HAL open science

Participation à l'écriture du deuxième rapport trimestriel, couvrant la période de janvier à mars 2023, concernant le programme Services Essentiels de Santé Maternelle et Infantile dans la province du Kasaï en République Démocratique du Congo

Laura da Paré

To cite this version:

Laura da Paré. Participation à l'écriture du deuxième rapport trimestriel, couvrant la période de janvier à mars 2023, concernant le programme Services Essentiels de Santé Maternelle et Infantile dans la province du Kasaï en République Démocratique du Congo. Santé publique et épidémiologie. 2023. ⟨dumas-04205876⟩

HAL Id: dumas-04205876

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04205876v1

Submitted on 13 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

1ère année du Master Sciences, Technologies, Santé
Mention Santé publique

Promotion 2022-2023 e-learning

Laura Da Paré
Née le 04/11/1989

PARTICIPATION A L'ECRITURE DU DEUXIEME RAPPORT TRIMESTRIEL, COUVRANT LA PERIODE DE JANVIER A MARS 2023, CONCERNANT LE PROGRAMME SERVICES ESSENTIELS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA PROVINCE DU KASAÏ EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Soutenu le 03/07/2023

Stage du 03/04/2023 – 02/06/2023
IMA World Health
Kinshasa - République Démocratique du Congo

Encadrant au sein de l'organisme d'accueil :
Dr Katele Jacques - Directeur Suivi-Évaluation

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et accompagnée dans le déroulement de ce stage, ainsi que dans l'écriture de ce rapport.

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à ma tutrice de l'ISPED, Mme Valérie KIEWSKY pour son accompagnement tout au long de mon stage, ainsi que pour l'aide apportée sur la rédaction de ce rapport.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de IMA, au niveau central et provincial, pour leur accueil au sein de l'ONG.
Je remercie tout particulièrement Dr Jacques KATELE, directeur suivi-évaluation du programme SEMI, pour son expertise, son accompagnement, sa confiance, son temps et ses conseils.

Je remercie ma famille ainsi que tous ceux qui m'ont soutenu tout au long de mon stage et de ma reprise d'étude.

Table des matières

INTRODUCTION 8
1 CADRE DE STAGE 8
1.1 Structure d'accueil 8
1.2 Contexte géographique 9
1.2.1 République Démocratique du Congo 9
1.2.2 Province du Kasaï 10
2 PROGRAMME SEMI 11
2.1 Présentation du programme 11
2.2 Suivi-évaluation 12
2.2.1 Théorie du changement 13
2.2.2 Cadre logique 14
2.3 Mission de stage 15
3 MATERIEL & METHODE 16
3.1 Source des données 16
3.1.1 Outils de recueil 16
3.1.2 Base des données 17
3.1.3 Saisie des données 18
3.1.4 Extraction des données 18
3.2 Indicateurs 19
3.3 Analyse des données 24
4 RESULTATS 24
4.1 Résultats globaux 24
4.2 Indicateur 1.1 & Indicateur 1.2 26
4.3 Indicateur 1.3 27
4.4 Indicateur 1.5 27
4.5 Indicateur 1.6 27
4.6 Indicateur 1.7 28
4.7 Indicateur 1.8 28
4.8 Indicateur 1.9 28
4.9 Indicateur 1.10 29
5 DISCUSSIONS 29
5.1 Synthèse des résultats 29
5.2 Limites dans le calcul des indicateurs 29
5.2.1 Qualité des données estimées 29
5.2.2 Qualité des données rapportées 30

5.3 Limites et forces de l'étude 32
5.3.1 Limites 32
5.3.2 Forces 32
6 PERSPECTIVES 33
7 CONCLUSION 33
8 BIBLIOGRAPHIE 34
9 ANNEXES 36

Liste des abréviations

AS	Aire de santé
ASSP	Accès aux Soins de Santé Primaires
ASSR	Appui au Système de Santé
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CDS	Centre De Soins
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CPN	Consultations Prénatal
DHIS2	District Health Information System 2.0
ECZS	Équipe Cadre de Zone de Santé
FCDO	Foreign, Commonwealth and Development Office
GESI	Egalité des Sexes et l'Inclusion Sociale
HÔP	Hôpital
IHRIS	Logiciels pour les systèmes d'information sur le personnel de santé
IMA	Interchurch Medical Assistance
INS	Institut National des Statistiques
MPDSR	Système de Surveillance et d'Intervention en cas de Décès Paternel Périnatal
MUAC	Mid-Upper Arm Circumference
P/P	Projet/Programme
PEP	Prophylaxie Post-Exposition
PG	Population Générale
RECO	Relais Communautaires
RDC	République Démocratique du Congo
S&E	Suivi-Evaluation
SBCC	Communications pour le Changement Social et Comportemental
SEMI	Services Essentiels de Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine/Pyriméthamine
SVSS	Survivants de Violences Sexuelles et Sexistes
T2	Deuxième rapport trimestriel (période de janvier à mars 2023)
UNTA	Unité de Nutrition Ambulatoire Intensive
UNTI	Unité de Nutrition Thérapeutique Intensive
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSS	Violences sexuelles et Sexistes
ZS	Zone de Santé

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les 6 extrants avec leur pondération respective en termes d'impact du programme SEMI (2022-2025) qui est « la réduction des taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans dans la province du Kasaï, dans le but de contribuer à l'accélération de la transition démographique et à la réduction de la pauvreté » 15

Tableau 2 : Planification de mes 9 semaines de stage au sein de IMA WORLD HEATH à Kinshasa, dans le but de participer à l'écriture du deuxième rapport trimestriel du programme SEMI, dans la province du Kasaï en République Démocratique du Congo, avril-juin 2023 15

Tableau 3 : Description de la population estimée de la province du Kasaï par zones de santé, regroupées par pool, pour l'année 2023 24

Tableau 4 : Tableau d'activité du programme SEMI durant le trimestre de janvier à mars 2O23 (T2), concernant les 10 indicateurs de l'extrant n°1 « Accroître l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition », dans la province du Kasaï 25

Tableau 5 : Pourcentage d'administration réalisée de comprimés de la 3ème (SP3) et 4ème dose (SP4) du traitement antipaludéen préventif durant la grossesse, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2O23..... 26

Liste des figures

Figure 1 : Carte de la République Démocratique du Congo et de son découpage des 26 provinces, juin 2023 9

Figure 2 : Découpage par zones de santé de la province du Kasaï, République Démocratique du Congo, juin 2023 11

Figure 3 : Evolution des 3 programmes de renforcement des systèmes de santé en République Démocratique du Congo de IMA, financées par le FCDO, de 2013 à aujourd'hui 12

Figure 4 : Théorie du changement du programme SEMI, 2022-2025, dans la Province du Kasaï en République Démocratique du Congo 14

Figure 5 : Utilisation du logiciel DHIS2 dans 111 pays à travers le monde en juin 2023 17

Figure 6 : Capture d'écran du tableau de bord de la plateforme DHIS2 IMA, mai 2023 18

Figure 7a : Bracelet de MUAC, utilisé pour mesurer le périmètre brachial dans le dépistage de la malnutrition chez les enfants âgés entre 6 et 59 mois 22

Figure 7b : Recherche d'œdème au niveau des pieds dans le cadre du dépistage de la malnutrition sévère chez les enfants âgés en 6 et 59 mois 22

Figure 8 : Calendrier vaccinal des enfants de moins de 1 an en République Démocratique du Congo, mai 2023 23

Figure 9 : Nombre de comprimés de la 4ème dose du traitement antipaludéen préventif durant la grossesse (SP4) administrés par aires de santé, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2O23 26

Figure 10 : Rapport des accouchements pris en charge par un accoucheur qualifié sur l'estimation du nombre de femmes enceintes par zones de santé, regroupées en pool, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2O23 27

Figure 11 : Nombre de cas de survivants de violences sexuelles et sexistes (SVSS) ayant consulté une structure de santé dans les 72h après l'agression par aires de santé, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2O23 28

INTRODUCTION

Le stage qui fait l'objet de ce rapport s'est déroulé d'avril à juin 2023 au sein de l'organisation non gouvernementale (ONG) Interchurch Medical Assistance (IMA) World Health à Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC), encadré par le Dr Jacques Katele, Directeur suivi-évaluation.

C'est dans ce cadre que j'ai été accueillie pour travailler sur l'analyse des indicateurs en lien avec le programme de Services Essentiels de Santé Maternelle et Infantile (SEMI) qui se déroule actuellement dans la province du Kasaï en RDC, depuis 2022 pour une durée de 3 ans. Cette analyse des indicateurs m'a permis de participer à l'écriture du deuxième rapport trimestriel du programme SEMI, dans le cadre de son suivi-évaluation.

