



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROVINCE DU KASAÏ ORIENTAL
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE

**RAPPORT SYNTHESE DE LA SUPERVISION CONJOINTE PNL/Measure Malaria DANS
LES ZS DE BIBANGA, KASANSA, DIULU ET MPOKOLO**

Par : Dr Joseph KALOMBO LUNDA

Médecin Coordonnateur Provincial/PNL

Dr Astrid KAPINGA MUYOMBO

Conseillère Provinciale/PMM

Octobre 2021



Tables de Matières

Table des matières

Tables de Matières	1
RESUME	2
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
I.1. Objectif général :	4
I.2. Objectifs spécifiques :	4
II. Approches méthodologiques :	4
a. Sites visités	4
b. Durée	5
c. Période	5
d. Technique	5
III. RESULTATS OBTENUS	0
III.1 Au niveau Zone de santé	0
1. BCZS DE BIBANGA	0
2. BCZS DE KASANSA	2
3. BCZS DE DIULU	5
4. BCZS DE MPOKOLO	8
2. Au niveau de formations sanitaires	10
A. CS KATANDA 2	10
B. CS BIBANGA	13
C. CS LUKALABA OUEST	15
E. CS LUKALABA EST	18
F. CS BENGAKUNA	21
G. CS TSHIANANGA2	24
H. CS St Pierre	26
I. CS MUBALA	29
IV. CONCLUSION	32

RESUME

Une mission de supervision conjointe de 6 jours a été réalisée par le PNLP/Kasaï-Oriental et PMI/Measure Malaria dans 4 ZS (BIBANGA, KASANSA, DIULU ET MPOKOLO) ; elle a concerné les BCZS et 2 structures sanitaires pour chaque ZS visitées.

Cette supervision était focalisée sur la gestion des données paludisme, pour cela une check-list a été utilisé, les entretiens avec les prestataires ainsi que les observations ont été effectués à différents niveaux pour relever les causes et y remédier.

Comme constat au niveau de ces ZS, le DHIS2 était utilisé dans tous les BCZS visités, le personnel était formé en SNIS harmonisé ; cependant l'absence des outils de collecte de données, de plans de saisie de données, la faible qualité du signal internet ont été relevés

Dans les foyers la rupture de stock en certains outils de collecte et gestion de données, le mauvais remplissage de certains outils, les incohérences et discordances persistaient ainsi que la non-appropriation de la lutte contre le paludisme.

En conclusion les faiblesses constatées par les équipes de supervision leur ont permis de donner quelques orientations aux acteurs à différents niveaux et à la formulation de recommandations dans le but d'améliorer. Elles sollicitent également l'implication de toutes les parties prenantes pour la réussite de la mise en œuvre du plan de redressement.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La République Démocratique du Congo bénéficie à travers le Programme National de lutte contre le paludisme de l'appui de plusieurs partenaires techniques et financiers dont DFID, Fonds Mondial et PMI/USAID dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme tel que définies dans le Plan Stratégique dont la dernière version recadrée pour 2020 à 2023.

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ces interventions reposent sur la disponibilité d'une information sanitaire de haute qualité. C'est dans ce cadre que le ministère de la Santé s'était engagé dans un processus de renforcement de son SNIS à travers l'actualisation du nouveau cadre normatif avec intégration du DHIS2 dans toutes les 515 Zones de santé du pays dont les 19 du Kasai Oriental pour la gestion des données des soins de santé primaires, celles du paludisme incluses.

Lors des analyses des données du paludisme pour le deuxième trimestre, il a été noté un taux de rapportage des données de 91% pour la complétude et de 74.9% pour la promptitude au trimestre concerné. Malgré cette bonne performance, le taux de rapportage en ce qui concerne les services de base, secondaires et SIGL Fosas ; la complétude de données de surveillance hebdomadaire est restée faible soit 78% de même que leur promptitude à 58%.

La qualité des données a continué à poser des problèmes dans la majorité des Zones de santé où il a été mis en évidence d'une part une faible exhaustivité des données médicaments antipaludiques et plusieurs incohérences des données.

L'analyse des indicateurs a révélé des performances plus ou moins bonnes pour le volet prise en charge dans presque toutes les ZS hormis la positivité des cas qui est beaucoup plus élevée (80%), et que le volet prévention a accusé des contre-performances tant pour le traitement préventif intermittent (60%) que pour la distribution de MIILD en routine lors des consultations prénatales (69%) et celles préscolaires (71%).

La prise en charge des cas de paludisme grave reste un problème dans presque toutes les Zones de Santé, il y a aussi lieu de signaler certaines données non corrigées d'où l'importance de cette mission de supervision conjointe pour palper la réalité, ainsi donner des orientations nécessaires pouvant permettre d'améliorer les indicateurs clés de lutte contre le paludisme en général et en particulier celui lié à la prise en charge des cas de paludisme grave.

