



Évaluation du système de surveillance du paludisme en République démocratique du Congo

Résumé exécutif

Janvier 2023

Contexte

L'un des principaux piliers de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, adoptée par la République démocratique du Congo (RDC), est de « *transformer la surveillance du paludisme en une intervention centrale* ». Bien que la surveillance soit un élément clé de la lutte contre le paludisme en RDC, la qualité, la précision et l'utilisation des données sur le paludisme ne sont pas bien évaluées. Les résultats de cette évaluation nous permettront d'avoir une compréhension claire des principales forces et faiblesses du système de surveillance actuel dans le pays, en classant les lacunes les plus critiques par ordre de priorité pour l'action à court terme. Ils permettront au Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) de suivre plus facilement les progrès de la lutte antipaludique et de prendre des décisions basées sur des données pour hiérarchiser les interventions et allouer les ressources plus efficacement.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le système de surveillance épidémiologique du paludisme en RDC afin de le mettre en phase avec la vision du programme. Cette évaluation a pris en compte différents aspects de la surveillance, notamment les systèmes de surveillance entomologique, le système de suivi et d'évaluation des interventions de prévention et de traitement du paludisme (moustiquaire imprégnée à longue durée d'action [MILDA], traitement préventif intermittent [TPI], prise en charge des cas [PEC]) et la chaîne d'approvisionnement en médicaments. Les objectifs spécifiques étaient de :

1. Réaliser un **diagnostic de performance** du système de surveillance pour mesurer la performance du système de surveillance, qui est définie par la qualité des données, leur utilisation et leur représentativité (**domaine 1**).
2. Décrire et évaluer les **aspects contextuels et infrastructurels** du système de surveillance qui peuvent influencer les performances. Cela comprenait une évaluation des secteurs de la santé, des stratégies de surveillance en place, des systèmes d'information utilisés, de la documentation et des directives disponibles, des ressources humaines et financières et d'appui des partenaires, ainsi que des infrastructures (**domaine 2**).
3. Décrire et évaluer les **processus et les aspects techniques** du système de surveillance qui peuvent influencer les performances. Cela comprenait une évaluation des processus, des outils et du personnel impliqués dans le flux et l'utilisation des données depuis l'enregistrement, le rapportage, l'analyse, l'assurance qualité et l'accès, jusqu'à la réponse (**domaine 3**).
4. Décrire et évaluer les **aspects comportementaux** du système de surveillance qui peuvent influencer les performances. Cela comprenait une évaluation des structures de gouvernance en place et la promotion d'une culture de l'information, ainsi que la compétence, la motivation et la responsabilité du personnel impliqué dans la surveillance du paludisme dans un pays (**domaine 4**).

Méthodes

L'évaluation a eu lieu dans quatre provinces : **Haut-Katanga, Kasai Oriental, Lomami et Sud-Kivu**. Elle a adopté une méthode mixte comprenant : a) des entretiens qualitatifs dans les quatre provinces cibles ; b) des enquêtes quantitatives auprès des bureaux centraux de zone de santé (BCZS) et auprès des formations sanitaires (FOSA) et leur relais communautaires (RECO) rattachés ; et c) un audit de la qualité des données de surveillance (registres de consultations, rapport mensuel d'activité [RMA], DHIS2) des FOSA.

Dans chacune des quatre provinces, nous avons stratifié les FOSA publiques selon le niveau de complétude de deux indicateurs principaux du paludisme pendant la période 2018-2020, à partir des données disponibles dans le DHIS2. Trois strates de niveau de rapportage (bas, moyen, haut) ont été créées. Nous avons procédé à un tirage à deux degrés, avec au premier degré les **zones de santé (ZS) (21 au total)**, et au deuxième, les **centres de santé (CS) publics (150 au total)**. De plus, **50 centres de santé de référence/hôpitaux généraux de référence (CSR/HGR)** et **50 centres de santé intégrés (CSI) privés** ont été sélectionnés de manière aléatoire, pour arriver à un total de **250 FOSA**.

L'équipe d'évaluation a mené un entretien semi-structuré avec un responsable de chaque province, le médecin coordonnateur provincial paludisme ou le point focal paludisme. La partie quantitative comprend trois enquêtes. Dans chacune des 21 zones de santé sélectionnées, des questionnaires ont été administrés à un responsable du BCZS, soit le point focal paludisme, le point focal surveillance épidémiologique au niveau de la ZS, ou l'infirmier superviseur des soins de santé primaire (ISSP). L'enquête auprès des FOSA sélectionnées a visé l'infirmier titulaire (IT). Un questionnaire a été administré à un relais de sites de soins communautaires (RECOSITE) rattaché à la FOSA, lorsqu'il en existait. Dans les cas où plusieurs RECOSITES existaient pour une même FOSA, le plus proche de la FOSA a été retenu. Dans chaque FOSA, les équipes de collecte ont procédé à un passage en revue des registres de consultation et des fiches de rapport mensuel afin d'apprécier la qualité des données du paludisme.