Dans ce mémoire, je présenterai tout d'abord la structure d'accueil IMA, la RDC et plus particulièrement la province du Kasaï. Je détaillerai le programme SEMI et son suivi-évaluation.
Dans un second temps, après présentation des sources de données et de leur analyse, j'exposerai les principaux résultats des indicateurs essentiels au suivi-évaluation du programme SEMI, en mettant en avant les limites dans leurs calculs.

1 CADRE DE STAGE

1.1 Structure d'accueil

IMA World Health est une organisation à but non lucratif créée en 1960 dont le siège social se trouve à Washington DS (Etats-Unis). Le président et directeur générale est Daniel V. Speckhard depuis 2020.

IMA est membre du Corus International regroupant plusieurs filiales confessionnelles à but lucratif et non lucratif s'occupant de santé et de développement dans le monde, tels que Lutheran World Relief, GA Technologies, Ground Up Investing et LWR Farmers Market Coffee.

IMA travaille en association avec des partenaires locaux et les gouvernements afin de renforcer les systèmes de santé, améliorer la santé maternelle et infantile, prévenir et traiter les maladies, promouvoir la nutrition, lutter contre les violences sexuelles et sexistes (VSS) et enfin agir en cas de crise sanitaire mondiale (Covid19, Ebola, etc.).

IMA est actuellement présent en Haïti, Indonésie, Kenya, Sierra Leone, Sud Soudan, Tanzanie et en RDC(1).

En RDC, l'ONG IMA est basée à Kinshasa, capitale du pays. C'est ici que j'ai effectué mes 9 semaines de stage. Mon bureau se situait au même endroit que celui de mon maître de stage, Dr Jacques Katele, Directeur suivi-évaluation du programme SEMI.
Un 3ème bureau était présent, celui du Dr Mano Ntayingi, Directeur des relations publiques et gouvernementales. Une de ses missions était de fournir des conseils et des pistes aux membres de l'équipe SEMI dans leur engagement avec les autorités gouvernementales au niveau central.
J'ai été formée au logiciel DHIS2 grâce à Carlos Nyembwe, Superviseur des technologies de l'information DHIS2.
Les 2 points focaux terrain (dans la province du Kasaï) avec qui j'étais principalement en communication par email étaient Mr Mozart Mabula Mozy, Manager suivi-évaluation provincial et Mr Faustin Leddy, Responsable technique provincial. J'ai pu les rencontrer durant la réunion trimestrielle de l'équipe SEMI et durant la réunion semestrielle des partenaires.
Enfin, j'ai plusieurs fois échangé en personne avec la chef d'équipe du programme SEMI, Mme Susan Girois, mais nos échanges étaient essentiellement par email.

Mon maître de stage a fait en sorte que je m'intègre le plus possible au programme SEMI et à IMA. Je l'accompagnais dans la plupart de ses déplacements (ambassade du Royaume-Uni, ateliers suivi-évaluation, réunions des partenaires, etc.). La grande majorité de ses réunions hebdomadaires se faisait en visio-conférence (réunion équipe direction IMA du lundi, réunion avec le partenaire BAO le mercredi, etc.), ainsi il mettait le son fort pour que je puisse les suivre.

1.2 Contexte géographique

1.2.1 République Démocratique du Congo

La RDC se situe en Afrique centrale, dont la superficie est de 2,35 millions km², ce qui fait de ce pays le 2ème plus vaste d'Afrique, après l'Algérie(2).
La RDC partage ses 9165 km de frontière avec 9 pays : dans le sens des aiguilles d'une montre, en partant de l'océan Atlantique, ses pays voisins sont la République du Congo, la République Centrafricaine, le Soudan du Sud, l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi, la Tanzanie, la Zambie et l'Angola (**Figure 1).**

La population congolaise a été estimée à plus de 98 millions d'habitants en 2019(3).
Un taux de croissance naturel a été fixé à 3%, ce qui signifie que la population actuelle serait de plus de 106 millions d'habitants.

Le pays est composé de 26 provinces, dont la capitale est Kinshasa, situé à l'Ouest du pays, le long du fleuve Congo, à 5 km à vol d'oiseau de Brazzaville, capitale de la République du Congo. Kinshasa est une mégapole dont la population est estimée à plus de 16 millions d'habitants (taux de croissance à 4,4%)(4). Le français est la langue officielle de l'administration et de l'enseignement.

Le pays a subi de longues périodes de conflits, d'instabilité, de troubles politiques et de régimes autoritaires.
Le président actuel Félix Tshisekedi (élu en 2019, après 18 ans de gouvernance de Joseph Kabila) n'a pas réussi à mettre fin à la présence des groupes armés qui agissent dans l'Est et dans la région du Kasaï depuis 2016. En 2021, la RDC comptait 5,5 millions de déplacés internes dont 1,5 millions dus aux conflits armés ou intercommunautaires.

Figure 1 : Carte de la République Démocratique du Congo et de son découpage des 26 provinces, juin 2023 (5)

1.2.1.1 Contexte sanitaire

La mortalité maternelle est l'un des meilleurs indicateurs du développement des systèmes de santé et des inégalités sociales d'accès aux soins. La RDC affiche des taux de mortalité maternelle élevés, à hauteur de 693/100 000 naissances vivantes en 2015. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 98,3/1000 naissances vivantes, dont 46 % de mortalité néonatale (décès d'un enfant de moins de 28 jours). La malnutrition chronique parmi les enfants de moins de 5 ans est à 43%. L'indice d'inégalité de genre est de 0,673, ce qui est supérieur à la moyenne africaine (0,548) et subsaharienne (0,621)(6). Ces statistiques soulignent les défis auxquels la RDC continue de faire face à un niveau très élémentaire.

Les maladies alimentaires (diarrhée protozoaire et bactériale, hépatite A, fièvre typhoïde), les maladies à transmission vectorielle (paludisme, épidémies [choléra, maladie à virus Ebola, poliomyélite et rougeole], trypanosomiase africaine) et les maladies liées au contact de l'eau (schistosomiase) sont à risque très élevé(7).

En 2022, près d'une personne sur six en situation d'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vivait en RDC, ce qui fait de ce pays l'un des cinq les plus pauvres du monde(8).

1.2.1.2 Pyramide du système de santé

Le système de santé publique en RDC constitue une « Pyramide de la santé », structurée en 3 niveaux :

1. Niveau central (haut de la pyramide), composé du Ministère de la Santé, du Secrétariat Général, des Directions et des programmes nationaux,
2. Niveau intermédiaire, composé du ministre provincial en charge de la Santé, d'une Division provinciale de la Santé, d'une Inspection provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial, et des autres structures sanitaires en lien avec la province. Cette décentralisation permet aux provinces de gérer en autonomie tout ce qui est lié à l'organisation et à la gestion des soins de santé primaires,
3. Niveau opérationnel, composé des zones de santés (ZS) avec un hôpital général de référence. Les ZS sont décomposées en aires de santé (AS), équipées de centres de soins (CDS). Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaire(9).

1.2.2 Province du Kasaï

1.2.2.1 Découpage géographique

La province du Kasaï est située au centre/sud du pays, limitrophe avec l'Angola. Sa superficie est de 95 631km².

La province a été séparée en 2 pools : le pool Mweka au nord, et le pool Tshikapa au sud **(Figure 2).** Chaque pool est divisé en 9 ZS. Chaque ZS comporte un bureau central, un hôpital de référence et une équipe cadre. Cette équipe est composée au minimum de ces 5 membres : un médecin chef de zone, un médecin direction de l'hôpital de référence, un administrateur gestionnaire superviseur, un directeur de nursing de l'hôpital de référence et un infirmier superviseur.

Ces ZS sont divisées en AS. Le pool Mweka est composé de 204 AS et le pool Tshikapa 200 AS. Chaque AS comporte un CDS.

Une AS doit répondre à ces 4 critères :

1. Moins de 45 minutes de marche entre le centre de santé et le domicile,
2. Absence de barrière naturelle entre le centre de santé et le domicile,
3. Absence de conflit ethnique au sein d'une AS,
4. Une AS doit comptabiliser un nombre limité d'habitants :
   - Maximum 5 000 habitants en milieu rural,
   - Maximum 10 000 habitants en milieu urbain.