C'est dans ce cadre que 4 Zones de Santé avec une performance plus ou moins bonne (Bibanga, Kasansa, Mpokolo et Diulu) ont été retenues pour palper les réalités à la base et prendre des dispositions utiles enfin d'améliorer la lutte antipaludique, donc exiger un renforcement de la Surveillance, le Suivi-évaluation du Paludisme à travers une gestion efficace des données dans les Zones de santé ciblées.

Ainsi, la Division Provinciale de la santé du Kasai Oriental avec l'appui financier du Projet PMI-Measure Malaria a réalisé une supervision conjointe dans les 4 ZS précitées (4BCZS et 2CS par Zone de santé). Elle s'est focalisée sur la qualité de données, la fonctionnalité du nouveau cadre normatif ainsi que la mise en œuvre des interventions antipaludiques dans les ZS ciblées.

I.1. Objectif général :

Contribuer à l'amélioration de l'état de Santé de la population à travers la bonne qualité des données de lutte contre le paludisme dans les Zones de santé ciblées.

I.2. Objectifs spécifiques :

- ❖ Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique) en rapport avec les données paludisme du troisième trimestre 2021 dans les Zones de Santé ;
- ❖ Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)
- ❖ Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances
- ❖ Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2
- ❖ Formuler des recommandations et actions correctrices sous forme de plan de redressement pour l'amélioration des indicateurs clés de LAP dans les ZS à visiter ;

II. Approches méthodologiques :

a. Sites visités

Cette mission a été réalisée dans deux ZS urbaines (Mpokolo et Diulu), et 2 ZS rurales (Bibanga et Kasansa) : 4 BCZS ont été visités ainsi que 2 CS par chacune d'elle ; En milieu urbain une équipe de 2 personnes faite de cadres de la DPS/PNLP a assuré cette mission, alors qu'en milieu rural une équipe conjointe faite du MCP/PNLP et de la conseillère provinciale Measure Malaria qui ont visités les 2 zones de santé.

ZS	STRUCTURES	Date
BIBANGA	BCZ BIBANGA	Le 27/10/2021
	KATANDA1	Le 25/10/2021
	BIBANGA	Le 26/10/2021
KASANSA	BCZ KASANSA	Le 28/10/2021
	LUKALABA-OUEST	Le 29/10/2021
	LUKALABA-EST	Le 30/10/2021
MPOKOLO	BCZ MPOLKOLO	Le 24/10/2021
	CH ST PIERRE	Le 25 /10/2021
	MUBALA	Le 26 /10/2021
DIULU	BCZ DIULU	Le 27 /10/2021
	TSHIANANGA	Le 28 /10/2021
	BENGAKUNA	Le 29 /10/2021

b. Durée

Cette mission a duré 6 jours, en raison de 3 jours de travail par ZS avec 2 jours de voyage pour les ZS rurales

c. Période

Cette supervision a concerné la période du troisième trimestre 2021

d. Technique

Partage des termes de référence avec les cadres des Zones de Santé, lors de la visite de terrain,

- ❖ Entretien avec les membres des ECZS ;
- ❖ Revue documentaire et séances de renforcement de capacité dans l'utilisation du DHIS2 ;
- ❖ Présentation de performances des indicateurs aux ZS et aux structures
- ❖ Correction de données aberrantes avec le BCZS après comparaison de données de structures et celles encodées sur DHIS2
- ❖ Observation : les observations notamment aux BCZ et dans les Formations Sanitaires lors de la réalisation des activités de prévention ou de prise en charge du paludisme
- ❖ Restitution aux Equipes cadres de Zones de Santé et partage du plan de redressement à toutes les parties prenantes.

III. RESULTATS OBTENUS

III.1 Au niveau Zone de santé

1. BCZS DE BIBANGA

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bonne complétude (100%) des données encodées sur DHIS2 - pour les Services de base ; ❖ Bonne complétude (100%) pour les Services secondaire ; <p>Bonne complétude (100%) pour le SIGL.</p>	<p>Faibles performances en ce qui concerne la promptitude des reportages pour le trimestre soit 66.7%</p>		<p>Rappeler aux IT de rapporter dans le délai</p>	<p>ECZS</p>
OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trois comptes rendus des réunions de monitoring disponibles et bien archivés ; ❖ Quatre cadres formés sur le SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Absence des infographies affichées aux murs du BCZ (tableaux de bords des indicateurs de lutte contre le paludisme ; 		<p>Tracer et afficher au mur le tableau de bord de suivi des indicateurs paludisme</p>	<p>ECZS/IS Palu</p>

<p>harmonisé/DHIS2 et disposent d'un compte DHIS2 et l'utilisent ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence des outils informatiques pour l'utilisation du DHIS2 (deux ordinateurs du bureau en bon état et 8 Imprimantes ; ❖ Existence des outils de collecte et de rapportage des données couvrant au moins deux mois ; ❖ Existence d'une quantification des besoins en outils de gestion des données ; ❖ Existence des manuels de remplissages des données dans les outils de collecte des données. ❖ Existence d'un plan de supervision des aires de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ V-SAT avec faible connectivité internet ; ❖ Absence de retro-informations faites aux Fosa par le BCZS 	<p>Nous avons expliqué à l'équipe l'importance de retro informations qui sont comme un stimulus dans l'amélioration de la qualité du travail</p>	<p>Améliorer la qualité de la connectivité Internet</p> <p>Rédiger de retro informations aux structures</p>	<p>DPS/PTFs</p> <p>ECZS</p>
<p>OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances</p>				
<p>Bonnes performances en ce qui concerne les MILD CPN1 et CPS distribués ;</p>	<p>Faibles proportions de suspects testés (74%)</p>		<p>Placer les commandes sur base de CMM</p>	<p>BCZS</p>