Des données relatives aux 250 FOSA sélectionnées pour la période de juin à août 2021 ont été extraites de la plateforme DHIS2 et RMA. À partir de celles-ci, nous avons calculé cinq indicateurs d'audit de la qualité des données : a) **promptitude des rapports** ; b) **complétude des rapports** ; c) **exhaustivité des variables** ; d) **ratio d'exactitude des données** ; et e) **pourcentage des données sous-rapportées, bien rapportées ou sur-rapportées**.

La collecte des données primaires s'est déroulée du 19 novembre 2021 au 9 janvier 2022. Les données quantitatives étaient collectées à l'aide de supports programmés sur des tablettes de marque Samsung Galaxy avec Open Data Kit (ODK) Collect.

Résultats

Diagnostic de performance

- En termes de promptitude, 35 % des FOSA n'ont pas soumis leurs rapports dans les délais.
- L'exhaustivité des variables (définie comme le pourcentage d'indicateurs attendus effectivement disponibles dans les rapports) était estimée à 63 % environ pour

l'ensemble des FOSA. La complétude et l'exhaustivité des rapports étaient plus élevées dans le DHIS2 par rapport aux RMA. La comparaison RMA vs DHIS2 indique, pour sa part, un problème de sous-rapportage des données du RMA. Les données des registres étaient globalement sur-rapportées dans les RMA, et les ratios d'exactitude étaient inférieurs à 90 dans environ 60 % des FOSA, surtout dans les CSI privés.

- L'utilisation des données sur le paludisme demeure un problème ; bien que près de 8 FOSA sur 10 aient organisé 1 à 3 réunions d'examen des données, plus de la moitié n'ont pas produit de rapport.
- Bien que dans le Sud-Kivu nous notons une fréquence de 53 % pour la prise de mesures afin d'augmenter la couverture des interventions ou l'accès aux services, elle demeure encore faible dans l'ensemble (28 %).

Contexte et Infrastructures

- La surveillance du paludisme est essentiellement assurée par les secteurs public et privé, avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF).
- Le système national d'information sanitaire (SNIS), la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) et le système d'information de gestion de la santé (SIGL) sont les trois principaux systèmes de rapportage utilisés tant au niveau des BCZS qu'au niveau des différentes FOSA. La surveillance sentinelle permet de compléter ou pallier les lacunes de ces indicateurs de la surveillance entomologique.
- Moins de 65 % des répondants dans les FOSA ont déclaré disposer des documents ou outils de surveillance dans leur structure ; documents ou outils qui, pour la plupart, sont pourtant estimés disponibles à 80 % et plus dans les BCZS. Seulement 24,7 % des FOSA ont déclaré posséder les guides et directives de surveillance du paludisme.
- Environ 94 % des répondants de toutes les FOSA confondues ont déclaré jouer un rôle dans la collecte et le rapportage des données, 61 % dans l'examen de la qualité des données et 76 % dans l'analyse des données sur le paludisme.
- Près de la moitié des FOSA (environ 46 %) ont jugé le personnel insuffisant pour mener à bien les activités de surveillance. En plus du faible effectif du personnel tant au niveau des BCZS que des FOSA, on assiste à une rotation fréquente du personnel.
- Tous les CSR/HGR, CSI privés et publics utilisent des outils papier pour le rapportage. Le registre de laboratoire est l'outil le moins disponible dans les CSI privés et publics. Globalement, les CSI privés et publics ne disposent presque pas d'un ordinateur, ni d'imprimantes/copieurs, ni d'un accès facile à internet.

Processus et aspects techniques

- Le processus d'enregistrement des données est simple et connu de tous. Le data manager et l'ISSP sont souvent chargés de l'enregistrement des données au sein des BCZS. Dans les FOSA, cette responsabilité incombe le plus souvent au personnel infirmier (87,6 %). L'enregistrement des données sur les cas de paludisme se fait principalement

à une fréquence quotidienne pour la plupart des FOSA (62,6 %) et mensuelle pour la plupart des BCZS (52,4 %). Les défis relevés incluent l'insuffisance ou l'indisponibilité d'un matériel de travail, l'insuffisance du personnel, le faible niveau de formation, la surcharge de travail, le manque de motivation financière et l'indisponibilité des outils utilisés pour l'enregistrement.