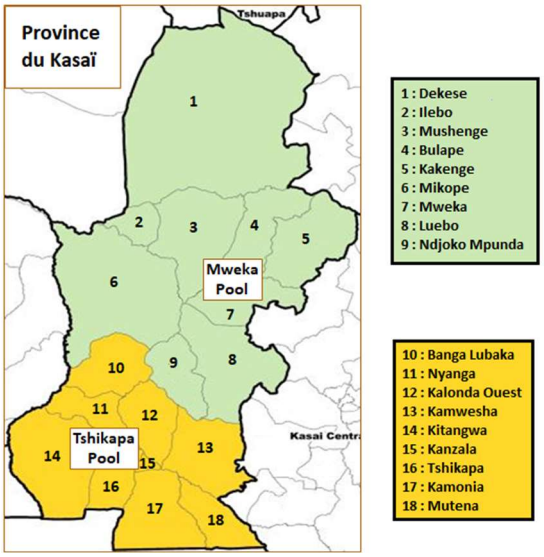

Figure 2 : Découpage par zones de santé de la province du Kasaï, République Démocratique du Congo, juin 2023

1.2.2.2 La crise du Kasaï

Une crise dans la province du Kasaï a débuté en 2016 à la suite de tensions entre des chefs traditionnels du Kasaï-Central et le gouvernement(10).
Massacres, exécutions publiques et viols ont été rapportés en très grand nombre entre 2016 et 2018. Environ 3 millions d'adolescentes et de femmes ont été forcées de fuir et ont été confrontées à des menaces croissantes pour leur santé et leur sécurité(11).

La région du Kasaï enregistre des taux de pauvreté extrême(12) et de mortalité maternelle(13) parmi les plus élevés du pays.

2 PROGRAMME SEMI

Dans cette partie, nous allons découvrir le programme SEMI, sa justification et son système de suivi-évaluation.

2.1 Présentation du programme

Depuis 2013, IMA est soutenu par le Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO - Gouvernement Anglais) afin d'apporter son soutien au secteur de la santé en RDC.
Les deux précédents programmes de renforcement des systèmes de santé de IMA financés par le FCDO sont « Accès aux Soins de Santé Primaires » (ASSP, terminé en mars 2019) et « Appui au Système de Santé » (ASSR, terminé en mars 2022). Ils ont opéré, entre-autres, dans la province du Kasaï.

Le programme « Services Essentiels de Santé Maternelle et Infantile (SEMI) en RDC » s'inscrit dans la même dynamique que les deux précédents programmes. La différence majeure est que ce programme se consacre uniquement à la région du Kasaï **(Figure 3)**(13)**.**

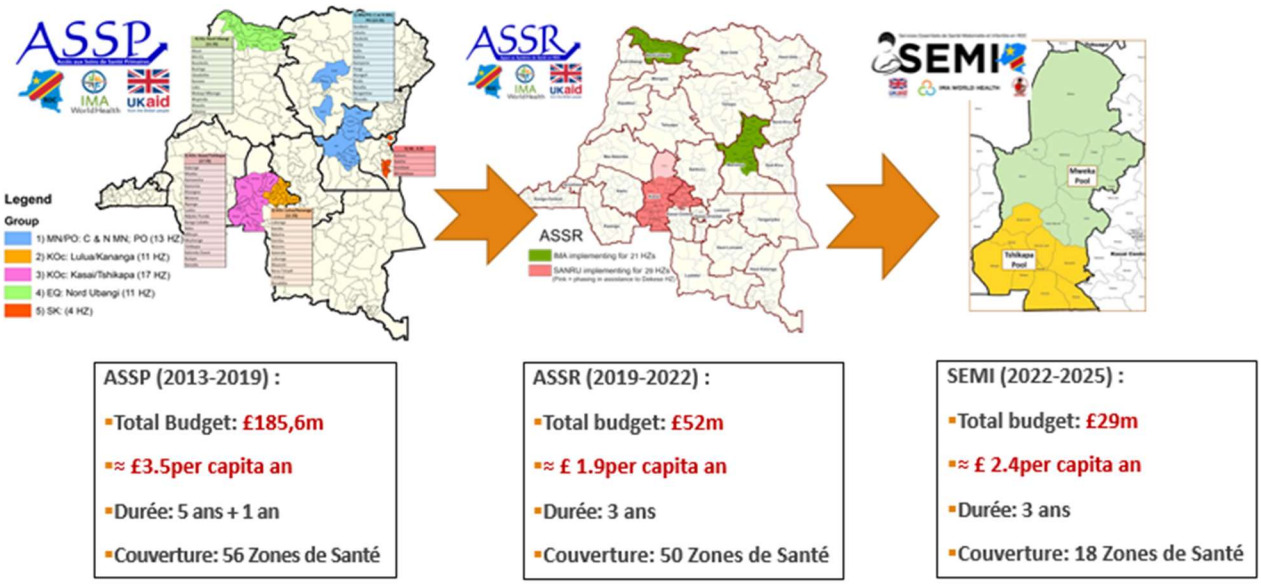

Figure 3 : Evolution des 3 programmes de renforcement des systèmes de santé en République Démocratique du Congo de IMA, financées par le FCDO, de 2013 à aujourd'hui

Ce programme est soutenu par l'Etat Congolais dans le but de réformer la politique de santé. Le programme est conçu pour améliorer la santé de 1,6 million de femmes, de filles et d'enfants et contribuer à mettre fin aux décès évitables dans le Kasaï.

SEMI opère dans les 18 ZS de la province du Kasaï. Le programme soutient la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire et la stratégie de couverture sanitaire universelle du gouvernement de la RDC.
Le programme SEMI est fixé pour une durée de 3 ans, de mai 2022 à mars 2025.
L'année 1 s'est terminée en mars 2023, l'année 2 est d'avril 2023 à mars 2024 et l'année 3 sera d'avril 2024 à mars 2025.

Les 3 objectifs du programme SEMI sont :

1. Améliorer l'accès aux services de santé essentiels pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents,
2. Promouvoir des services de planification familiale fondés sur les droits pour les femmes et les filles,
3. Renforcer le système de santé dans les domaines suivants :
   - Mécanismes de gouvernance communautaire,
   - Ressources humaines pour la santé.

2.2 Suivi-évaluation

Chaque trimestre, un rapport est rédigé et envoyé, entre-autres, aux bailleurs.
Le programme a débuté avec quelques mois de retard, ainsi le 1er rapport trimestriel concernait la période octobre/novembre/décembre 2022.
Ce rapport trimestriel s'inscrit dans le cadre du suivi-évaluation (S&E) du programme.

Le S&E est un élément essentiel de la gestion axée sur les résultats, que l'on peut définir comme *« une approche globale de la gestion des projets et des programmes qui vise principalement à définir des résultats mesurables ainsi que les méthodologies et les outils à utiliser pour obtenir ces résultats »*(14).

Les rapports S&E permettent d'analyser et d'avoir un œil critique sur la mise en œuvre du projet/programme (P/P), ce qui facilite la prise de décision et l'évaluation de l'impact des actions menées sur les personnes concernées. Ces rapports permettent également d'informer les gestionnaires/bailleurs/décideurs afin de pouvoir améliorer la performance du P/P et générer des leçons apprises pour les prochains projets.

2.2.1 Théorie du changement

Le programme SEMI s'est basé sur la théorie du changement afin d'aboutir à des impacts durables.

Une définition que l'on peut donner de la « Théorie du Changement » est :
« Une théorie du changement est une méthode qui explique comment une intervention donnée ou un ensemble d'interventions sont censés conduire à un changement précis sur le plan du développement, grâce à une analyse des liens de cause à effet fondée sur les éléments de preuves existantes »(15).

Le changement ultime visé du programme, à long terme, est la réduction des taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans dans la province du Kasaï, dans le but de contribuer à l'accélération de la transition démographique et à la réduction de la pauvreté.

Cet objectif est l'impact du programme. Afin qu'il soit durable, SEMI doit être réalisé par le biais du système de santé publique de la RDC. SEMI doit à la fois fournir des services de santé maternelle, néonatale et infantile mais également veiller à renforcer les systèmes de santé, dans le but de les rendre plus solides.

La théorie du changement de SEMI a fixé une activité clé par type d'intrant du projet, fonctionnant à travers les piliers du système de santé du ministère de la Santé.
Les intrants du programme sont :

- Augmenter l'accès aux accouchements en toute sécurité,
- Revitaliser les cellules d'animation communautaire (CAC) et les relais communautaires (RECO),
- Piloter le développement professionnel continu avec le logiciel Ihris,
- Améliorer la transparence de la chaîne d'approvisionnement,
- Relier DHIS2 à la surveillance des maladies,
- Renforcer les liens entre l'équipe cadre de zone de santé (ECZS) et le comité de développement de l'aire de santé (CODESA).

Ces intrants conduiront à la réalisation de ces 6 extrants souhaités :

1. Accroître l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition,
2. Accroître la participation communautaire, la mobilisation, la planification, la prestation et le suivi de la prestation des services de santé,
3. Amélioration de la qualité et de la gestion des personnels de santé,
4. Transparence de la chaîne d'approvisionnement et disponibilité des médicaments et produits essentiels au niveau des établissements de santé,
5. Améliorer la disponibilité et la qualité du système d'information sanitaire,
6. Soutenir l'amélioration de la gouvernance et de la gestion financière.

