



République Démocratique du Congo  
Ministère Provincial de l'éducation, Santé et relations avec le Parlement  
Division Provinciale de la Santé

**Lualaba**

SUPERVISION CONJOINTE DANS LES ZONES DE SANTE  
DE DILALA, BUNKEYA ET FUNGURUME

## **RAPPORT SYNTHÈSE**

**Par**

Gérard MWAMBU, Chef de Division Provinciale de la Santé  
Guerry MUTHUNDA, Data Manager PNL P Lualaba  
Stanley MUSUMBA, Provincial SM&E Advisor PMM

**Octobre 2021**

# RESUME

La mission de 8 jours a eu pour objectif de contribuer à l'amélioration de la santé de la population à travers le renforcement des capacités des différents acteurs du niveau périphérique dans la gestion des données sanitaires de qualité.

Dans l'ensemble, 3 ZS ci-dessous ont été supervisées choisies sur base de leurs performances après les réunions mensuelles d'analyse des données dont celle du mois d'août 2021 à savoir :

- ✓ ZS Bunkeya : BCZS, HGR BUNKEYA, CS KIKOBE et CS M'SIRI 1<sup>er</sup> ;
- ✓ ZS Fungurume : BCZS, CSR DIPETA, CS MPALA et CS KASOLONDO ;
- ✓ ZS Manika : BCZS, HGR Mwangeji, CSR KASULU et CSR MANIKA MARCHE.

Les principaux résultats suivants ont été notés :

- Bonne réalisation des recommandations formulées 54 réalisées sur 64 soit 87,2% >50,6% au T4 2021 dans l'ensemble avec le CSR Dipeta de la ZS Fungurume au bas de l'échelle 0 % de réalisation ;
- Bonne évolution des données corrigées : 0 règles violées à Manika et Fungurume et 7 seulement à Bunkeya contre 19 soit 8% de ratio au T3 ;
- Faible analyse des données collectées à la base dans la quasi-totalité des zones de zones de santé supervisées ;
- Taux de positivité aux TDRs comme à la GE très élevé au tour de 75% en moyenne ;
- Inexistence des fiches de stock dans certaines FOSA (M'siri 1<sup>er</sup> et Mpala);
- Faible maîtrise du calcul de la cible et quantification des besoins en intrants ;
- Non tenue des réunions de quantification des médicaments ;
- Livraison de l'Artésunate injectable dans tous les centres de santé (ZS BUNKEYA) avec comme conséquence, le non-respect de la politique nationale ;
- Absence du tableau de bord de bord affiché pour les indicateurs Palu ;
- Faible analyse des données du rapport SNIS, qualité des CS et performance de l'équipe cadre de la ZS ;
- Faible complétude globale des rapports (les REH et les rapports BCZS) ont tiré les autres DATA Set vers le bas ;
- Rupture des outils de collecte et transmission des données dans la plupart des structures visités (en particulier les registres) ;
- Faible proportion des agents du BCZS et HGR capables d'analyser les données à la base ;
- Absence des retro informations écrites adressées aux FOSA ;

- Approvisionnement des outils SNIS dans toutes les ZS visitées avec accusé de réception.

Eu égard à tout ce qui précède, l'implication de toutes les parties prenantes (DPS, PTF, BCZS et FOSA) dans la mise en œuvre du plan de correction produit avec les prestataires s'avère indispensable.

## I. Contexte et Justification

La Province du Lualaba fait partie des 9 provinces de la RDC bénéficiant de l'appui de l'USAID PMI via plusieurs partenaires dont Measure Malaria ayant pour mandat d'Assistance Technique et le Renforcement du Système de santé (Surveillance, suivi-évaluation).

Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions de lutte, le PNLP a développé un plan stratégique articulé essentiellement sur la prévention et la prise en charge ainsi que des activités d'appui notamment la surveillance épidémiologique. Cette dernière constitue l'un des piliers contenus dans la stratégie technique mondiale et de ce fait le PNLP-RDC fait de la surveillance l'une des priorités du PSN en cours de mise en œuvre pour la production et l'utilisation des données de qualité. Ainsi, avec l'appui de ses partenaires, le PNLP implémente les activités liées à la surveillance axée sur le SNIS de routine, la surveillance intégrée des maladies ainsi que le site sentinelles. Les résultats obtenus en 2020 au sein de la province du Lualaba ont fait état d'une faible couverture en MILD distribuées en routine chez les femmes enceintes avec 68,2% de taux de couverture en TPI2 chez les femmes enceintes ; 59976 MILD ont été distribuées à la CPN sur 132400 femmes ayant été reçu à la CPN1 soit une couverture de 45,3% et 19706 MILD distribuées à la CPS sur 88677 enfants de moins d'une année ayant reçu le VAR soit 22,2% de couverture. La production des données de qualité permettant de mesurer avec exactitude l'impact des interventions et à guider les décisions repose sur la disponibilité d'un système de suivi et l'évaluation dynamique et viable. Au cours de l'année 2020, la province du Lualaba a enregistré une bonne disponibilité des données des soins de santé primaires de la lutte contre le paludisme, soit taux de complétude de 96,2% pour le Data set Services de Base où on a noté plusieurs règles violées tant dans les données liées aux interventions autres que celles liées à la gestion des commodités de lutte contre le paludisme.