Faible taux de létalité hospitalière	Faible proportion de cas pris en charge selon la politique nationale 96.5%		Approvisionner les ZS sur base de leurs commandes	DPS/BCZS
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	Quelques données à problèmes ont été identifiés		Corriger périodiquement toutes les données identifiées comme discordantes, aberrantes ou incohérentes	ECZS/Data

2. BCZS DE KASANSA

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bonne complétude (98,8%) des données encodées sur DHIS2 - pour les Services de base ; ❖ Bonne complétude (100%) pour les Services secondaire ; ❖ Bonne complétude (100%) et promptitude (90,5%) pour le SIGL. 	<p>Faibles promptitudes des Services de base et secondaire respectivement 61,7 et 70,4%.</p>		<p>Rappeler aux IT de déposer le rapport dans le délai</p>	<p>ECZS</p>
<p>OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)</p>				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trois comptes rendus des réunions de monitoring disponibles et bien archivés ; ❖ Cinq cadres formés sur le SNIS harmonisé/DHIS2 et disposent d'un compte DHIS2 et l'utilisent ; ❖ Existence des outils informatiques pour l'utilisation du DHIS2 (deux ordinateurs du bureau en bon état et 2 Imprimantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 3 sur 12 recommandations exécutées pour le mois de Juillet et Aout, soit 25% ; ❖ Absence des infographies affichées aux murs du BCZ (tableaux de bords des indicateurs de lutte contre le paludisme ; ❖ Manque d'une source permanente de connectivité internet ; 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Faire le suivi de la mise en œuvre de toutes les recommandations formulées lors des réunions ❖ Tracer et afficher au mur le tableau de bord de suivi des indicateurs paludisme au mur du BCZS 	<p>ECZS</p> <p>ECZS/IS Paludisme</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence des outils de collecte et de rapportage des données couvrant au moins deux mois ; ❖ Existence d'une quantification des besoins en outils de gestion des données ; ❖ Existence des manuels de remplissages des données intégré dans les outils de collecte des données. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deux cadres seulement maîtrisent le DHIS2 pour l'analyse des données ; ❖ Manque d'un plan de saisie des données ; ❖ Inexistence d'une liste ou registre des décisions ; ❖ Faible performance en SP2, SP3 et cas suspects testés ; ❖ Taux de létalité de 46% dans l'hôpital secondaire de Kasansa ; ❖ Absence de fiches de stock des intrants au BCZS 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Accompagner les autres cadres du bureau dans l'amélioration de leur niveau d'utilisation du DHIS2 pour l'analyse de données des analyses des données ❖ Rendre disponible et tenir à jour les fiches de stock au BCZS 	<p>ECZS</p> <p>ECZS</p>
<p>OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances</p>				
<p>Bonne performance en MILD distribuées à la CPN et CPS ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Faibles performances en ce qui concerne la prise en charge de cas paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans ; ❖ Faibles performances en SP2 ; ❖ Taux de létalité intra hospitalière au-delà de 2% ; 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Placer de commandes sur base de besoins réels de Formations sanitaires ❖ Approvisionner les ZS sur base de leurs commandes 	<p>ECZS</p> <p>DPS/PTFs</p>

OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	❖ Quelques données incohérentes trouvées ont été identifiées ensemble avec l'équipe cadre de la ZS	❖ Le suivi des données sur DHIS2 pour le premier semestre 2021 a été fait avec succès	❖ Procéder à la correction ensemble avec les infirmiers titulaires concernés	

3. BCZS DE DIULU

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				
Bonne complétude de données de services de base et secondaires sur DHIS2 84,6%	Très peu d'acteurs formés en SNIS harmonié/DHIS2,		Briefer les autres membres de l'ECZS en SNIS harmonisé /DHIS2	MCZS
Utilisation du DHIS2 au niveau de tous les BCZS.	4/19 agents avec compte DHIS2		Créer de compte pour les staffs qui n'ont pas de compte	DPS/BINFOSAN
Bonne maîtrise de l'utilisation de l'outil DHIS2 par les staffs	La connexion internet en panne depuis un mois VSAT ;		Rendre disponible une connexion de qualité aux BCZS	DPS/PTFs