Ces extrants permettront la réalisation de 3 résultats intermédiaires :

1. Meilleur accès à des services de santé de qualité pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents,
2. Renforcement du système de santé, y compris de la préparation aux situations d'urgence et de la sécurité sanitaire,
3. Accès accru à des services de planification familiale fondés sur les droits pour toutes les femmes et les filles dans la province du Kasaï.

La réalisation de ces 3 résultats intermédiaires mènera à la réalisation du résultat final du projet, qui est *"des systèmes de santé plus solides et une amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'accessibilité financière des services afin d'obtenir un impact durable".*

La théorie du changement de SEMI a également mis en place des thèmes transversaux pour les Communications pour le Changement Social et Comportemental (SBCC) en mettant l'accent sur l'Egalité des Sexes et l'Inclusion Sociale (GESI), représentés par la flèche rosée dans le schéma ci-dessous **(Figure 4).**
Toutes les composantes du programme SEMI sont centrées autour des femmes et des enfants.

Figure 4 : Théorie du changement du programme SEMI, 2022-2025, dans la Province du Kasaï en République Démocratique du Congo

2.2.2 Cadre logique

Le cadre logique est un outil permettant de consolider l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un P/P sur lequel repose son système de suivi et son évaluation(16).
Le cadre logique résume les objectifs à atteindre, les résultats souhaités et les indicateurs du P/P (définitions et méthodes de mesure).

Dans le programme SEMI, les indicateurs permettant le suivi des résultats et l'évaluation des actions ont été élaborés à partir des 6 extrants énoncés page 13.

L'extrant n°1 « Accroître l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition » mesure les intrants qui répondent aux besoins vitaux et augmentent l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition.

Cet extrant est considéré comme la composante principale du programme, c'est pourquoi il représente 50 % de la pondération de l'impact **(Tableau 1).**

Tableau 1 : Les 6 extrants avec leur pondération respective en termes d'impact du programme SEMI (2022-2025) qui est « la réduction des taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans dans la province du Kasaï, dans le but de contribuer à l'accélération de la transition démographique et à la réduction de la pauvreté »

Extrants	**Poids (%)**
Améliorer l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition	50
Accroître la participation, la mobilisation, la planification, la prestation et le suivi des services de santé au sein de la communauté.	10
Amélioration de la qualité et de la gestion du personnel de santé	10
Transparence de la chaîne d'approvisionnement et disponibilité des médicaments et produits essentiels au niveau des établissements de santé	15
Améliorer la disponibilité et la qualité du système d'information sanitaire	10
Financement de la santé pour favoriser l'accès aux services de santé	5
Total	**100**

2.3 Mission de stage

Ma mission de stage est de participer à l'écriture du deuxième rapport trimestriel couvrant la période de janvier à mars 2023 (c'est-à-dire le quatrième et dernier trimestre de la première année du programme), concernant le programme SEMI en RDC.

Pour réaliser ce travail, les différentes étapes ont été planifiées sur 9 semaines telles qu'énoncées dans le tableau ci-dessous **(Tableau 2).**

Tableau 2 : Planification de mes 9 semaines de stage au sein de IMA WORLD HEATH à Kinshasa, dans le but de participer à l'écriture du deuxième rapport trimestriel du programme SEMI, dans la province du Kasaï en République Démocratique du Congo, avril-juin 2023

	S1	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**	**S7**	**S8**	**S9**
Recherche bibliographique et imprégnation du sujet (lecture du précédent rapport, cadre logique)									
Initiation au logiciel DHIS2									
Extraction des données + Analyses des indicateurs sur Excel									
Rédaction du rapport trimestriel									
Réunion trimestrielle équipe SEMI (avec équipe terrain du Kasaï)									
Réunion semestrielle des partenaires (dont FCDO)									
Discussion et rédaction du rapport de stage									

3 MATERIEL & METHODE

Dans cette partie, nous allons comprendre comment les données sont recueillies, saisies, extraites et enfin analysées. Ces données permettent le calcul des indicateurs. Une définition et le détail du calcul sont énoncés pour chaque indicateur.

3.1 Source des données

3.1.1 Outils de recueil

L'activité des CDR et des hôpitaux (HÔP) est rapportée quotidiennement dans un registre.

Une fois par mois, ces structures rapportent l'ensemble des données mensuelles dans un formulaire papier. Deux types de formulaires existent : un pour les HÔP, et un pour les CDS. Ces formulaires sont appelés des « canevas ». Ces deux formulaires sont présentés en Annexe 1 et 2.

Les canevas comportent 11 parties pour les CDS, et 13 pour les HÔP. Chaque partie se compose de plusieurs variables.

Les 11 parties du canevas des CDS sont :

1. Consultations (motif de consultations, nombre de nouveaux cas, nombre de décès, etc.),
2. Santé de la mère (consultations pré et post-natale, caractéristique de l'accouchement, vaccination des femmes enceintes, etc.),
3. Planification familiale (nombre de nouvelles acceptantes à la contraception, méthodes de contraception utilisée, etc.),
4. Santé de l'enfant (consultations préscolaire, diagnostique malnutrition, vaccination, etc.),
5. Médicaments (stock, quantité consommée, quantité perdue, jours de rupture de stock, etc.),
6. Supervision et Gestion (valeur de la pharmacie, recettes, dépenses, etc.),
7. Gestion intrants du programme élargi de vaccination (gestion des vaccins telle que stock, quantité administrée, quantité perdue, etc.),
8. Laboratoire (examen bandelettes, examen des selles, etc.),
9. Activité et gestion dans la communauté (relais communautaire existantes et opérationnelles, etc.),
10. Sites de soins communautaires (nombres de cas reçus, type de prise en charge, etc.),
11. Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et modérée (suivi des patients en unité de nutrition ambulatoire intensive (UNTA) et en unité de nutrition thérapeutique intensive (UNTI) selon le type de malnutrition).

Les 13 parties du canevas des HÔP sont sensiblement les mêmes que celles des CDS :

1. Consultations,
2. Santé de la mère,
3. Planification familiale,
4. Supervision et Gestion,
5. Laboratoire et Imagerie,
6. Notification cas et urgences Hôpital Régional de Référence (nombre de nouveaux cas, type de consultations aux urgences, etc.),
7. Prise en charge de la malnutrition UNTI,
8. Hospitalisation (nombre de malades admis par spécialité, issues des hospitalisés, etc.),
9. Morbidité et mortalité (cause des décès, type de prise en charge, etc.),
10. Gynéco Obstétrique (nombre d'avortement, type d'interventions gynécologiques, etc.),
11. Activité du bloc opératoire (types d'interventions, fonctionnement du bloc opératoire, etc.),
12. Médicaments,
13. Activité de la banque du sang et transfusion (tests réalisés par catégories de donneurs, nombre de transfusions réalisées, motif de la transfusion, etc.).

3.1.2 Base des données

Le District Health Information System 2.0 (DHIS2) est un logiciel libre et gratuit permettant la collecte, l'analyse et la présentation des données statistiques individuelles ou agrégées(17).

DHIS2 est la plus grande plateforme de système d'information sur la gestion de la santé dans le monde, elle est présente dans 111 pays à revenu faible ou intermédiaire et elle est utilisée par le Ministère de la Santé dans 80 pays (**Figure 5**).
DHIS2 a été développé grâce à une collaboration mondiale composée de 17 organisations nationales et régionales, géré par le Centre HISP de l'Université d'Oslo (Norvège).