Au vu de tous ces problèmes ci-haut évoqués et en tenant de compte de leur position prioritaire dans la province, la DPS Lualaba via le service provincial de lutte contre le Paludisme se propose d'une descente conjointe sur terrain avec son partenaire Measure Malaria dans 3 Zones de Santé (Manika, Fungurume et Bunkeya) pour un accompagnement en présentiel afin de les aider à améliorer les performances du programme dans leurs entités respectives.

C'est dans ce cadre que ces TDRs de supervision formative présentant les objectifs, les résultats attendus et la méthodologie ont été élaborés. Ces TDRs ont présenté les objectifs, les résultats attendus et la méthodologie devant guider cette mission de supervision formative conjointe dans les zones de santé ciblées.

## **II. OBJECTIFS GENERAL**

### **2.1. Objectif général**

Contribuer à l'amélioration de la santé de la population à travers le renforcement des capacités des différents acteurs du niveau périphérique dans la gestion des données sanitaires de qualité.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- ✓ Assurer le suivi des recommandations de la supervision antérieure (T1 2021) ;
- ✓ Assurer le suivi de la mise en œuvre des résolutions du plan de redressement de la revue du premier semestre 2021 ;
- ✓ Approvisionner les outils SNIS aux ZS (Dilala, Manika, Dilala, Lualaba, Fungurume et Bunkeya) ;
- ✓ Analyser le niveau de fonctionnalité du SNIS et de la base des données DHIS2 (Suivi du taux performance de rapportage (data Quality) au niveau de la Zone de santé, disponibilité et utilisation des outils de collecte et rapportage des données épid et GAS, en évaluant aussi l'utilisation des données produites au niveau des DPS ciblées (DPS, BCZS, CS) ;
- ✓ Appuyer les Equipes Cadres des Zones de santé et prestataire des FOSA dans la compréhension, l'analyse et l'interprétation des indicateurs paludisme ;
- ✓ Trianguler les données issues des documents sources et celles de transmission des données SIGL ;
- ✓ Appuyer au niveau BCZ et CS la mise en place d'un plan de correction de toutes les distorsions identifiées tant sur le volet gestion de l'information sanitaire que sur la mise en œuvre des interventions antipaludiques.

## **III. RÉSULTATS ATTENDUS**

- ✓ le suivi des recommandations de la supervision antérieure (T1 2021) est assuré ;
- ✓ le suivi de la mise en œuvre des résolutions du plan de redressement de la revue du premier semestre 2021 est assuré ;
- ✓ les outils SNIS sont approvisionnés aux ZS (Dilala, Manika, Dilala, Lualaba, Fungurume et Bunkeya) ;
- ✓ le niveau de fonctionnalité du SNIS et de la base des données DHIS2 (Suivi du taux performance de rapportage (data Quality) au niveau de la Zone de santé, disponibilité et utilisation des outils de collecte et rapportage des données épid et GAS, en évaluant aussi l'utilisation des données produites au niveau des DPS ciblées (DPS, BCZS, CS) est analysé ;
- ✓ les Equipes Cadres des Zones de santé et prestataire des FOSA dans la compréhension, l'analyse et l'interprétation des indicateurs paludisme sont appuyées ;
- ✓ les données issues des documents sources et celles de transmission des données SIGL sont triangulées ;

- ✓ la mise en place d'un plan de correction de toutes les distorsions identifiées tant sur le volet gestion de l'information sanitaire que sur la mise en œuvre des interventions antipaludiques sont appuyées au niveau BCZ et CS.

#### **IV. APPROCHE METHODOLOGIQUE**

##### **4.1. Sites à visiter**

4 zones de santé seront visitées à savoir : Dilala, Manika, Fungurume et Bunkeya.

##### **4.2. Technique**

- ❖ Interview ;
- ❖ Observation ;
- ❖ Revue documentaire ;
- ❖ Démonstration technique.