	L'ordinateur fixe non fonctionnel par manque d'énergie		Rendre disponible une source d'énergie	DPS/PTFs
OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)				
Tenue de réunions d'analyse et de validation de données Bon archivage de rapports des activités antérieures au BCZS Présence des directives, des procédures opérationnelles standards servant à agréger, analyser ou manipuler les données au BCZ	Quantité insuffisante en outils de collecte de données Le plan de saisie des données non existant ; Non renforcement des capacités de l'ECZ en QIGIS (présentation des données sous forme des cartes) ;		Placer un bon de commande des outils de collecte et rapportage des données Elaborer et afficher le plan de saisie des données sur DHIS2	ECZS/ MCZS ECZS

<p>Quelques membres du personnel capables de présenter les données sous forme d'un tableau et d'un graphique (soit 2 /19seulement) ;</p> <p>Présence des infographies affichées aux murs</p> <p>Existence de copies de plan de distribution</p>	<p>Non existence d'un calendrier de formation</p>		<p>Former les ECZS dans l'utilisation du QIGIS pour la présentation de données</p>	<p>DPS/PTFs</p>
<p>OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances</p>				
	<p>Très faible couverture d'enfants de moins d'une année et femmes enceintes en MILD 3,6% et 29,4%, SP2 : 53,1%, SP3 : 34,3%</p> <p>Taux de positivité très élevé (90,2%)</p>		<p>Intensifier les communications en faveur des mesures préventives de la LAP</p>	<p>ECZS</p>
<p>OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2</p>				

	Des données à problèmes ont été identifiées	Les données ont été corrigées ensemble avec la ZS	Continuer la correction des données ensemble avec les IT	ECZS/DATA
--	---	---	--	-----------

4. BCZS DE MPOKOLO

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				
Bonne complétude des données sur DHIS2 soit 100% Bon archivage des outils de collecte et gestion des données	3 agents sur 29 formé en SNIS harmonisé/DHIS2		Renforcer les capacités d' un grand nombre d'agents en SNIS harmonisé/DHIS2	DPS/PTFs
OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)				
Outils de collecte et gestions de données disponibles	Pas d'outils informatique pour l'utilisation du DHIS2		Rendre disponible les outils informatiques pour l'utilisation DHIS2	DPS/PTF

	<p>Non existence d'un rapport de suivi des décisions /recommandations</p> <p>La source de permanente de connectivité V-SAT installée à l'HGR loin du BCZ</p> <p>Seuls 3 membres du personnel formés sur 29 formé en SNIS harmonisé/DHIS2, et sont en mesure de présenter des données à l'aide d'un tableau, graphique, carte</p>		<p>Dresser une liste synthèse des décisions l'afficher au mur et le compléter mensuellement</p> <p>Capaciter les autres membres de l'équipe en SNIS harmonisé/DHIS2</p>	<p>ECZ</p> <p>DPS/PTF</p>
OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances				
	<p>Faible couverture en MILD CPS 25%, MILD CPN 33% et SP3 77,6%</p>	<p>Les équipes visitées ont été renforcées en capacité sur le mode de calcul des indicateurs de LAP.</p>	<p>Approvisionner les structures en intrants de lutte contre le paludisme</p>	<p>DPS /PTF</p>
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				

	Présence de règles violées et de certaines aberrantes		Corriger les données sur DHIS2	ECZS/DATA
--	---	--	--------------------------------	-----------

2. Au niveau de formations sanitaires

A. CS KATANDA 2

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				
❖ Bonne complétude (100%) des rapports SNIS transmis au BCZ ;	❖ Faible promptitude (33,3%) des rapports SNIS transmis au BCZ ;	❖ Nous avons expliqué à l'IT qu'il faut faire accuser réception sur les 2 rapports avant d'archiver une copie dans sa structure	❖ Transmettre le rapport au BCZS dans le délai.	IT
OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence des outils de collecte et de rapportage des données couvrant une année ; ❖ Outils de collecte des données standards ; ❖ Existence d'une quantification des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deux comptes rendus de monitoring sur trois disponibles dans la FOSA ; ❖ Inexistence des directives, de la procédure opérationnelle standard ou des protocoles qui décrivent 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rédiger et bien archiver les comptes rendus de toutes les réunions tenues dans l'AS ❖ Mettre à la disposition de la structure les directives et 	IT BCZS

