redéployés dans les ZS en rupture.

Planification et suivi des activités de lutte contre le paludisme

Tous les BCZ ont des Plans d'action opérationnels pour l'année 2021, néanmoins nous tenons à signaler qu'il y a un faible taux de réalisation des supervisions de l'ECZ vers les formations sanitaires. Il y a en plus un mauvais archivage, qui ne permet pas de retrouver des rapports des missions des supervisions, des comptes rendus et autres documents importants. Tous les trois BCZ font de retro-information vers les formations sanitaires et pour les BCZ Miti Murhesa et Nyangezi les copies de retro-information après analyse des données sont enfermées dans le bureau soit du secrétaire pour le premier et l'AG pour le second.

✚ PLANS DE CORRECTION PAR BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE :

a. BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE DE NYANGEZI :

Tableau 5 : Les éléments du plan de correction pour le BCZ NYANGEZI

N	Point à améliorer	Action proposées	Responsable	Delai
1	Faibles couvertures et données aberrantes sur les activités préventives (CPN, SP...)	Enregistrer la femme enceinte de nouveau pour chaque intervention ou consultation prénatale et renforcer la sensibilisation communautaire	IT/Accoucheuse	Immédiat
2	Non-respect du calendrier de rapportage des données	Appliquer scrupuleusement les normes et directives en matière d'analyse des données en respectant les délais de transmission des rapports au BCZ pour améliorer les analyses à la base	MCZ	Permanent

3	Le plan de supervision n'intègre qu'une minorité des structures à visiter	Que l'ECZ intègre toutes les FOSA lors de la planification des supervisions	ECZ	Chaque mois
4	Absence des courbes de suivi de monitoring des données de LAP	Tracer et afficher les courbes de monitoring des indicateurs clés du paludisme (prise en charge, prévention et impact)	MCZ/PF Palu	Immédiat
5	Absence des rapports narratifs mensuels d'activités	Elaborer les rapports narratifs mensuels d'activités	ECZ	Chaque mois
6	Absence des réunions spécifiquement dédiées à l'analyse des données paludisme	Tenir les réunions d'analyse d'analyse des données paludisme et élaborer les comptes rendus et les archiver	ECZ	Chaque mois

b. BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE DE MITI MURHESA :

Tableau 6 : Les éléments du plan de correction pour le BCZ MITI MURHESA

N	Point à améliorer	Action proposées	Responsable	Delai
1	Rupture de tous les intrants antipaludéens	Réquisitionner en urgence les intrants antipaludéens à la CDR	Pharmacien	Immédiat
2	Rapports narratifs d'activités non élaborés	Elaborer le rapport narratif mensuel des activités	ECZ	Chaque mois
3	Mauvais archivage des rapports car non accessibilité des rapports en l'absence de l'AG	Archiver correctement les rapports dans les classeurs et/ou échéanciers à un endroit sécurisé, mais accessible à tous	AG et SEC	Chaque mois
4	Surstock des MIILDs dans la ZS	Rédiger un rapport situationnel de la gestion des intrants antipaludéens à la DPS pour redéploiement des MIILDs vers d'autres ZS	MCZ	Immédiat

c. BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE DE KATANA :

Tableau 7 : Les éléments du plan de correction pour le BCZ KATANA

N	Point à améliorer	Action proposées	Responsable	Delai
1	Rapports narratifs d'activités non élaborés	Elaborer le rapport narratif mensuel des activités	ECZ	Chaque mois
2	Surstock de Artésunate injectable (20279 ampoules pour un CMM de 743, donc un MAD de 27 mois)	Rédiger un rapport situationnel de la gestion des intrants antipaludéens à la DPS pour redéploiement de l'Artésunate injectable vers d'autres ZS	MCZ et Pharmacien	Immédiat
3	Mauvaise qualité des données de S1 2021 (ratio de violations de règle à 33 pour 100 rapports encodés)	Corriger les violations des règles de validation des données PNLP S1 2021	Point focal Paludisme	Une semaine

IV.II. SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DE LA FONCTIONNALITÉ DU SNIS/DHIS2 DANS LES FORMATIONS SANITAIRES :