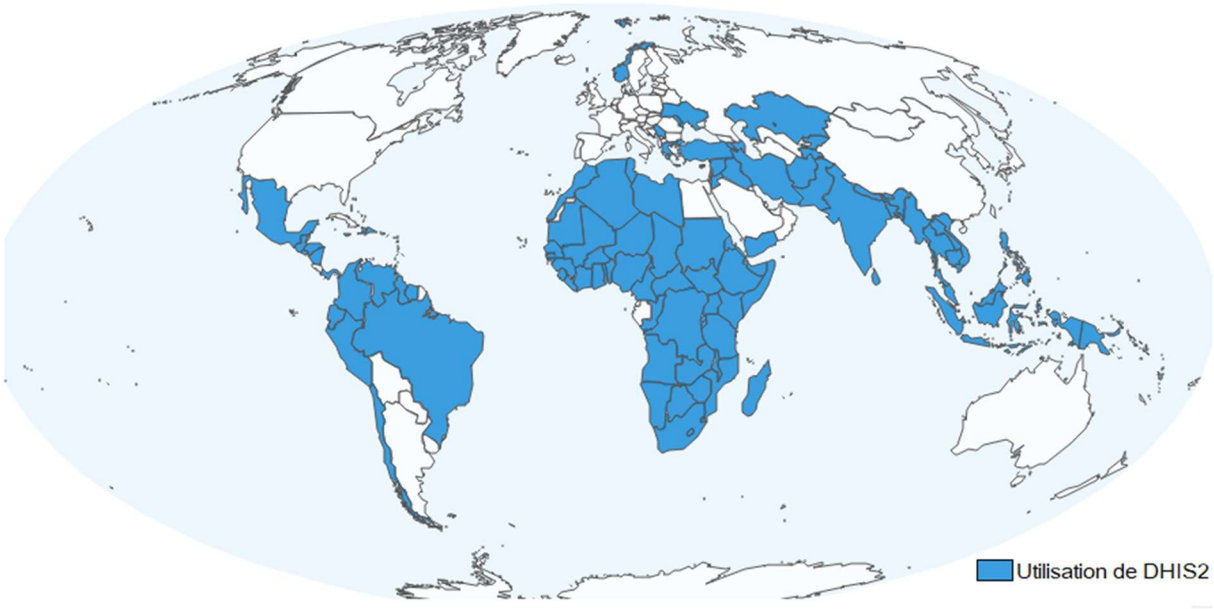

Figure 5 : Utilisation du logiciel DHIS2 dans 111 pays à travers le monde en juin 2023*(17)*

Le DHIS2 a été mis en œuvre en RDC en tant que Système National d'Information Sanitaire (SNIS) en 2013 et a été utilisé pour la planification et la gestion des programmes de santé aux niveaux zonal, provincial et national.
Le programme d'accès aux soins de santé primaires (ASSR) d'IMA, financé par le Gouvernement anglais, a collaboré avec le Ministère de la Santé de la RDC afin d'implémenter DHIS2 dans toutes les provinces du pays, dans le but de créer un système d'information permettant de recueillir des statistiques sur la santé au niveau national.

IMA a également créé son propre compte DHIS2.
DHIS2 IMA puise ses données à partir de la source primaire DHIS2 SNIS (à l'exception de 2 canevas qui sont propres à IMA : les données en lien avec la nutrition et les tableaux de bords de la communauté).
DHIS2 IMA permet de créer des tableaux de bord plus spécifiques au suivi des programmes de IMA **(Figure 6)**.

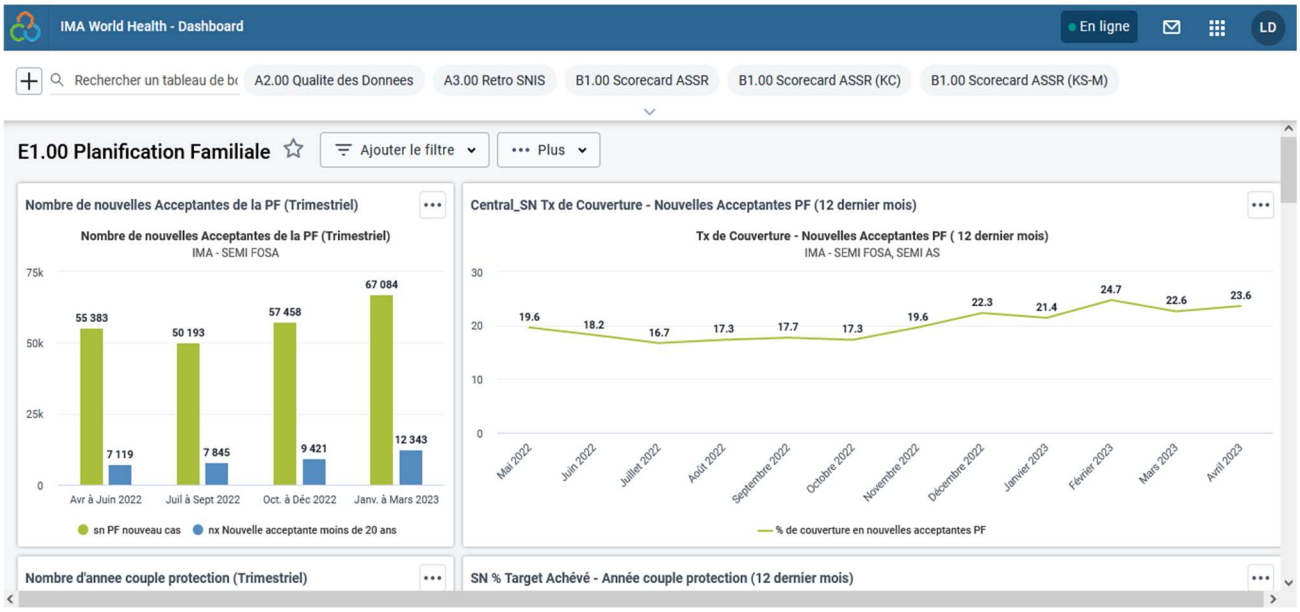

Figure 6 : Capture d'écran du tableau de bord de la plateforme DHIS2 IMA, mai 2023

3.1.3 Saisie des données

Les canevas complétés mensuellement par les structures de santé sont ensuite envoyés au bureau central de la ZS du CDS/HÔP correspondant.
Les données sont saisies dans la plateforme DHIS2, la date limite de la saisie des données est le 20 du mois suivant.
La personne en charge de la saisie des données est l'opérateur de saisie. Il recrute, de manière ponctuelle, des personnes qui participeront à la saisie des données. Le nombre de personne recrutée dépend du nombre de canevas à saisir et d'ordinateurs disponibles. Le critère de sélection de ces personnes est basé uniquement sur les compétences en informatique. Elles n'ont aucun lien avec le programme SEMI, donc elles ne sont pas capables d'avoir un œil critique sur les données qu'elles saisissent.

3.1.4 Extraction des données

Une fois la saisie des données effectuée, mes données vont être extraites afin de calculer les indicateurs.
L'accès aux données se fait via l'interface de la plateforme DHIS2.
Toutes les données en lien avec le programme SEMI se trouvent dans DHIS2 IMA.
La très grande majorité des données pourrait être extraite via DHIS2 SNIS mais, du fait du nombre très important de données enregistrées dans cette plateforme, la rapidité d'exécution des requêtes serait plus longue.

La récupération des données s'est faite par extractions successives, indicateur par indicateur.
Une extraction unique aurait pu être réalisée en prenant en compte toutes les données concernant tous les indicateurs. Néanmoins, je n'ai pas procédé ainsi car :

- Il y a un risque d'oubli de variables : pour le calcul d'un indicateur, plusieurs variables peuvent être nécessaires. Ainsi, il aurait été difficile pour moi d'être sure qu'une seule extraction puissent contenir la totalité des variables nécessaires au calcul de tous les indicateurs,
- L'importance du nombre de données à extraire en une fois aurait surement provoqué des ralentissements voire des bugs de la plateforme,
- Les données sont agrégées par période, mais la temporalité peut varier selon l'analyse souhaitée de l'indicateur (par trimestre, par mois),
- Même si la date limite de saisie des données est supposée être le 20 du mois suivant, l'extraction des données s'est faite sur 2 semaines. En effet, lorsque les résultats des indicateurs étaient en dessous des objectifs souhaités, je réalisais une 2ème, voire une 3ème extraction, afin de laisser le temps aux personnes en charge de saisir l'ensemble des données.

Pour chaque extraction, je précisais :

- La période d'étude. Notre évaluation était sur le trimestre de janvier à mars 2023. Ainsi, j'appliquais le filtre « trimestriel ». Certaines données ont été comparées avec le précédent trimestre. Parfois il était également nécessaire de rechercher les données mois par mois.
- La zone géographique concernée (appelé « Unité d'organisation »). Il est possible de se positionner à différents niveaux de la pyramide du système de santé :
    - soit au niveau national avec toutes les données concernant la RDC,
    - soit au niveau Provincial (par exemple le Kasaï),
    - soit au niveau des ZS (les 18 ZS du Kasaï),
    - soit au niveau des AS (les 404 AS du Kasaï).

  En général, l'extraction se faisait au niveau des ZS mais, dans certains cas, une extraction au niveau des AS été effectuée afin d'avoir plus d'éléments de compréhension des chiffres globaux.
- Les données recherchées. DHIS2 IMA calcule directement les indicateurs en lien avec les projets de IMA mais les calculs sont parfois faux (surement dus à la mauvaise estimation du dénominateur). Ainsi, j'extrayais uniquement les variables « bruts ».

Une fois ces 3 éléments spécifiés, les données s'affichaient selon le mode souhaité (graphique, tableau, etc.). Ces données étaient ensuite extraites en format .xls afin d'être analysées sur Excel.
Les données agrégées étaient affichées sous forme de tableau sur Excel.
Les lignes correspondaient aux unités d'organisation et les colonnes aux données.
Si plusieurs périodes étaient sélectionnées (exemple : plusieurs mois ou plusieurs trimestres), la temporalité était directement agrégée aux données dans les colonnes (exemple : « cas de rougeole janvier 2023 », « cas de rougeole février 2023 » etc.).