<p>en outils de gestion des données (bon de commande disponible) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tenue des réunions de monitoring à la base ; ❖ Présence des infographies affichées aux murs ; 	<p>les étapes qui servent à agréger, analyser ou manipuler les données ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Inexistence d'une liste ou registre des décisions ; ❖ Les outils de gestion des médicaments pour la collecte et le rapportage des données non remplis correctement ; ❖ Les feedbacks de la DPS sur la gestion des données du système des informations sanitaires comportant des recommandations au cours de 6 derniers mois non disponibles 		<p>protocoles décrivant les étapes d'analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bien remplir les outils de collecte de données ❖ Rédiger les feed backs et le partager aux structures visitées lors de mission de terrain 	<p>IT</p> <p>DPS/BCZS</p>
<p>OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances</p>				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bonnes proportions des cas suspects testés (100%) ; ❖ Bonnes performances en prise en charge des cas paludisme simple selon la politique nationale (100%) ; 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Taux de positivité aux TDR élevé (86% chez les moins de 5 ans et 78% chez les plus de 5ans) ; ❖ Faibles performances en SP1 (40%), SP2 (44%), SP3 (40%), SP (48%) au mois de juillet. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La technique de réalisation de TDR a été revue ensemble avec l'IT qui ne la respectait pas (Nombre de goutte utilisé pour la marque de 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Respecter la méthode de réalisation de TDR ❖ Approvisionner la structure en tenant compte de besoins de la structure 	<p>IT</p> <p>BCZS</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 100% des cas paludisme graves confirmés référés. ❖ Bonnes performances en ce qui concerne la proportion des femmes enceintes ayant reçu la MILD à la CPN1 (100%) et les enfants de 6-11Mois à la CPS (100%) ; <p>Concordances des données entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Les doses SP administrées et consommés (86 FE et 258Co) au mois de juillet, Aout (87 FE et 261 doses consommées), Septembre (83 FE et 249 doses consommées) ; ❖ Les TDR réalisés et consommés au mois d'Aout, MILD CP1 distribuées et consommées au mois de septembre. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Non maitrise des indicateurs de la lutte contre le paludisme 	<p>TDR et le délai à attendre avant la lecture du résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un briefing a été fait à l'intention du personnel de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Renforcer en capacités le personnel du CS sur le mode de calcul 	<p>ECZS</p>
<p>OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2</p>				

	Quelques discordances relevées après triangulation de données	Les données ont été corrigées ensemble avec la structure	Harmoniser les données de la structure avec celles encodées sur DHIS2	ECZS/Data /IS Palu
--	---	--	---	--------------------

B. CS BIBANGA

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				
Disponibilité de deux canevas de rapports SNIS archivés au CS	❖ Faible complétude (66,6%) des rapports SNIS disponibles au niveau de la FOSA ; Promptitude nulle (0%) des rapports SNIS transmis au BCZ dans le délai		❖ Transmettre les rapports dans le délai	IT
OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)				
❖ Trois comptes rendus des réunions de monitoring à la base disponibles ; ❖ Existence des outils de collecte et de rapportage	❖ Moins des recommandations exécutées lors des réunions de monitoring à la base que celles prises ;		❖ Faire le suivi de recommandations lors de réunions antérieures ❖ Faire le choix des indicateurs clés du	IT IT

<p>des données couvrant deux mois et les autres une année ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ IT formé en SNIS harmonisé/DHIS2 ; ❖ Existence d'une quantification des besoins en outils de gestion des données (bon de commande disponible) ; ❖ Existence des manuels de remplissages des données dans les outils de collecte des données ; <p>Présence des infographies affichées aux murs ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deux indicateurs de LAP analysés au cours de ces trois mois ; ❖ Inexistence des directives, de la procédure opérationnelle standard ou des protocoles qui décrivent les étapes qui servent à agréger, analyser ou manipuler les données ; ❖ Inexistence d'une liste ou registre des décisions ; 		<p>paludisme à suivre lors de réunion de monitoring dans l'aire de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Rendre disponibles les directives à la structure ❖ Rendre disponible la liste de décisions prises et faire le suivi de leurs mis en œuvre 	<p>ECZS</p> <p>IT</p>
<p>OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances</p>				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 100% de cas suspects testés aux TDR ; ❖ 100% des cas simple confirmé traités selon la politique nationale ; ❖ 100% de cas paludisme graves confirmés référés ; ❖ Bonnes performances en MILD CPN1 distribuées 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Taux de positivité aux TDR élevés (95% chez les moins de 5 ans et 88% chez les plus de 5 ans) ; ❖ Non instauration du traitement prés-référentiel aux cas paludisme grave référés ; <p>Faible performance en SP2 (68%) au mois de juillet,</p>	<p>Un briefing a été fait sur les indicateurs de lutte contre le paludisme et les objectifs à atteindre</p>	<p>Accompagner la structure sur le respect de la politique nationale de prise en charge du paludisme</p>	<p>ECZS</p>

<p>aux femmes enceintes (100%);</p> <p>Bonne conformité de données entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Les TDR réalisés et Consommés au mois de (199), Concordance des MILD distribuées à la CPN1 et CPS et consommées au niveau de SIGL, doses des SP administrées et consommées au mois de juillet ; 				
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	Les données à problèmes ont été relevés	La triangulation a été faite pour identifier les vrai données	Corriger les données avec l'IT	ECZS/DATA et IS