Évaluation de la fonctionnalité du SNIS/DHIS2	CH St JOSEPH KAMANYOLA	CS MUNYA	CS MUZINZI	CS KALWA	CS CITUZO	HGR MITI	CS NURU	CS CIRANGA	HGR FOMULAC KATANA
Ressources Humaines, disponibilité et utilisation des outils SNIS/Équipement	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Effectifs des acteurs dans la structure (<i>Indiquez le nombre des staffs techniques dans la case suivante</i>)	40	13	10	12	12	10	12	10	100
Nombre d'acteurs formés en SNIS harmonisé/DHIS2	2	2	2	2	2	4	2	2	2
La structure utilise-t-elle le DHIS2 pour le rapportage mensuel des données ?	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Existence des outils de collecte et de rapportage des données en quantité suffisante (<i>vérifier la disponibilité des registres consultation, CPN, CPS et des canevas SNIS utilisables pour une période d'au moins un mois</i>)									
Canevas SNIS	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Registre de consultations curatives	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Registre de consultations externes	1	0	0	0	1	N/A	0	1	N/A
Registre de consultations dans les urgences	1	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	1
Registre de laboratoire	1	N/A	N/A	0	N/A	1	N/A	N/A	1
Registre d'accueil	1	0	1	0	1	1	N/A	N/A	1
Registre de Consultation prénatale	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Registre de Consultation Préscolaire	N/A	0	1	1	0	N/A	1	1	N/A
RUMER	N/A	0	1	1	0	N/A	1	0	N/A
Les outils de collecte et de rapportage des données utilisés sont-ils standards (<i>vérifier aussi que les outils utilisés répondent aux instructions du SNIS ainsi que la qualité du remplissage en vous référant aux directives existantes, noter tous les dysfonctionnements constatés</i>)									

Rapport SNIS	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Registre de consultations curatives	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Registre de consultations externes	1	N/A	N/A	1	N/A	1	N/A	1	0
Registre de consultations dans les urgence	0	N/A	N/A	1	N/A	1	N/A	1	0
Registre de laboratoire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Registre d'accueil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Registre de Consultation prénatale	N/A	0	0	0	0	N/A	0	0	N/A
Registre de Consultation Préscolaire	N/A	0	0	0	0	N/A	0	0	N/A
RUMER	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Existence d'une quantification des besoins en outils de gestion des données <i>(voir la liste des besoins)</i>	1	1	0	1	0	0	0	1	0
Analyse et utilisation des données									
Des directives, des procédures opérationnelles standard ou des protocoles sont présentés pour décrire les étapes servant à agréger, analyser ou manipuler les données au niveau de la structure <i>(Faire un test de disponibilité, connaissance orale et pratique de la maîtrise des directives)</i>	0	1	1	0	0	1	1	0	1
Existe-t-il des directives qui décrivent les modes de transmission des données, les échéances fixées et des instructions quant à la manière de remplir les formulaires/outils de collecte et de transmission des données ?	0	1	1	0	0	1	1	1	1
La structure tient-elle des réunions d'analyse et validation des données <i>(préciser dans la colonne observation après vérification des comptes rendus la date de la tenue de la dernière réunion et la qualité de ces réunions)</i>	1	1	1	0	0	1	0	0	1

Des infographies/tableaux de bord présentant des données à l'aide de tableaux, de graphiques, de cartographies ou sous un autre format sont-elles affichées dans les locaux.	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Existe-il une liste des décisions prises au niveau de la structure ? (Vérifier l'existence d'un plan de redressement/recommandation ainsi que le rapport de suivi de la mise en œuvre.)	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Si oui, Evaluer son niveau d'exécution.	0,75	-	-	-	-	1	-	0,8	0,7
Les rapports des activités antérieures sont-ils bien archivés au niveau de la structure	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Suivi des performances de rapportage									
Les rapports des activités réalisées des mois antérieurs sont-ils disponibles au niveau de la FOSA ? (<i>Si oui quel est le taux de disponibilité des rapports pour les 6 derniers mois</i>)	6	6	6	6	6	6	6	6	1
La structure a-t-elle rapporté au moins 80% des rapports attendus dans le délai au BCZ ?	0	3	0	6	1	3	6	3	0
Les données rapportées au cours de 6 derniers mois ou du trimestre passé sont-elles de qualité ?	1	0	0	0	0	1	1	4	1
Analyse des performances des indicateurs paludisme									
Niveau d'analyse des indicateurs paludisme : <i>Vérifier que les acteurs maîtrisent le calcul des indicateurs paludisme : Incidence paludisme, prévention, prise en charge</i>									
Proportion des femmes enceintes ayant reçu 2 doses SP	N/A	0	1	0	0	N/A	0	1	N/A
Proportion des femmes enceintes ayant reçu 3 doses SP	N/A	0	1	0	0	N/A	0	1	N/A