Un exemple d'extraction des données avec calcul d'un indicateur est présenté en Annexe 3.

3.2 Indicateurs

Durant mon stage, je me suis focalisée uniquement sur l'extrant n°1 car il représente à lui seul 50% du poids du programme SEMI.
Pour rappel, cet extrant se nomme « Accroître l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition ».

Cet extrant est composé de 10 indicateurs, énoncés ci-dessous :

- **Indicateur 1.1:** Nombre et pourcentage de femmes enceintes qui se rendent aux quatre visites de consultations prénatals
- **Indicateur 1.2:** Nombre et pourcentage de femmes enceintes ayant reçu quatre doses de sulfadoxine/pyriméthamine lors des soins prénataux
- **Indicateur 1.3:** Nombre d'accouchements assistés par une personne qualifiée
- **Indicateur 1.4:** Pourcentage des établissements de santé interrogés en mesure d'offrir des soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base ou complets
- **Indicateur 1.5:** Nombre et pourcentage de décès maternels examinés
- **Indicateur 1.6:** Nombre et pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins essentiels
- **Indicateur 1.7:** Nombre et pourcentage de survivants de violences sexuelles et sexistes arrivant dans un établissement de santé dans les 72 heures et ayant reçu des kits PEP
- **Indicateur 1.8:** Nombre et proportion d'enfants de 6 à 59 mois soumis à un dépistage de la malnutrition par des volontaires communautaires
- **Indicateur 1.9:** Nombre et pourcentage d'utilisation curative
- **Indicateur 1.10:** Nombre et pourcentage d'enfants de moins de 1 an complètement vaccinés

Le calcul de chaque indicateur est détaillé dans le cadre logique.
Les indicateurs sont mesurés sont forme de rapport, plus précisément de proportion, et ils sont exprimés en pourcentage.
Le numérateur est extrait des données (la majorité d'entre elles proviennent de DHIS2) et le dénominateur est souvent estimé. La population générale de la province du Kasaï est elle-même estimée (pour rappel, un taux de croissance annuel de la population de la RDC est fixé à 3%). Chaque sous-partie de la population est estimée selon une proportion déterminée dans le cadre logique.

Indicateur 1.1

DEFINITION : Proportion de femmes enceintes présentent à la 4ème (et dernière) consultations prénatal (CPN) durant leur grossesse
NUMERATEUR : Nombre de femmes enceintes présentent à la 4me visites de CPN
DENOMINATEUR : Estimation du nombre de femme enceinte (4% du total de la population)
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

La 1ère CPN s'effectue entre 10 et 13 semaine d'aménorrhée (SA) (équivalent au 3ème mois), la 2ème CPN est entre 18 et 21 SA (équivalent au 5ème mois, la 3ème CPN est entre 27 et 30 SA (équivalent au 7ème mois), et enfin la dernière CPN est entre 36 et 40 SA (équivalent au 9ème mois)(18).

Indicateur 1.2

DEFINITION : Nombre de femmes enceintes ayant reçu quatre doses de sulfadoxine/pyriméthamine (SP) pendant les soins prénatals
NUMERATEUR : Nombre de femmes enceintes ayant reçu la quatrième dose de SP
DENOMINATEUR : Estimation du nombre de femmes enceintes (4% du total de la population)
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

Le SP est un antipaludique administré per-os dans le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse, dans les zones de transmission modérée à élevée en Afrique.
4 comprimés en dose unique sont à administrer, à partir du 2ème mois de grossesse, dont l'intervalle entre 2 comprimés est de minimum 1 mois(19).

Indicateur 1.3

DEFINITION : Nombre de femmes enceintes ayant accouché dans un établissement de santé et ayant été pris en charge pour un accoucheur qualifié
NUMERATEUR : Nombre d'accouchements pris en charge par un accoucheur qualifié
DENOMINATEUR : Estimation du nombre de femmes enceintes (4% du total de la population)
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

Les « personnes qualifiées » sont les sages-femmes de catégorie A1, les infirmiers de catégorie A2 ou plus et les médecins.

Indicateur 1.4

DEFINITION : Proportion des établissements de santé interrogés en mesure d'offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base ou complets selon les critères au cours de la période ciblée
NUMERATEUR : Nombre d'établissements de santé interrogés en mesure d'offrir des soins obstétriques et néonataux d'urgence de base ou complets
DENOMINATEUR : Nombre d'établissements de santé interrogés
SOURCE DES DONNEES : Enquête d'évaluation
FREQUENCE : 1/semestre

L'enquête d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux d'urgence évalue l'aptitude des centres de santé à fournir des soins obstétricaux d'urgence de base selon 8 critères (réussite si au moins 7 critères sont remplis) et l'aptitude des hôpitaux régionaux à fournir des soins obstétricaux d'urgence complets selon 12 critères (réussite si au moins 10 critères sont remplis).

Indicateur 1.5

DEFINITION : Nombre et proportion de décès maternels examinés conformément au guide national
NUMERATEUR : Nombre de décès maternels examinés
DENOMINATEUR : Nombre de décès maternels dans les établissements de santé
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

Indicateur 1.6

DEFINITION : Nombre et proportion de nouveau-nés ayant reçu des soins essentiels
NUMERATEUR : Nombre de nouveau-nés ayant reçu des soins essentiels
DENOMINATEUR : Nombre d'enfants nés vivants
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

Les soins essentiels pour le nouveau-né sont :

1. Le séchage immédiat et complet,
2. Le contact peau à peau avec la mère,
3. Le clampage et la coupe du cordon ombilical dans les premières minutes après l'accouchement,
4. L'allaitement maternel précoce et exclusif.

➢ Indicateur 1.7

DEFINITION : Proportion de survivants de violences sexuelles ayant reçu un kit PEP sur l'ensemble des survivants qui se sont présentés dans un établissement de santé dans les 72 heures suivant l'incident
NUMERATEUR : Nombre de victimes de violences sexuelles ayant reçu un kit PEP dans les 72 heures suivant l'incident
DENOMINATEUR : Nombre de victimes de violences sexuelles se présentant dans un centre de santé dans les 72 heures suivant l'incident
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

Le PEP (prophylaxie post-exposition) est un traitement à administrer lors d'une potentielle infection par le VIH.
Le PEP est une combinaison de médicaments contre le VIH qui doit être administré le plus tôt possible après la possible exposition, maximum 72 heures après celle-ci(20).

➢ Indicateur 1.8

DEFINITION : Proportion d'enfants de 6 à 59 mois dépistés pour la malnutrition par des volontaires communautaires (les « relais communautaires » RECO)
NUMERATEUR : Nombre d'enfants de 6 à 59 mois dépistés pour la malnutrition par des RECO
DENOMINATEUR : Estimation du nombre d'enfants de 6 à 59 mois dans la communauté (16,9% de la population totale)
SOURCE DES DONNEES : DHIS2 IMA
FREQUENCE : 1/trimestre

La malnutrition est dépistée grâce au bracelet MUAC (Mid-Upper Arm Circumference). Cet outil permet la mesure de l'épaisseur du tissu musculaire et graisseux sous-cutané au niveau du biceps, exprimée en cm (**Figure 7a**). Le code couleur définit le degré de malnutrition : le vert signifie « pas de malnutrition aiguë détectée », le jaune « malnutrition aiguë modérée » et le rouge « malnutrition aiguë sévère »(21).

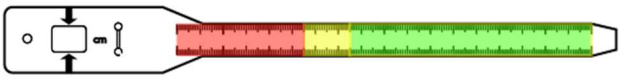

Figure 7a : Bracelet de MUAC, utilisé pour mesurer le périmètre brachial dans le cadre du dépistage de la malnutrition chez les enfants âgés entre 6 et 59 mois*(21)*

La recherche d'œdème au niveau des pieds permet d'évaluer le degré de gravité dans le cadre de la malnutrition sévère. Elle s'effectue en exerçant une pression normale exercée avec le pouce pendant au moins 3 secondes. Si l'empreinte du pouce persiste, cela signifie que l'enfant présente un œdème (**Figure 7b**).

Figure 7b : Recherche d'œdème au niveau des pieds dans le cadre du dépistage de la malnutrition sévère chez les enfants âgés entre 6 et 59 mois*(21)*

Tout enfant dépisté malnutri est suivi dans les CDS/HÔP. En parallèle, le programme SEMI instaure un suivi à domicile par les RECO pour ces enfants durant une période de 3 mois. Les RECOS surveillent le degré de malnutrition de l'enfant (grâce au bracelet MUAC) et fournissent des conseils nutritionnels

aux personnes en charge de soigner l'enfant. Tous ces enfants reçoivent 5 visites à domicile par un RECO. Au bout de la 5ème et dernière visite, un dépistage de la malnutrition est réalisé à l'aide du bracelet MUAC, afin d'évaluer si l'enfant est guéri.