##### **4.2. PHASE PREPARATOIRE**

- ❖ Tenue d'une réunion préparatoire de la mission au niveau de la DPS (PNLP) ;
- ❖ Colisage des outils par ZS et élaboration des BL ;
- ❖ Elaboration, préparation du TDR conjoint et des outils d'évaluations ;
- ❖ Mobilisation des ressources et finalisation des formalités administratives.

##### **4.3. PHASE D'EXECUTION**

- ❖ Visite de courtoisie aux notabilités locales ;
- ❖ Livraison des outils SNIS aux BCZS ;
- ❖ Réunion technique avec les ECZS et CODI ainsi qu'autres prestataires ;
- ❖ Activités proprement dites avec les prestataires structures évaluées.

##### **4.4. PHASE POST-EXECUTION**

- ❖ Rédaction du rapport sur l'activité de supervision ;
- ❖ Restitution et diffusion des résultats aux ECZS ;
- ❖ Transmission des livrables au bureau ressource DPS et copie à l'appui technique.

#### **V. DUREE :**

La mission s'est déroulée du 20 au 27 octobre 2021. Chaque zone de santé fera sujette de 3 jrs de travail dont 1 Jour au BCZS pour les civilités et restitution, 2 CS, 1 HGR.

**Tableau 1 : Répartition des sites visités par zone de santé, T4 2021**

<b>AXES</b>	<b>Noms et Post Noms</b>	<b>Institution</b>	<b>Fonction</b>
Manika	Dr Gérard MWAMBU	DPS	CDPS
	Stanley MUSUMBA	PMM	CP PMM
Bunkeya et Fungurume	Guerry MUTHUNDA	PNLP	Data Manager PNL
	Stanley MUSUMBA	PMM	CP PMM

## **V. DOCUMENTS DE SOUTIEN**

- ✓ Rapports antérieurs de supervision ;
- ✓ Rapports SNIS des ZS ;
- ✓ Grille de supervision CS, HGR et BCZS ;
- ✓ Base Excel et DHS2.

## VI. CONSTATS PAR RAPPORT A LA MISSION CONJOINTE

BCZS/FUNGURUME			
Points Forts	Points à améliorer	Actions Menées	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence des rapports de supervision pour la période concernée</li> <li>▪ Bonne complétude des services de base, secondaires et autres data set avec une moyenne de 97%</li> <li>▪ Rapports de réunions de monitoring mensuel archivés au BCZS</li> <li>▪ Disponibilité des comptes rendus des réunions préparatoires de supervision</li> <li>▪ Disponibilité des calendriers de supervision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les objectifs spécifiques ne sont pas concordants avec les résultats attendus dans les rapports de supervision</li> <li>▪ Faible qualité de supervision avec disparité des objectifs dans les différents rapports</li> <li>▪ Les activités liées au paludisme ne sont pas ressorties parmi les objectifs de la supervision</li> <li>▪ Registre de gestion des erreurs non disponible</li> <li>▪ Le tableau de bord des indicateurs paludisme inexistant</li> <li>▪ Faible complétude des rapports de la surveillance (- de 30%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner les explications sur l'importance de faire la supervision interne de gestion des MEG</li> <li>▪ Briefing sur l'analyse des données/triangulation</li> <li>▪ Disponibilité des indicateurs paludisme pour l'élaboration du tableau de bord ;</li> <li>▪ Les outils SNIS ont été rendus disponibles au BCZS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que les résultats attendus dans les rapports de supervision concordent avec les objectifs spécifiques</li> <li>▪ Tous les rapports de supervision doivent être censurés par l'ISSSP avant toute approbation par le MCZS</li> <li>▪ Intégrer les activités liées au paludisme parmi les objectifs spécifiques de la supervision</li> <li>▪ Rendre disponible le registre de gestion des erreurs</li> <li>▪ Elaborer et afficher le tableau de bord des indicateurs paludisme.</li> </ul>
CSR DIPETA			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilité du RUMER en soft</li> <li>▪ Existence des registres consultation externe et CPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune recommandation réalisée de supervisions antérieures</li> <li>▪ Registre CPN pas normé et mal rempli</li> <li>▪ Registre de consultation externe mal rempli</li> <li>▪ Tableau des indicateurs paludisme inexistant</li> <li>▪ Mauvais archivage des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accompagnement de la préposée à la pharmacie sur le remplissage correct du RUMER</li> <li>▪ Disponibilité des indicateurs paludisme pour l'élaboration du tableau de bord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exécuter toutes les recommandations de supervisions antérieures laissées</li> <li>▪ Rendre disponible le registre de CPN normé et le remplir correctement</li> <li>▪ Remplir correctement le registre de consultation externe</li> <li>▪ Elaborer et afficher le tableau des indicateurs paludisme</li> <li>▪ Améliorer l'archivage des différents</li> </ul>