C. CS LUKALABA OUEST

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				

données (bon de commande disponible) ;	agréger, analyser ou manipuler les données ; ❖ Inexistence d'une liste ou registre des décisions ; ❖ Les outils de gestion des médicaments pour la collecte et le rapportage des données non remplis correctement (RUMER non à jour comportant des discordances des données); ❖ Rupture en SP ; ❖ Les feedback sur la gestion des données du système de l'information sanitaire comportant des recommandations au cours de 6 derniers mois non disponibles.		l'analyse de données dans la structure ❖ Renforcer les capacités de l'IT sur le remplissage correct des outils de gestion de médicaments ❖ Approvisionner la structure en intrants ❖ Faire de feed back aux IT pour l'aider à s'améliorer	ECZS BCZS/PTFs ECZS
OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances				
❖ Performances en ce qui concerne les cas suspects testés (100%) et bon taux de positivité aux TDR (42%) et en MILD	❖ Les cas paludisme grave déclarés n'apparaissent pas sur les référés paludisme grave ;		❖ Référer tous les cas de paludisme grave à LHGR	IT

(96%), MILD CPS (100%) au mois de juillet, ❖ Bonne concordance entre les TDR déclarés réalisés et les TDR consommés SIGL pour la période.	❖ Discordance des données entre les cas déclarés paludisme simple et ASAQ consommés, TDR réalisés et consommés par la période ; ❖ Rupture en Artésunate suppositoire ; ❖ Faibles performances en SP durant la période et en MILD pour la période ;		❖ Faire la triangulation de données avant la transcription dans le canevas SNIS ❖ Approvisionner le CS en intrants de lutte contre le paludisme	IT BCZS
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	Les données à problèmes ont été relevés	La triangulation a été faite pour identifier les vrai données	Corriger les données avec l'IT	ECZS/DATA et IS

E. CS LUKALABA EST

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence des manuels de remplissages des données dans les outils de collecte des données ; ❖ Disponibilité des rapports des activités antérieures bien archivées. 	<ul style="list-style-type: none"> agréger, analyser ou manipuler les données ; ❖ Inexistence d'une liste ou registre des décisions ; ❖ Les outils de gestion des médicaments pour la collecte et le rapportage des données non remplis correctement ; ❖ Rupture en SP ; ❖ Les feedback de sur la gestion des données du système des informations sanitaires comportant des recommandations au cours de 6 derniers mois non disponibles. 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Approvisionner le CS en tenant compte de ses commandes 	
<p>OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances</p>				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Performances en ce qui concerne les cas suspects testés (100%) et bon taux de positivité aux TDR (61%) et en MILD (96%) au mois de juillet; 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rupture en intrants de LAP au mois d'Aout et Septembre (TDR, ACT, SP) ; ❖ Notification des plusieurs cas graves de paludisme pour la tranche d'âge de moins de 5 ans (au-delà de 30 cas par mois) ; 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tenir une réunion avec les tradipraticiens de l'aire de Santé pour l'harmonisation ; <p>Sensibiliser les parents à amener les enfants avec fièvre</p>	

	❖ Aucune performance en SP durant la période		au CS et en évitant l'automédication. ❖ Approvisionner les ZS en tenant compte de leurs commandes	
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	Les données à problèmes ont été relevés	La triangulation a été faite pour identifier les vrai données	Corriger les données avec l'IT	ECZS/DATA et IS

F. CS BENGAKUNA

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				

<p>Bonne complétude des données sur DHIS2</p> <p>Bon archivage des outils de collecte et gestion des données</p>	<p>Aucun acteur formé en SNIS harmonisé/DHIS2</p> <p>Mauvais remplissage des outils de collecte de données ,</p> <p>Problème de surcharge dans les canevas SNIS observées dans le rapportage des données du canevas SNIS au T3 2021</p>	<p>Un briefing sur le remplissage des outils a été fait à l'IT de la Structure</p>	<p>Briefer l'équipe du CS en SNIS harmonisé</p> <p>Remplir correctement les outils de collecte de données Eviter les surcharges des données dans les canevas SNIS,</p>	<p>ECZS</p> <p>IT</p>
<p>OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)</p>				
<p>Outils de collecte et gestions de données disponibles</p>	<p>Inexistence de protocoles servant à analyser et à désagréger les données, certains outils non à jour</p> <p>Faible Analyse de données paludisme dans l'aire de santé</p> <p>Non existence d'un rapport de suivi des décisions /recommandations</p>		<p>Rendre disponible les protocoles sur comment analyser et désagréger les données ;</p> <p>Accompagner la structure lors de réunion de monitoring à la base</p> <p>Rendre disponibles et</p>	<p>DPS/BCZS</p> <p>IT</p>

	Non maitrise du mode de calcul des indicateur clés de la LAP	Les équipes visitées ont été renforcées en capacité sur le mode de calcul des indicateurs de LAP.	mettre à jour les outils des gestions Dresser une liste synthèse des décisions l'afficher au mur et le compléter mensuellement Briefier les IT sur le mode de calcul des indicateurs clés de la LAP	ECZS
OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances				
	Faible couverture en SP2, SP3 et MILD à la CPN soit 50,3%, 31,9% et 33,5% Taux de positivité très élevé (82,9%), Aucun indicateur de lutte contre le paludisme abordé lors du monitoring à la base Nous avons fait la revue documentaire des données pour	Nous avons demandé à l'IT de placer la commande des intrants aussitôt que la structure a stock alerte	Approvisionner les structures dans le délai afin d'améliorer ces indicateurs Renforcer les prestataires en capacités sur la définition de cas Intégrer les indicateurs de Lutte Antipaludique dans les présentations de réunions de monitoring à la base Faire la triangulation de données avant leur transcription	ECZS ECZS IT IT

	vérifier la conformité, la concordance des données, il s'est dégagé quelques discordances.			
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	Les données à problèmes ont été relevés	La triangulation a été faite pour identifier les vrai données	Corriger les données avec l'IT	ECZS/DATA et IS