➢ Indicateur 1.9

DEFINITION : Nombre de consultations externes dans les établissements de santé pour des services curatifs pour 100 habitants/an
NUMERATEUR : Nombre de consultations externes dans les établissements de santé pour des services curatifs
DENOMINATEUR : Estimation de la population totale
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

➢ Indicateur 1.10

DEFINITION : Nombre et proportion d'enfants de moins de 1 an ayant reçu tous les vaccins requis selon les directives nationales
NUMERATEUR : Nombre d'enfants de moins de 1 an complètement vacciné
DENOMINATEUR : Estimation du nombre total d'enfant de moins de 1 an (3.49% du total de la population)
SOURCE DES DONNEES : DHIS2
FREQUENCE : 1/trimestre

Le calendrier vaccinal des enfants de moins de 1 an en RDC est présenté ci-dessous **(Figure 8).**

Figure 8 : *Calendrier vaccinal des enfants de moins de 1 an en République Démocratique du Congo, mai 2023(22)*

3.3 Analyse des données

Le cadre logique détermine un objectif de réalisation attendu pour chaque indicateur, cet objectif diffère chaque trimestre (il augmente). Il est exprimé en pourcentage et il peut également être accompagné de l'effectif respectif.
L'analyse des indicateurs se fait en fonction de la réalisation de l'objectif prédéterminé :
Atteinte de l'objectif = résultat satisfaisant / Non-atteinte de l'objectif = résultat non satisfaisant.

4 RESULTATS

4.1 Résultats globaux

La population de la province du Kasaï est estimée à 5 623 585 millions d'habitants en 2023. On considère que 21% de la population sont des femmes en âge de procréer, c'est-à-dire des femmes âgées entre 15 et 49 ans (n=1 180 953). Parmi celles-ci, 19% d'entre elles seraient enceintes (n=224 943).
On estime que la population d'enfants âgées de moins de 1 an représente 3,49% de la population générale, soit un effectif de 196 263. Les enfants âgés de plus de 6 mois et de moins de 5 ans sont estimés à 16,9% de la population, cumulant un total de 950 386.
Enfin, la prévalence des survivants de violences sexuelles et sexistes (SVSS) est estimée à 0,8% de la population générale, soit 44 989 cas en 2023 **(Tableau 3).**

Tableau 3 : Description de la population estimée de la province du Kasaï par zones de santé, regroupées par pool, pour l'année 2023

		Population Générale	Femmes en âge de procréer	Femmes enceintes	SVSS	Enfants de < 1 an	Enfants entre 6 et 59 mois
Pool Mweka	Bulape	249 663	52 429	9 987	1 997	8 713	42 193
	Dekese	204 152	42 872	8 166	1 633	7 125	34 502
	Ilebo	243 660	51 169	9 746	1 949	8 504	41 179
	Kakenge	226 252	47 513	9 050	1 810	7 896	38 237
	Luebo	330 583	69 422	13 223	2 645	11 537	55 868
	Mikope	247 632	52 003	9 905	1 981	8 642	41 850
	Mushenge	222 591	46 744	8 904	1 781	7 768	37 618
	Mweka	279 577	58 711	11 183	2 237	9 757	47 248
	Ndjoko Mpur	211 451	44 405	8 458	1 692	7 380	35 735
Pool Tshikapa	Banga Lubak	195 765	41 111	7 831	1 566	6 832	33 084
	Kalonda Oue	524 055	110 052	20 962	4 192	18 290	88 565
	Kamonia	507 667	106 610	20 307	4 061	17 718	85 796
	Kamwesha	559 308	117 455	22 372	4 474	19 520	94 523
	Kanzala	309 628	65 022	12 385	2 477	10 806	52 327
	Kitangwa	343 162	72 064	13 726	2 745	11 976	57 994
	Mutena	331 005	69 511	13 240	2 648	11 552	55 940
	Nyanga	161 261	33 865	6 450	1 290	5 628	27 253
	Tshikapa	476 174	99 997	19 047	3 809	16 618	80 473
Province du Kasaï		**5 623 585**	**1 180 953**	**224 943**	**44 989**	**196 263**	**950 386**

Tous les effectifs présentés ci-dessus sont issus d'estimations. Ces estimations vont être utilisées pour calculer la plupart des indicateurs : elles interviendront, plus précisément, au niveau du dénominateur dans le calcul des indicateurs.

A propos de l'extrant n°1 « Accroître l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition », 9 indicateurs sur 10 ont pu être évalués lors de ce deuxième rapport trimestriel (T2) **(Tableau 4).**
En effet, l'outil permettant de collecter les données de l'indicateur 1.4 est une enquête d'évaluation (format papier), réalisée chaque semestre. Les données n'étaient pas encore disponibles au moment de la réalisation du rapport trimestriel.

Concernant les 9 indicateurs ayant été évalués, 5 sont à moins de 100%, ce qui signifie que la majorité des indicateurs n'ont pas atteint l'objectif fixé.
Le résultat le moins performant est celui en lien avec la vaccination complète des enfants de moins de 1 an avec un pourcentage de réalisation de l'objectif à 90%.
Le résultat le plus performant concerne le dépistage de la malnutrition des enfants âgées entre 6 et 59 mois par les RECO, dont le pourcentage de réalisation de l'objectif est à 190%, ce qui est très élevé.

Tableau 4 : Tableau d'activité du programme SEMI durant le trimestre de janvier à mars 2023 (T2), concernant les 10 indicateurs de l'extrant n°1 « Accroître l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition », dans la province du Kasaï

	Objectif T2		**Réalisation T2**		**Pourcentage de réalisation de l'objectif**
	%	**Effectif**	**%**	**Effectif**	
Indicateur 1.1: Nombre et pourcentage de femmes enceintes qui se rendent aux quatre visites de consultations prénatals	82	45 130	79	44 373	96
Indicateur 1.2: Nombre et pourcentage de femmes enceintes ayant reçu quatre doses de sulfadoxine/pyriméthamine lors des soins prénataux	52	30 940	48	27 296	92
Indicateur 1.3: Nombre d'accouchements assistés par une personne qualifiée	95	54 582	98	54 898	103
Indicateur 1.4: Pourcentage des établissements de santé interrogés en mesure d'offrir des soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base ou complets	-	-	-	-	-
Indicateur 1.5: Nombre et pourcentage de décès maternels examinés	92	-	89	17	97
Indicateur 1.6: Nombre et pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins essentiels	93	-	98	54 661	105
Indicateur 1.7: Nombre et pourcentage de survivants de violences sexuelles et sexistes arrivant dans un établissement de santé dans les 72 heures et ayant reçu des kits PEP	98	-	95	387	97
Indicateur 1.8: Nombre et proportion d'enfants de 6 à 59 mois soumis à un dépistage de la malnutrition par des volontaires communautaires	51	154 022	97	295 595	190
Indicateur 1.9: Nombre et pourcentage d'utilisation curative	62	878 337	66	938 136	106
Indicateur 1.10: Nombre et pourcentage d'enfants de moins de 1 an complètement vaccinés	80	41 000	72	35 841	90

4.2 Indicateur 1.1 & Indicateur 1.2

L'indicateur 1.2, qui mesure le nombre de femmes enceintes ayant reçu la 4ème et dernière dose du traitement antipaludéen préventif (SP4), a obtenu le 2ème plus mauvais résultat de l'extrant n°1. Seulement 48% des femmes enceintes estimées ont reçu leur SP4.

Pourtant le traitement était disponible sur cette période puisque la 3ème dose (SP3) a pu être administrée.

En effet, les pourcentages d'administration de SP3 et de SP4, distribués au même moment, ont été comparés (**Tableau 5**). Les pourcentages d'administration de SP3 étaient aux alentours de 77% dans les 2 pools, ce qui n'était pas le cas concernant l'administration de SP4. Ainsi, les pourcentages d'administration de SP3 était plus du double que celui de SP4 dans le pool Tshikapa.

Tableau 5 : Pourcentage d'administration réalisée de comprimés de la 3ème (SP3) et 4ème dose (SP4) du traitement antipaludéen préventif durant la grossesse, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2023

		Aministration SP3 (%)	Administration SP4 (%)	Rapport SP4/SP3
Pool	Mweka	77.85	69.52	0.89
	Tshikapa	77.88	34.75	0.45
Kasai		77.87	48.52	0.62

De plus les femmes ont été présentes à la 4ème consultation prénatale.
En effet, les indicateurs 1.1 et 1.2 ont également été comparés afin d'évaluer le nombre de femmes enceintes présentent à la 4ème consultation prénatale, mais n'ayant pas bénéficié de SP4. Les conclusions ont été les mêmes que les précédentes : dans certaines ZS, seulement la moitié des femmes présentent lors de leur 4ème et dernière consultation reçoivent SP4.