- Le processus de rapportage des données est bien connu de tous. Une copie du dernier canevas SNIS transmis était disponible dans environ 80 % des FOSA, et il en est de même en ce qui concerne la conformité de ces canevas SNIS au modèle standard.
- La fréquence de transmission des données relatives au paludisme est à la fois hebdomadaire et mensuelle pour les BCZS et les FOSA, mais est en majeure partie mensuelle pour les sites de soins communautaires (SSC).
- Le téléphone mobile reste le canal le plus utilisé par toutes les FOSA, et internet l'est pour les BCZS. Les RECOSITES recourent à d'autres moyens, comme la marche à pied, le vélo et la moto, pour transmettre leurs données. Le véhicule est utilisé à 40 % dans le Haut-Katanga,
- Le niveau de compréhension des indicateurs ainsi que la clarté du processus de communication des données sont des aspects faibles du processus de transmission, présentant un score de 3,7 sur 5 en moyenne.
- Les défis sont l'absence ou la faible intensité de la connexion internet, surtout dans les BCZS (81 %) pour le DHIS2, un véritable manque de moyens de déplacement pour le dépôt des rapports aux BCZS, de longues distances à parcourir par les prestataires pour pouvoir transmettre ces rapports, le matériel de travail inadapté ou insuffisant dans toutes les structures, la faible motivation financière et la surcharge de travail, le faible niveau de formation des prestataires au niveau des FOSA, les formations rares, une forte instabilité du nombre de personnes formées, l'insuffisance des ressources matérielles telles que les outils de collecte de données, et l'instabilité du réseau internet.
- Le processus d'analyse de données est connu de tous. Environ 10 % des FOSA ne réalisent pas d'analyse de données qui, en outre, se limitent pour la plupart aux analyses mensuelles. Les analyses hebdomadaires sont peu fréquentes, et les analyses trimestrielles pratiquement inexistantes. La quasi-totalité des FOSA n'utilisent aucun outil automatisé ou informatique pour analyser les données du paludisme. Les indicateurs calculés lors des analyses peuvent être classés en trois principales catégories de prévention, le diagnostic et la prise en charge et l'impact. Le calcul des besoins en stock (combinaison thérapeutique à base d'artémisinine [CTA]/test de diagnostic rapide [TDR]) et l'analyse des tendances des cas de paludisme et des décès sont pris en compte lors des analyses dans certaines formations sanitaires et BCZS. Au niveau provincial, des bulletins épidémiologiques sont produits chaque trimestre ; au niveau opérationnel, des présentations, des tableaux synoptiques et des rapports d'activité sont réalisés mensuel, autant dans les BCZS que dans les FOSA. Le rapport d'activité est le principal produit des analyses dans 90 % des CS publics enquêtés.

- Les défis relatifs à l'analyse des données sont la qualité des données, l'accès aux données des années antérieures pour faire des comparaisons et voir les tendances, l'insuffisance de personnel formé à l'analyse des données, la rotation fréquente du personnel, et l'indisponibilité du matériel nécessaire à l'analyse des données dans certaines FOSA.
- Pour l'assurance qualité, 91 % des BCZS et 79 % des FOSA reçoivent un feedback sur leurs données transmises, à une fréquence majoritairement mensuelle pour les FOSA (73 %), mais sans fréquence fixe de réception pour les BCZS (42 %). Les réunions de validation des données et l'audit de la qualité des données sont les deux procédures utilisées au niveau provincial pour assurer la qualité des données. La réunion de monitoring constitue la procédure privilégiée d'assurance qualité des données sur le paludisme pour les BCZS et les CS, tant privés que publics. Au niveau provincial, les réunions de validation des données doivent se tenir chaque semaine, puis chaque mois et chaque trimestre. Mais certaines provinces, faute de financement, accusent de grands retards des réunions de validation des données qui doivent se tenir chaque semaine, puis chaque mois et chaque trimestre. Au niveau des FOSA, les réunions d'examen des données se tiennent le plus souvent à un rythme mensuel dans tous les types de FOSA, et dans toutes les provinces pour les CS publics. Les audits dépendent le plus souvent du financement des partenaires, qui n'est malheureusement pas toujours disponible.
- L'insuffisance du matériel de travail et/ou l'indisponibilité d'un matériel adapté impactent la qualité des données.
- Pour ce qui concerne l'accès aux données, 90 % et plus du personnel des BCZS et des FOSA peuvent accéder aux données, la plupart pouvant y accéder à tout moment quand le besoin se fait ressentir. Les sources comprennent DHIS2, les tableaux de bord, les rapports et/ou bulletins, les réunions de monitoring à la base, les supervisions, les canevas SNIS, et le monitoring à la zone de santé.
- Le manque de financement propre du gouvernement impacte la tenue des réunions de validation et de prise de mesures concrètes pour la surveillance du paludisme.
- Sur la perception de la capacité d'accès aux données et des défis, les scores attribués à la perception de la capacité d'accès aux données par les enquêtés sont bons dans l'ensemble, aucun n'étant en dessous de 3.