	documents sources (collecte, compilation et transmission)		documents sources
<b>CS MPALA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilité de certains outils de gestion des données normés</li> <li>▪ Bonne complétude et promptitude des rapports transmis au niveau supérieur (DHIS2)</li> <li>▪ Bonne performance du taux de positivité (autour de 20%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mauvais archivage des documents sources (pas de classeurs, échéancier,)</li> <li>▪ Inexistence des fiches de stock de tous les items</li> <li>▪ Date de réception du rapport SNIS au BCZS</li> <li>▪ Tableau de bord des indicateurs intégrés non rempli complètement</li> <li>▪ Trop des ratures et surcharges dans les rapports mensuels d'activité</li> <li>▪ Rapports mensuels d'activité non exhaustif</li> <li>▪ Faible tenue des réunions d'analyse des données à la base</li> <li>▪ Mauvais remplissage des différents documents sources</li> <li>▪ Faible complétude des REH (évolution en dent de scie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expliquer les procédures correctes du remplissage des différents outils de collecte, compilation et transmission (RUMER, registre CPN, registre des consultations curatives,)</li> <li>▪ Donner les explications sur l'importance du tableau de bord des indicateurs Paludisme</li> <li>▪ Briefing sur l'analyse des données/triangulation</li> <li>▪ Disponibilité des indicateurs paludisme pour l'élaboration du tableau de bord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Améliorer l'archivage des différents documents dans la FOSA</li> <li>▪ Rendre disponible les fiches de stock des items</li> <li>▪ Transmettre les deux rapports mensuels au BCZS pour l'accusé de réception</li> <li>▪ Renseigner toutes les cases du rapport mensuel en les remplissant complètement</li> <li>▪ Remplir correctement les différents documents sources</li> <li>▪ Tenir régulièrement les réunions d'analyse des données</li> <li>▪ Afficher le tableau de bord des indicateurs paludisme</li> </ul>
<b>CSR KASOLONDO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilité des documents sources normés dans la FOSA</li> <li>▪ Bonne complétude et promptitude</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tableau de bord des indicateurs paludisme non affiché</li> <li>▪ Faible analyse des données à la base</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Briefing sur les procédures correctes du remplissage des différents outils de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afficher le tableau de bord des indicateurs paludisme et le mettre à jour</li> <li>▪ Analyser les données à la base et en équipe avant la transmission au BCZS</li> </ul>

des rapports mensuels (DHIS2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents sources mal remplis</li> <li>▪ Fiches de stock des différents Items non disponibles</li> <li>▪ Rapport périodique élaboré par une seule personne</li> <li>▪ Faible maîtrise de calcul des cibles et de la quantification de besoin en MEG</li> </ul>	<p>collecte, compilation et transmission (RUMER, registre CPN, registres des consultations curatives,...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avons rendu disponible les indicateurs paludisme pour l'élaboration du tableau de bord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborer le rapport périodique en équipe</li> <li>▪ Remplir correctement et complètement les différents outils sources (registres, SNIS, ...)</li> <li>▪ Rendre disponible les fiches de stock des différents Items et les mettre à jour</li> </ul>
<b>BCZS/BUNKEYA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des rapports mensuels d'activité avec date de réception ;</li> <li>• Existence des rapports de supervision pour la période ;</li> <li>• Existence des rapports de monitoring ;</li> <li>• Bonne exécution des recommandations (80%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de supervision non affiché ;</li> <li>• Tableau de bord des indicateurs paludisme non élaboré et affiché ;</li> <li>• Suivi des activités paludisme non intégrées dans les objectifs de la supervision ;</li> <li>• Faible complétude de REH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous avons procédé au briefing des membres sur l'analyse des données par l'approche CCEAP ;</li> <li>• Nous avons disponibilisé les indicateurs paludisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afficher le plan de supervision ;</li> <li>• Elaborer et afficher le tableau de bord des indicateurs paludisme ;</li> <li>• Intégrer les activités paludisme parmi les objectifs de la mission de supervision ;</li> <li>• Améliorer la complétude de REH.</li> </ul>
<b>HGR BUNKEYA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des outils de gestion ;</li> <li>• Disponibilité des RMA pour le T3 2021 ;</li> <li>• Registre CPN correctement rempli.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discordance entre les TDRs réalisés et TDRs consommés (SIGL_FOSA) ;</li> <li>• Discordance entre gouttes épaisses réalisées et cas suspects ;</li> <li>• Discordance des données entre les cas paludisme grave traités selon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Briefing de l'équipe sur l'analyse des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyser correctement les données avant leur transmission au BCZS</li> <li>• Respecter le délai de transmission des RMA</li> <li>• Remplir correctement, complètement le RUMER et le mettre à jour</li> <li>• Améliorer le niveau d'exécution des recommandations</li> </ul>