G. CS TSHIANANGA2

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				
Bonne complétude des données sur DHIS2 Bon archivage des outils de collecte et gestion des données	Aucun acteur formé en SNIS harmonisé/DHIS2		Briefer les IT sur le SNIS Harmonisé	DPS/BCZS

OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)				
Outils de collecte et gestions de données disponibles (CS)	Inexistence de protocoles servant à analyser et à désagréger les données	Nous avons montré à l'équipe comment tracer le tableau de bord.	Rendre disponible les protocoles sur comment analyser et désagréger les données	BCZS
	Absence du tableau de bord de suivi des indicateurs de la lutte contre le paludisme affiché au CS		Tracer et afficher le tableau de bord des indicateurs paludisme au mur	IT
	Faible Analyse de données paludisme dans l'aire de santé		Intégrer les indicateurs de Lutte Antipaludique dans les présentations de réunions de monitoring à la base	IT
	Non existence d'un rapport de suivi des décisions /recommandations		Dresser une liste synthèse des décisions l'afficher au mur et le compléter mensuellement	IT
	Les inventaires mensuels des intrants non faits		Mettre à jour les inventaires mensuels	IT
	Fiche de stock non disponible dépôt fermé		Rendre disponible les Fiches de Stock au CS	IT
	Non maitrise du mode de calcul des indicateur clés de la LAP			

OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances				
	<p>Faible couverture en SP2et SP3 avec 55,9 et 33,9% causé par la rupture de stock</p> <p>Les indicateurs de lutte contre le paludisme non abordés lors des réunions de monitoring</p> <p>Taux de positivité élevé (97,2%)</p>		<p>Approvisionner les structures dans le délai afin d'améliorer ces indicateurs</p> <p>Briefer les IT sur le mode de calcul des indicateurs clés de la LAP</p> <p>Renforcer les prestataires en capacités sur la définition de cas</p>	<p>IT /ECZS</p> <p>DPS/ECZ</p> <p>BCZS</p>
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	Les données à problèmes ont été relevés	La triangulation a été faite pour identifier les vrai données	Corriger les données avec l'IT	ECZS/DATA et IS

H. CS St Pierre

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				

<p>Bonne complétude des données sur DHIS2</p> <p>Bon archivage des outils de collecte et gestion des données</p>	<p>Faible proportion d'acteurs formé en SNIS harmonisé/DHIS2 et en gestion des médicaments</p> <p>Surcharge dans le canevas SNIS lors de rapportage des données du canevas SNIS au T3 2021</p>		<p>Planifier un calendrier de formation</p> <p>Eviter les surcharges des données dans les canevas SNIS,</p>	<p>BCZ</p> <p>IT</p>
<p>OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)</p>				
	<p>Indisponibilité de protocoles écrits sur comment analyser et désagréger les données</p> <p>Rupture en registre de consultation</p> <p>Absence d'infographies au mur</p>		<p>Rendre disponible les protocoles sur comment analyser et désagréger les données</p> <p>Elaborer un bon de commande des outils de gestion et le déposer au BCZ</p> <p>Tracer et afficher au mur le tableau de bord des indicateurs paludisme</p>	<p>DPS/BCZS</p> <p>IT</p> <p>IT</p>

	<p>Faible Analyse de données paludisme dans l'aire de santé</p> <p>Non existence d'un rapport de suivi des décisions /recommandations</p>		<p>Intégrer les indicateurs de Lutte Antipaludique dans les présentations de réunions de monitoring à la base</p> <p>Dresser une liste synthèse des décisions l'afficher au mur et le compléter mensuellement</p> <p>Accompagner la structure lors de réunion de monitoring à la base</p>	<p>IT</p> <p>IT</p> <p>ECZ</p>
OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances				
	<p>Présences de données discordantes entre le RMA et le DHIS2</p> <p>Non maitrise du mode de calcul des indicateur clés de la LAP</p>	<p>Les équipes visitées ont été renforcées en capacité sur le mode de calcul des indicateurs de LAP.</p> <p>Les équipes visitées ont été renforcées en capacité sur le</p>	<p>Faire la triangulation des données avant de les transcrire dans le canevas SNIS</p> <p>Briefer les IT sur le mode de calcul des indicateurs clés de la LAP</p>	<p>IT</p> <p>ECZS</p>

		mode de calcul des indicateurs de LAP.	Renforcer les prestataires en capacités sur la définition de cas	ECZS
OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2				
	Les données à problèmes ont été relevés	La triangulation a été faite pour identifier les vrai données	Corriger les données avec l'IT	ECZS/DATA et IS