Proportion des femmes enceintes ayant reçu la MILD à la CPN	N/A	0	0	0	0	N/A	0	1	N/A
Proportion des femmes enceintes ayant reçu la MILD à la CPS	N/A	0	1	0	0	N/A	0	1	N/A
Proportion des cas suspects testés (TDR/GE)	0	0	1	0	0	1	0	1	1
Taux de positivité au TDRs	0	0	1	0	0	N/A	0	1	1
Taux de positivité à la GE	0	N/A	1	N/A	0	1	N/A	N/A	1
Proportion des cas PS traités selon la politique nationale	0	0	1	0	0	1	0	1	1
Proportion des cas PG traités selon la politique nationale	0	N/A	1	N/A	0	1	N/A	N/A	1
Taux de morbidité palustre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taux de mortalité palustre	0	0	N/A	0	0	0	N/A	0	0
Taux de létalité palustre	0	0	N/A	N/A	0	1	N/A	N/A	0
Y a-t-il des indicateurs qui ont posé des contreperformances au cours de la période de rapportage ?	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Disponibilité des intrants et suivi de la chaîne d'approvisionnement									
Existence d'une quantification des besoins en médicaments et autres intrants antipaludiques	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Existence des copies de bordereaux d'expédition et PV de réception des intrants au niveau de la FO SA	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Les outils de gestion des médicaments pour la collecte et le rapportage des données Médicaments sont-ils disponibles en quantité suffisante (Bordereau de réception, fiches de stocks, RUMER, fiche d'inventaire)									
Fiches de stock	1	1	1	1	1	0	0	0	1

Artésunate, 60mg, Injectable									
Moustiquaire Impregnée d` insecticide	0,0								3,6
Quinine Bichlorhydrate, 300mg/ml, 2ml		1,3	2,5	0,5	0,0		0,0	0,1	
Quinine HCl/Sulf, 300mg base, Tab									
Quinine HCl/Sulf, 500mg base, Tab									
Sulfadoxine + Pyrimethamine, 500+25mg, Tab						0,9			
Test Diagnostic Rapide, Malaria		0,6	0,4				0,1	0,2	
Les conditions de stockage et conservation des médicaments sont –elles adéquats ? (Plafond, étagère et aération ?)	1	1	0	0	0	0	0	1	1
Ya –il eu de rupture de stock sur les commodités ces 3 dernières semaines ?	1	1	0	1	1	0	1	1	1
Analyser le système d`approvisionnement (Push/Pull)	Push	Push	Push	Push	Push	Push	Push	Push	Push
Planification et suivi des activités de lutte contre le paludisme									
Existence d'un micro plan d'action opérationnel des activités dans la structure	1	1	1	1	0	1	1	1	1
La structure a-t-elle été supervisé par la ZS au cours de 6 derniers mois ? (A vérifier dans le registre supervision et préciser le nombre des supervisions ainsi que la date de la dernière visite)	2	6	2	0	0	0	1	2	1
Existe-il dans les archives de la structure sanitaire un rapport/feedback de la ZS sur la gestion des données du Système des informations sanitaires comportant des recommandations. (Un retro information SNIS la plus récente au cours de 6 derniers mois)	1	1	1	1	0	1	1	1	1

Existe-il un rapport de mission ou une liste de vérification d'une récente visite de supervision formative dans le domaine du suivi et évaluation ?	0	0	1	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Commentaires :

Dans ce tableau, ils se dégagent les observations suivantes :

- Le personnel est suffisant pour faire le travail dans les formations sanitaires, néanmoins c'est la formation en Snis harmonisé qui pose problème, d'autant plus que la dernière formation date de plus de 4 ans et n'était pas en Snis harmonisé car il y a eu des modifications.
- Les outils de transmission ne sont pas en stock suffisant dans les formations sanitaires et dans la plupart des cas, ces dernières font des copies des canevas.
- Beaucoup d'outils de collecte sont en rupture et les formations sanitaires tracent à la main ou adaptent d'autres registres non harmonisés certains registres (registre de consultation externe, registre de Laboratoire, registre d'accueil,)
- Notons que les outils trouvés normés sont en quantité insuffisante et ne peuvent pas couvrir un trimestre.
- En ce qui concerne les intrants, toutes les formations sanitaires sont en ruptures des antipaludiques (ACT tout âge, SP, TDR, ...)
- Dans la plupart des formations sanitaires, les réunions de monitorages ne sont faites et là où les prestataires pensent le faire, ce sont juste des constats car c'est une présentation des données sans des analyses approfondies. Donc pas de plans de remédiation formulés
- Les tableaux de bord sont un maillon faible pour les formations sanitaire car toutes n'en avaient pas.
- Les outils de gestions des médicaments sont disponibles mais à faible quantité et mal remplis
- Pas d'analyse des performances des indicateurs du paludisme chaque mois et donc ce sont de chiffres bruts que les FOSA suivent,
- Pas de retro-informations envoyées par le BCZ aux FOSA,
- Les structures ne sont pas supervisées par le BCZ en thématique paludisme. Certaines sont visitées rarement