	<p>la politique nationale et les intrants consommés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RMA incomplètement remplis et transmis en retard ;</li> <li>• Faible réalisation des recommandations issues des missions passées ;</li> <li>• RUMER non à jour et mal rempli.</li> </ul>		
<b>CSR M'SIRI 1<sup>er</sup></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne complétude et promptitude des rapports (100%)</li> <li>• Disponibilité des outils de gestion (RUMER, registre CPN, registre de consultation, quelques fiches de stock des MEG, rapports SNIS)</li> <li>• Bonne exhaustivité des données dans les rapports SNIS d'une manière générale</li> <li>• Data set SIGL_FOSA complètement rempli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canevas SNIS utilisé non approprié pour un CSR (canevas CS à lieu et place du canevas de l'hôpital) ;</li> <li>• Le RUMER est non à jour</li> <li>• Taux de positivité au TDRs très élevé (<math>\pm 80\%</math>) ;</li> <li>• Faible maîtrise de la préposée à la pharmacie sur la gestion en MEG</li> <li>• Tableau de bord des indicateurs paludisme non disponible ;</li> <li>• Registre CPN mal rempli</li> <li>• Mauvais archivage des fiches de stock (<i>fiches de stock TDR, MILD, SP non disponibles</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Briefing sur la meilleure façon d'arranger les médicaments dans le RUMER selon le data set SIGL_FOSA ;</li> <li>• Briefing sur la méthodologie d'analyse des données avec l'approche CCEA_P ;</li> <li>• Disponibilisation des indicateurs paludisme pour l'élaboration du tableau de bord.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passer la commande des outils de gestion au BCZS d'un paquet complet d'activités ;</li> <li>• Mettre à jour le RUMER ;</li> <li>• Accompagner la nouvelle préposée à la pharmacie dans la bonne gestion des médicaments et tenue à jour les outils ;</li> <li>• Remplir correctement le registre CPN ;</li> <li>• Afficher le tableau de bord des indicateurs paludisme ;</li> <li>• Rendre disponible et mettre à jour les fiches de stock de TDR, MILDs et SP.</li> </ul>
<b>CS KIKOBE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des outils de gestion des données sources</li> <li>• Bonne complétude des rapports</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible réalisation des recommandations formulées précédemment ;</li> <li>• RUMER non à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explications sur l'importance du registre d'accueil et son mode de remplissage ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer le niveau de réalisation des recommandations formulées ;</li> <li>• Mettre le RUMER à jour ;</li> <li>• Utiliser et mettre à jour le registre d'accueil ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne exhaustivité des données de tous les data set</li> <li>• Fiches de stock des intrants de la LAP disponibles dans la structure et à jour</li> <li>• Items rangés dans le RUMER par thématiques selon les normes du SIGL_FOSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre d'accueil non utilisé bien qu'existant ;</li> <li>• Discordance des données collectées entre les différents documents sources ;</li> <li>• Mauvais remplissage des outils (écriture illisible et surcharge dans les documents sources) ;</li> <li>• Réunions d'analyse des données à la base non tenues avec toutes les parties prenantes ;</li> <li>• Cumul des feuilles précédentes non reporté sur les feuilles suivantes dans les différents registres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappel sur la classification des outils de gestion des données sanitaires ;</li> <li>• Briefing sur l'organisation d'une réunion d'analyse par l'approche CCEA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à la vérification des données collectées dans les différents documents sources avant la transmission ;</li> <li>• Remplir lisiblement et correctement (sans surcharge) les documents sources ;</li> <li>• Organiser et tenir régulièrement les réunions d'analyse des données à la base avec toutes les parties prenantes ;</li> <li>• Procéder au report de cumul des feuilles précédentes à chaque début du mois sur les feuilles suivantes.</li> </ul>
<b>BCZS MANIKA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité du superviseur PNLP ;</li> <li>• Ecoute attentive ;</li> <li>• Superviseur formé en InfoMed ;</li> <li>• Superviseur briffé en DHIS2 ;</li> <li>• Capacité d'analyse des données SNIS et DHIS2 ;</li> <li>• Disponibilité de la base excel et partager avec le PNLP provincial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• documentation de recommandations antérieures dans un document ad hoc archivé</li> <li>• Rapport de préparation de la revue mensuelle</li> <li>• Incohérence entre données saisies dans DHIS2 avec des données dans SNIS transmis par les FOSA</li> <li>• Insuffisance d'encodage des</li> </ul>	<p>Exploitation ensemble avec le superviseur du logiciel DHIS2 et InfoMed afin de partager les incohérences et voir comment il faut les corriger après encodage.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser les données PNLP après encodage et corriger le cas échéant ;</li> <li>- Initier des feed back sur la complétude des données sur la gestion des médicaments dans le SNIS ;</li> </ul> <p>Resp. PF PNLP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre disponible l'outil informatique au Superviseur PNLP pour la rentabilité du service.</li> </ul> <p>Resp/ MCZS</p>