I. CS MUBALA

Forces	Faiblesses	Actions	Recommandations	Responsable
OS1. Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et promptitude (services de base, SIGL FOSA, BCZS, HGR, CS, surveillance épidémiologique)				

<p>Bonne complétude des données sur DHIS2 soit 100 %</p> <p>Bon archivage des outils de collecte et gestion des données et une promptitude de 100%</p>	<p>Une seule personne formée en SNIS harmonisé/DHIS2 sur les 7 que compte le CS</p>	<p>Un briefing sur le remplissage des outils a été fait aux membres de la Structure</p>	<p>Remplir correctement les outils de collecte de données</p>	<p>IT</p>
<p>OS2. Evaluer le niveau de collecte (la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion des données SNIS), analyse et utilisation des données (affichage des données, tenue de réunion de validation des données)</p>				
<p>Outils de collecte et gestions de données disponibles</p> <p>Existence des outils standards de collecte et de rapportage des données en quantité suffisante ;</p> <p>Existence d'un carnet de quantification des besoins en outils de gestion des données ;</p>	<p>Inexistence de protocoles servant à analyser et à désagréger les données</p> <p>Non existence d'un rapport de suivi des décisions /recommandations</p> <p>Non disponibilité des retro informations du BCZ vers le CS</p>		<p>Rendre disponible les protocoles sur comment analyser et désagréger les données</p> <p>Dresser une liste synthèse des décisions l'afficher au mur et le compléter mensuellement</p> <p>Envoyer les retro informations au CS</p>	<p>DPS/BCZS</p> <p>IT</p> <p>BCZ</p>

<p>Existence des comptes rendus d'analyses et validation des données à la base pour la période concernée ;</p> <p>Existence des affichées aux murs</p> <p>Bon archivage et disponibilités des rapports d'activités Disponibilité des TDR pouvant couvrir trois mois ;</p>	<p>Rupture en SP ;</p>		<p>Placer la commande au BCZS</p>	<p>IT</p>
<p>OS3. Analyser avec les supervisés les performances des indicateurs phares de la lutte anti paludique avec un focus spécial sur les contre-performances</p>				
<p>Maitrise du mode de calcul des indicateurs par l'IT</p>	<p>Quelques discordances observées dans le rapportage des données du canevas SNIS au T3 2021</p>	<p>Nous avons fait la triangulation des données pour voir la conformité, la concordance des données,</p>	<p>Faire la triangulation des données avant de les transcrire dans le canevas SNIS</p>	<p>IT</p>
<p>OS4. Faire le suivi du processus de correction de données du premier Semestre dans le DHIS2</p>				

	Les données à problèmes ont été relevés	La triangulation a été faite pour identifier les vraies données	Corriger les données avec l'IT	ECZS/DATA et IS
--	---	---	--------------------------------	-----------------

Plan de remédiation

N°	Problèmes	Cause probables	Solutions/Recommandations	Responsable	Echéance
1	❖ Notification des plusieurs cas des paludismes grave chez les enfants de moins de 5 ans dans l'aire de Santé de LUKALABA EST	❖ Séquestration des malades par les Tradipraticiens ; ❖ Arrivés tardif au CS par les parents des enfants malades	❖ Tenir une réunion avec les tradipraticiens de l'aire de Santé pour l'harmonisation ; ❖ Sensibiliser les parents à amener les enfants avec fièvre au CS et en évitant l'automédication.	❖ MCZ/APA ❖ RECOS	❖ IMMEDIATE ❖ IMMEDIATE
2	❖ Faibles performances en SP2, en testing de cas et PEC dans la ZS de KASANSA	❖ Rupture en intrants de LAP pendant la période	❖ Approvisionner les ZS en tenant compte de leurs commandes	❖ CHEMONICS	❖ IMMEDIATE
3	❖ Incohérence des données entre les intrants déclarés et le SIGL dans tous les CS	❖ Faible analyse des données de lutte contre le paludisme ;	❖ Analyser les données de LAP à la base	❖ IT	❖ T4 2021
4	❖ Manque d'analyse des indicateurs de la lutte contre le paludisme lors du monitoring	❖ Non appropriation de la lutte contre le paludisme par les IT.	❖ Sélectionner les indicateurs clés de lutte contre le paludisme à suivre lors du monitoring	❖ IT	❖ T4

IV. CONCLUSION

La mission de supervision conjointe PNL-PEASURE Malaria s'est bien déroulée dans les ZS ciblées et ça été dans un apport bénéfique pour les infirmiers titulaires qui se sont décidés de tenir compte des différentes observations pour l'amélioration des indicateurs de lutte contre le paludisme.

Le PNLP remercie sincèrement le PTF Measure Malaria pour son appui sans lequel cette mission n'aurait pas eu lieu.

Fait à Mbuji-Mayi, le 01 Novembre 2021

Par DR Joseph KALOMBO LUNDA

MCP/PNLP-K. OR

Dr Astrid KAPINGA MUYOMBO

CP PMM- K.OR