PLANS DE REDRESSEMENT DISCUTES AVEC LES PRESTATAIRES DES FORMATIONS SANITAIRES

✚ DANS LA ZONE DE SANTE RURALE DE NYANGEZI

Tableau 8 : Le plan de correction au CS MUNYA

	<i>Faiblesses identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Nombre insuffisant des prestataires formés dans le SNIS/DHIS2 (seul l'IT est formé)	Plaidoyer auprès du BCZ pour planifier une formation en Snis/DHIS2	IT	Continu
2	Faibles couvertures et données aberrantes sur les activités préventives (CPN, SP et CPS)	Enregistrer de nouveau les femmes enceintes venues en CPN à chaque visite et chaque intervention	IT/Accoucheuse	Chaque mois
3	Absence des rapports narratifs des activités	Elaborer et archiver les rapports narratifs des activités de la structure	IT	Chaque mois
4	Absence d'un plan de redressement et un plan de suivi des recommandations issues des réunions d'analyse des données	Elaborer un plan de redressement à l'issue des réunions d'analyse des données avec un plan de suivi de recommandations adapté	IT	Chaque mois
5	Faible niveau d'analyse des indicateurs paludisme	Que l'IT vulgarise le mode de calcul des indicateurs palu et faire le suivi de remplissage des outils de collecte des données.	IT	Continu
6	Quantité insuffisante des outils de collecte des données (registre curatif tracé à la main)	Que l'IT fasse une réquisition des outils de collecte des données et l'envoyé au BCZ	IT	Immédiat
7	Absence des courbes de monitoring des données de LP	Tracer et afficher les courbes de monitoring des activités de lutte contre le paludisme	IT	Immédiat

Tableau 9 : Le plan de correction au CS MUZINZI

	<i>Faiblesses Identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Mauvais archivage des rapports au CS	Archiver correctement les rapports et registres en disponibilisant les classeurs et autres échéanciers	IT	3 mois
2	Absence d'un tableau de bord de suivi des données de LAP	Tracer et afficher le tableau de bord des activités de lutte contre le paludisme	IT	Immédiat
3	Incohérences des données dans les différents outils de gestion des données	Instaurer les mesures d'assurance qualité des données (contre-vérification des données)	IT	Permanent
4	Absence d'un plan de redressement et un plan de suivi des recommandations issues des réunions d'analyse des données	Elaborer un plan de redressement à l'issue des réunions d'analyse des données avec un plan de suivi de recommandations adapté	IT	Chaque mois

Tableau 10 : Le plan de correction au CH St Joseph KAMANYOLA

	<i>Faiblesses Identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Faible connaissance des indicateurs paludisme et leur mode de calcul	Vulgariser le guide d'analyse des données ainsi que les indicateurs paludisme et leur mode de calcul	MDH/DN	Immédiat
2	Mauvais archivage des rapports d'activités (version soft seulement)	Archiver correctement les rapports et registres en disponibilisant les classeurs et autres échéanciers	DN	3 mois
3	Absence d'un tableau de bord de suivi des données de LAP	Tracer et afficher le tableau de bord des activités de lutte	DN	Immédiat

		contre le paludisme		
4	Mauvais remplissage des outils de gestion des médicaments	Remplir correctement les outils de gestion des médicaments	DN/Pharmacienne	Continu

DANS LA ZONE DE SANTE RURALE DE MITI MURHESA

Tableau 11 : Le plan de correction au CS KALWA

	<i>Faiblesses identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Absence de tableau de bord avec les indicateurs paludisme	Que l'IT élabore le tableau de bord avec les indicateurs paludisme et l'affiché au CS	IT	Une semaine
2	Mauvais remplissage des outils de gestion des médicaments	Remplir correctement les outils de gestion des médicaments	IT et préposé	Une semaine
3	Insuffisance dans la disponibilité des outils de collecte des données	Que l'IT réquisitionne les outils de collecte au BCZ en quantité suffisante	IT	Immédiat
4	Non-respect du protocole national de PEC de paludisme simple	Respecter le protocole de PEC de paludisme simple au niveau du CS	IT, ITA et les infirmiers traitants	Chaque jour

Tableau 12 : Le plan de correction au CS CITUZO

	<i>Faiblesses Identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Pas de tenue de réunion d'analyse des données	Tenir régulièrement et à temps les réunions d'analyse des données	IT	Chaque début du mois
2	Mauvais remplissage des outils de gestion des médicaments	Remplir correctement les outils de gestion des médicaments	IT et Préposé	Une semaine
3	Mauvais archivage des rapports	Archiver correctement les rapports dans les classeurs et/ou	IT	Une semaine