<p>chaque mois ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des SNIS remplis du mois de Avril- Mai et Juin 2021 ;</li> <li>• Volonté de mettre à jour les données dans InfoMed et DHIS2 ainsi que la correction des règles violées dans DHIS2.</li> </ul>	<p>données dans DHIS2 et InfoMed ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SNIS transmis avec des cases vides sur la gestion des médicaments ;</li> <li>• Difficulté de suivre la gestion des médicaments dans l'InfoMed par insuffisance de rapportage dans le SNIS.</li> </ul>		
<b>HGR MWANGEJI</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de l'équipe de Direction ;</li> <li>- Disponibilité des SNIS avril, Mai et Juin 2021 ;</li> <li>- Disponibilité des registres de consultation, CPN et fiches de consultation ;</li> <li>- Disponibilité des médicaments et autres intrants de lutte contre le paludisme dans la structure ;</li> <li>- Existence du cahier de supervision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de mise en œuvre et suivi des recommandations antérieures ;</li> <li>- Pas de tableau de bord des indicateurs paludisme affiché ;</li> <li>- Le canevas SNIS non rempli complètement ;</li> <li>- Incohérence des données entre SNIS et DHIS2 ;</li> <li>- Pas d'analyse des données avant transmission au BCZS ;</li> <li>- Rupture et menace de rupture des ASQ adulte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Briefing sur le remplissage correct des différents outils de collecte, compilation et transmission (RUMER, registre CPN, registre consultations curatives,)</li> <li>- Avons expliqué et rendu disponible les indicateurs clés du paludisme pour l'élaboration et affichage du tableau de bord.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un plan de mise en œuvre des recommandations issues des supervisions reçues et les réaliser complètement ;</li> <li>- Afficher et mettre à jour le tableau de bord des indicateurs Paludisme ;</li> <li>- Remplir correctement et complètement les différents registres en utilisant le manuel de remplissage ;</li> <li>- Faire des analyses des données en équipe avant leur transmission au niveau hiérarchique ;</li> <li>- Passer la commande au BCZS des antipaludiques manquants ;</li> <li>- S'approprier les normes relatives à la politique nationale.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de commande en cours pour les antipaludiques en rupture ;</li> <li>- Insuffisance d'exploitation des normes de la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme.</li> </ul>		
<b>CSR KASULO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de l'équipe du CS ;</li> <li>- Disponibilité des outils de collectes et transmission des données (Fiches de consultation, différents registres (Consultation, CPN,...) ;</li> <li>- Disponibilité des médicaments et autres intrants de lutte contre le paludisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible réalisation des recommandations formulées lors des supervisions antérieures ;</li> <li>- Pas de tableau de suivi des indicateurs PNLP ;</li> <li>- Pas de protocole de prise en charge du Paludisme affiché ;</li> <li>- Utilisation systématique des TDR dans la structure ;</li> <li>- Incohérence des données entre Canevas SNIS et DHIS2 ;</li> <li>- Sur stockage de l'artésunate Amodiaquine adulte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nous avons procédé au briefing des membres de l'unité fonctionnelle sur l'analyse des données par l'approche CCEAP ;</li> <li>- Nous avons disponibilisé les indicateurs paludisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un plan de mise en œuvre des recommandations issues des supervisions reçues et les réaliser complètement ;</li> <li>- Afficher et mettre à jour le tableau de bord des indicateurs Paludisme ;</li> <li>- Remplir correctement et complètement les différents registres en utilisant le manuel de remplissage ;</li> <li>- Faire des analyses des données en équipe avant leur transmission au niveau hiérarchique ;</li> <li>- Passer la commande au BCZS des antipaludiques manquants ;</li> <li>- S'approprier les normes relatives à la politique nationale.</li> </ul>
<b>CSR MANIKA MARCHE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infrastructure moderne et équipée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de cahier de supervision ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Briefing sur l'élaboration du plan et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre disponible le cahier de supervision cartonné pour toutes les supervisions reçues</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des SNIS avril-Mai et juin 2021 ;</li> <li>- Disponibilité des registres (consultation externe, CPN etc.)</li> <li>- Disponibilité des fiches de consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rien ne montre l'application de la politique nationale de lutte contre le paludisme ;</li> <li>- Pas d'indicateurs de suivi du paludisme ;</li> <li>- Incohérence des données SNIS et DHIS2 ;</li> <li>- Pas d'analyse des données produites avant la transmission au BCZS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>calendrier de supervision ;</li> <li>- Briefing sur l'analyse des données (triangulation) ;</li> <li>- Briefing sur les indicateurs du Paludisme et leur mode de calcul ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>du niveau supérieur ;</li> <li>- Afficher et mettre à jour les indicateurs clés du paludisme ;</li> <li>- Utiliser le manuel de remplissage des différents registres ;</li> <li>- Analyser les données mensuelles en équipe avant leur transmission au BCZS.</li> </ul>
---	---	---	--