Comportements

- La gouvernance a présenté deux principales lacunes : l'insuffisance de l'appui financier pour mener à bien la surveillance et les défaillances dans le soutien de la subsistance des acteurs. Près de 17 % des BCZS et un peu plus de 33 % des FOSA (les CS publics étant les plus représentés, à 36 %) n'avaient pas reçu de visite de supervision.
- Supervision : les thématiques sur le paludisme ont été prises en compte lors des visites de supervision reçues au cours des trois derniers mois, notamment au niveau des RECOSITES (100 %). La disponibilité d'un plan de supervision pour un retour d'information était moyenne au niveau des FOSA (53,2 %) et bien au-dessus de la

moyenne au niveau des RECOSITES (69,4 %). En revanche, plus de trois quarts des FOSA enquêtées disposaient des documentations de supervision de la surveillance au cours de ces visites de supervision, contre moins d'un quart pour les RECOSITES. Bien que la prise de décision ou de mesures correctrices soit l'activité ultime de toute supervision, force est de constater qu'elle est très peu prise en compte lors des supervisions au niveau des FOSA. Il est nécessaire de renforcer les capacités du personnel actuellement présent au niveau des aires de santé dans l'analyse des données, dans la prise en charge du paludisme et dans la gestion et la traçabilité des données, notamment : former plusieurs encodeurs des données dans le DHIS2 par institution, promouvoir des réunions de validation des données dans certains BCZS, dont les analyses sont très superficielles ; faire le suivi des plans de redressement issus des précédentes supervisions ou des précédents audits.

- Compétence du personnel : les différentes définitions de la supervision des responsables au niveau provincial sont assez proches de celles des directives techniques de surveillance sentinelle du paludisme. Cependant, un peu plus de 55 % des répondants n'ont pas réussi à donner une définition correcte de la notion de cas présumé de paludisme. La quasi-totalité des répondants pendant les entretiens qualitatifs estiment avoir besoin de formation sur la thématique de surveillance du paludisme pour renforcer leurs capacités. Les documents d'aide-mémoire pour la surveillance sont disponibles à 62 % dans les BCZS et à 20 % dans les FOSA. Quant au plan de développement des capacités du personnel, il n'était pas disponible dans 95 % des FOSA et dans 90 % des BCZS. En effet, 45 % des répondants des FOSA ne s'estiment pas confiants dans leur capacité à calculer les indicateurs du paludisme et 32 %, dans leur capacité à préparer des données visuelles sur ces indicateurs. Les principaux défis auxquels les répondants étaient confrontés pour mener à bien les tâches de surveillance de routine sont l'insuffisance du matériel de travail (44 %), l'insuffisance du personnel (34 %), le manque de formation pour bien exécuter les tâches (33 %) et le manque de motivation financière (30 %).

Défis de la surveillance du paludisme

Les défis le plus cités concernent :

- L'insuffisance du matériel (outils informatiques, formulaires/fiches, etc.), mentionnée par près de 44 % de l'ensemble des FOSA, dont plus de 47 % parmi les CSI publics.
- La connexion internet, principalement dans les CSI privés.
- L'insuffisance de la formation et l'absence de motivation financière sont également relevées par un tiers des FOSA et trois FOSA sur dix, respectivement. La première est plus mentionnée au sein des CSR/HGR (50 %), tandis que la seconde est le plus souvent citée parmi les CSI publics (37 %).
- Les difficultés relatives au personnel sont également importantes pour les répondants. Près d'une FOSA sur trois cite ainsi l'insuffisance du personnel de surveillance du paludisme, dont 37 % au sein des CSI privés. De plus, les répondants dans près d'une

FOSA sur quatre regrettent que les tâches relatives à la surveillance prennent trop de temps, le fait d'avoir d'autres responsabilités en dehors du paludisme qui sont prioritaires, ou la pluralité des outils à remplir.

Recommandations

1. Améliorer la recherche et l'accessibilité aux soins
 2. Assurer la disponibilité des infrastructures, équipements et directives de surveillance et de prise en charge
 3. Assurer la disponibilité des TDR et des CTA
 4. Renforcer l'intégration des données sur le paludisme issues des différents systèmes d'information
 5. Améliorer la qualité des informations géographiques des formations sanitaire et RECSITES
 6. Améliorer la qualité des données sur le paludisme
 7. Améliorer l'accès et l'utilisation des données sur le paludisme à tous les niveaux du système
 8. Assurer la formation et la supervision continues des agents de surveillance
- Assurer un environnement qui permet une planification et une mise en œuvre efficaces de la surveillance