		échéanciers		
4	Rupture des intrants antipaludéens	Que le préposé à la pharmacie fasse une réquisition des intrants à soumettre au BCZ en urgence	IT	Immédiat

Tableau 13 : Le plan de correction au HGR MITI

	<i>Faiblesses Identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Non disponibilité de certains outils de collecte des données harmonisés à l'HGR	Que le DN réquisitionne les outils de collecte au BCZ harmonisés et en quantité suffisante	DN	Immédiat
2	Mauvais remplissage des outils de gestion des médicaments	Remplir correctement les outils de gestion des médicaments	Phcien ou préposé	Une semaine
3	Personnel non formé en gestion des données (Snis/DHIS2)	Plaidoyer auprès des partenaires pour la formation des prestataires en Snis/DHIS2	MDH, MCZ et DPS	

 **DANS LA ZONE DE SANTE RURALE DE KATANA**

Tableau 14 : Le plan de correction au Centre de Santé KATANA NURU :

	<i>Faiblesses Identifiées</i>	<i>Description de point de l'action</i>	<i>Personnes responsables</i>	<i>Date-limite</i>
1	Non disponibilité de certains outils de collecte des données harmonisés au CS	Que l'IT réquisitionne les outils de collecte au BCZ harmonisés et en quantité suffisante	IT	Immédiat
2	Pas de tenue de réunion d'analyse des données	Tenir régulièrement et à temps les réunions d'analyse des données	IT	Chaque début du mois suivant
3	Absence de tableau de bord avec les indicateurs paludisme	Que l'IT élabore le tableau de bord avec les indicateurs paludisme et l'affiche au CS	IT	Une semaine

4	Mauvais remplissage des outils de gestion des médicaments	Remplir correctement les outils de gestion des médicaments	IT et Préposé	Une semaine
---	---	--	---------------	-------------

Tableau 15 : Le plan de correction au CS CIRANGA

	<i>Faiblesses Identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Absence de tableau de bord avec les indicateurs paludisme	Que l'IT élabore le tableau de bord avec les indicateurs paludisme et l'affiche au CS	l'IT	Une semaine
2	Rapports narratifs d'activités non élaborés	Elaborer le rapport narratif mensuel des activités	l'IT et son Equipe	Chaque mois
3	Mauvais remplissage des outils de gestion des médicaments	Remplir correctement les outils de gestion des médicaments	IT et Préposé	Une semaine

Tableau 16 : Le plan de correction au HGR FOMULAC KATANA

	<i>Faiblesses Identifiées</i>	<i>Description de point d'action</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Date-limite</i>
1	Rapports narratifs d'activités non élaborés	Elaborer le rapport narratif mensuel des activités	MDH et DN	Chaque mois
2	Incohérence des données dans le rapport Snis	Mettre en place des mesures d'assurance qualité des données (contre-vérification des données)	DN	Chaque mois

III. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A l'issue de ces 10 jours que nous avons passés dans les zones de santé rurales de Nyangezi, Miti-Murhesa et Katana où 12 structures ont été supervisées, notamment 3 BCZ, 2 HGR, 1 CH et 6 centres de santé, en conclusion nous estimons que le suivi des activités paludisme, ne sont pas bien menées dans les zones de santé aussi bien que dans les formations sanitaires. Il y a une rupture criante des antipaludiques à tous les niveaux et les outils de collecte et de transmission des données sont en quantité insuffisante. Dans chaque point des prestations nous avons eu à exhorter les prestataires à faire un plan de redressement.

Au vu de ce qui précède, nous estimons que les activités de suivi des activités paludisme seront élargies dans d'autres zones de santé et les équipes cadres des zones de santé formées devront être capables de réaliser les mêmes missions de façon régulière afin d'espérer une amélioration de la qualité des données axées sur le paludisme dans les formations sanitaires et surtout la correction des incohérences des données dans la Province du Sud-Kivu.

Fait à Bukavu, le 29 novembre 2021

Céline FURAHA

Superviseur provincial PNL

DPS Sud Kivu

Gaspard TUBANE

Superviseur provincial PNL

DPS Sud Kivu

Tony WAWINA

CP Measure Malaria
Province du Sud-Kivu

ANNEXES PHOTOS



Supervision au CH St Joseph Kamanyola



Supervision au CS Kalwa (ZS Miti-Murhesa)



Illustration Outil adapté au CS Katana Nuru



Photo de famille à l'HGR Fomulac Katana