## VII. CONCLUSION

En guise de conclusion nous disons que la mission a été bien réalisée dans toutes les Zones tel que prévue malgré les conditions particulièrement de sa mise en œuvre.

Cependant l'analyse par résultat dégage ce qui suit :

### **Le suivi des recommandations de la supervision antérieure est assuré ;**

Les recommandations formulées par la hiérarchie sont faiblement atteintes car dans la plupart des cas on estime que les recommandations sont pour les autres et une fois formulée les prestataires ne passent pas en revue pour arriver à corriger.

### **Le niveau de fonctionnalité du SNIS et de la base des données DHIS2 (Suivi du taux performance de rapportage (data Quality) au niveau de la Zone de santé, disponibilité et utilisation des outils de collecte et rapportage des données épid et GAS est analysé**

Il y a un progrès noté dans le rapportage de données SNIS nous estimons déjà que la plupart des structures s'alignent à ce logiciel il reste cependant de booster et de veiller que les précités puissent s'impliquer au respect de la promptitude.

### **Les Equipes Cadres des Zones de santé et prestataires des FOSA sont appuyées dans la compréhension, l'analyse et l'interprétation des indicateurs paludisme**

Sur ce point spécifique il a été noté avec regret que l'accompagnement reste insuffisant, les supervisions internes sont quasi inexistantes les ECZS ont tout intérêt à y veiller.

### **La conformité des documents de transaction (BL, PV, FS, ...) dans la gestion des produits de santé de la CDR vers le BCZ est vérifiée**

Il faut souligner que la gestion n'est pas opaque, une des raisons de rupture de stock constamment observé çà et là sans motif valable c'est comme ça que ces outils sont peu utilisés conformément aux normes recommandées.

### **La conformité des documents de transaction (BL, PV, FS, ...) dans la gestion des produits de santé de la CDR vers le BCZ est vérifiée**

Tel que dit précédemment il y a une insuffisance dans l'utilisation de ces outils avec comme impact négatif un flou créer pour des raisons non élucidées par nos collaborateurs.

### **Les livraisons régulières aux Fosa (dernier kilomètre) avec des soubassements normes (Bons de réquisition et Bons livraison) dument signes et archivés au niveau des BCZ et Fosa sont suivies ;**

Dans la plupart des cas le suivi est insuffisant de la part des ECZS on a eu à observer dans certaines structures le dernier passage date il y a 4 mois et avec cette attitude on ne pense pas à améliorer la qualité afin de répondre à l'objectif 2030.



## **VIII. RECOMMANDATIONS GENERALES**

### **8.1 ZONE DE SANTE SUPERVISEE (toutes)**

- Veiller que les rapports des FOSA soient transmis dans le délai cad avant chaque le 7 du mois ;
- Veiller à l'amélioration de la performance de rapportage (amélioration de la promptitude et complétude des rapports dans DHIS2 ainsi qu'à la qualité des données produites...);
- Assurer un suivi par rapport aux recommandations formulées par la hiérarchie ;
- Assurer un suivi dans le monitoring à la base avec un Focus sur la politique nationale paludisme ;
- Veiller que les indicateurs clés du palu soient de mise et affichés dans le service de prestation des services ;
- Visiter chaque structure de responsabilité plus ou moins une fois par mois.

### **8.3 AU SERVICE PROVINCIAL PALUDISME**

- Veiller que toutes les recommandations formulées soient effectivement suivies par les ZS ;
- Avec l'appui de PTF, évaluer le niveau de mise en œuvre à la prochaine supervision 3 mois après.
- Diligenter une mission de RDQA dans les mêmes structures 6 mois après.

### **8.3 AU PTF INTERVENANT DANS LA LAP**

- Continuer à appuyer les missions conjointes dans le but d'améliorer la qualité ;
- Veiller à financer les supervisions dans les ZS à accès difficile prochainement ;
- Augmenter les axes à superviser à 4 pour couvrir les 14 ZS au lieu de 2 comme c'est le cas actuellement.

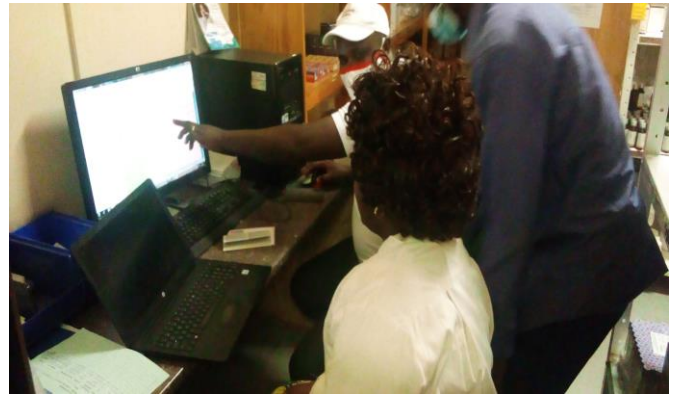
## I. LISTE DES PARTICIPANTS A LA SUPERVISION

N°	Noms & post noms	Institution	Fonction	N° téléphones	email
<b>2.1. superviseurs</b>					
01	Dr Gérard MWAMBU	DPS	CDPS	+243995438234	gerardmwambu@yahoo.fr
02	Mr Guerry MUTHUNDA	PNLP Lualaba	Data manager	+243993767657	dmguerrymuthunda@gmail.com
03	Mr Stanley MUSUMBA	PMI Measure Malaria	Conseiller Prov. SM&E	+243823418603	Stanley.musumbalubaba@gmail.com
<b>2.1. Supervisés</b>					
01	BANZA PITSHOU	CS KASOLONDO	Infirmier titulaire adj.	0822711242	
02	KALENGA Hélène	CS KASOLONDO	Préposé à la pharmacie	0816099510	
03	NKANDU Christian	CS KIKOBE	Infirmier titulaire adj.	0973621411	
04	KASONGONGO KALENGA	CS KIKOBE	Infirmier titulaire	0976620087	
05	NGOIE MAKOLA Faustine	BCZS BUNKEYA	Préposé à la pharmacie	09706744989	faustingenioie44@gmail.com
06	KYUNGU Raymond	BCZS BUNKEYA	ISSSP/PF Palu	0893979113	
07	KAMANDA WA KAMANDA Jean	CSR M'SIRI 1 <sup>er</sup>	Infirmier titulaire	0976438536	
08	KAPYA KAHINDU Carmel	CSR M'SIRI 1 <sup>er</sup>	Préposé à la pharmacie	0990318696	
09	NDAY Prince	BCZS BUNKEYA		0814068318	
10	Dr RUBETU KAYEMBE	HGR BUNKEYA	MDH ai	0995258739	
11	KYUNGU Sylvie	HGR BUNKEYA	Infirmière	0811705533	
12	MWEPU WA NGOY	BCZS BUNKEYA	Superviseur	0977007970	mwepuwangoy@gmail.com
13	Dr MUKEMBE Jacques	BCZS FUNGURUME	MCZS	0823768827	jacquesmukembe@gmail.com
14	DIUR Jean Paul	BCZS FUNGURUME	ISSSP/PF Paludisme	0820364711	jeanpauldiur@gmail.com

## II. QUELQUES IMAGES



*CS MPALA/ZS FUNGURUME*



*HGR DIPETA/ZS FUNGURUME*



*CS KASOLONDO/ZS FUNGURUME*



*CS KASOLONDO/ZS FUNGURUME avec les membres CODESA*



*CSR M'SIRI 1<sup>er</sup>/ZS BUNKEYA*



*CS KIKOBE/ZS BUNKEYA*



*REMISE DES OUTILS A LA ZS BUNKEYA*



*HOPITAL GENERAL DE REFERENCE BUNKEYA*