L'analyse des données des 404 AS a révélé que certaines AS ne rapportent pas les données concernant l'indicateur 1.2, ce qui fait chuter le pourcentage d'administration de SP4 au niveau de la ZS (**Figure 9**).

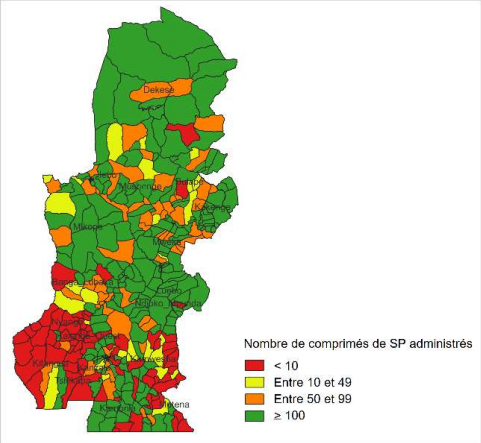

Figure 9 : Nombre de comprimés de la 4ème dose du traitement antipaludéen préventif durant la grossesse (SP4) administrés par aires de santé, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2023

4.3 Indicateur 1.3

L'objectif de réalisation de cet indicateur a été atteint, à hauteur de 103%, ce qui représente 98% des accouchements estimés dans les CDS/HÔP.

Lorsqu'on examine le nombre d'accouchements assistés par un professionnel qualifié par ZS, on constate que certaines ZS affichent des résultats à plus de 100%.

8 ZS sont concernées, leur taux oscille entre 101 et 110% (affiché en rouge dans le graphique ci-dessous) (**Figure 10**). Cela signifie qu'il y aurait eu plus d'accouchements assistés par un personnel qualifié signalés, que de femmes enceintes estimées.

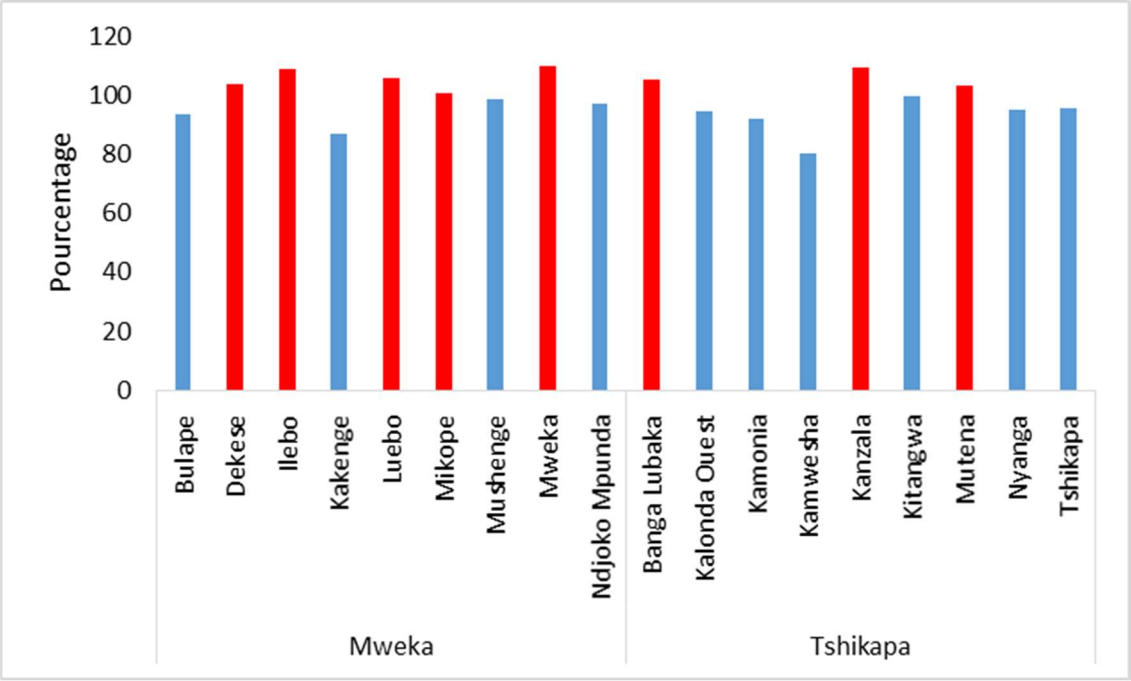

Figure 10 : ***Rapport des accouchements pris en charge par un accoucheur qualifié sur l'estimation du nombre de femmes enceintes par zones de santé, regroupées en pool, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2O23***

4.4 Indicateur 1.5

Le système de surveillance et d'intervention en cas de décès maternel périnatal (MPDSR) vise à recueillir des informations sur les décès maternels afin d'identifier et d'anticiper les complications systémiques lors de l'accouchement.

Seulement 19 décès maternels ont été signalés dans les établissements de santé de la province du Kasaï. Sur ces 19 décès, 17 ont été examinés. Ainsi, la réalisation de l'objectif fixé à 92% n'a pas été atteinte, à 1 personne près.

4.5 Indicateur 1.6

54 661 nouveau-nés ont bénéficié de soins essentiels au moment de leur naissance sur les 55 740 nouveau-nés vivants enregistrés sur DHIS2. Cela représente 98% des naissances.

Ainsi l'objectif a donc été atteint, à hauteur de 105% (objectif fixé à 93% des naissances de nouveau-nés vivants).

4.6 Indicateur 1.7

44 989 SVSS ont été estimés dans la province du Kasaï pour l'année 2023, soit environ 11 247 cas par trimestre.
Au niveau de DHIS2, 466 cas de violences sexuelles et sexistes (VSS) ont consultés les CDS/HÔP et 407 d'entre eux (88%) sont arrivés au centre dans les 72 heures suivant l'agression.
387 personnes ont reçu le kit PEP (95%), ce qui signifie que 20 personnes n'ont pas été prises en charge à temps. Ainsi, la réalisation de l'objectif fixé à 98% n'a pas été atteinte.
Tous les cas recensés sont des femmes. Un regroupement de la majorité des cas de VSS dans le sud de la province, en bordure de l'Angola, a été constaté (**Figure 11**).

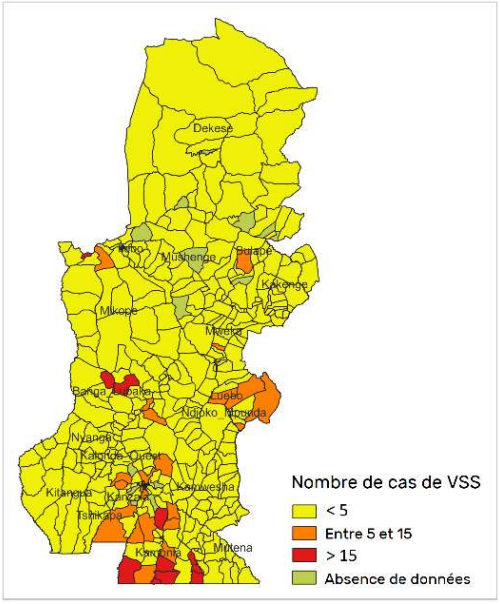

Figure 11 : ***Nombre de cas de survivants de violences sexuelles et sexistes (SVSS) ayant consulté une structure de santé dans les 72h après l'agression par aires de santé, dans la province du Kasaï, dans le cadre du Programme SEMI, durant le trimestre de janvier à mars 2O23***

4.7 Indicateur 1.8

L'indicateur 1.8 permet de mesurer le nombre d'enfants âgés entre 6 et 59 mois dépistés pour malnutrition par les RECO, dont l'objectif a été fixé à 51% de ces enfants.
Cet objectif a été largement atteint, à hauteur de 190%. En effet, 97% des enfants estimés âgés entre 6 et 59 mois ont été dépistés dans la province du Kasaï. 295 595 ont été dépistés, au lieu de 154 022 attendus.

En lien avec l'indicateur 1.8, l'analyse du taux de guérison de ces enfants malnutris a été réalisée.
Après analyse des données de suivi de ces enfants, des incohérences ont été mises en évidence dans certaines AS.
Le nombre de visite de fin de suivi est :

- régulièrement supérieur au nombre de 1ère visite
- anormalement élevée comparée à la taille de l'AS

4.8 Indicateur 1.9

938 136 personnes ont consulté les centres de santé, contre 878 337 attendus. La réalisation de cet objectif a été atteinte (107%).

4.9 Indicateur 1.10

DHIS2 comptabilise 35 841 enfants de moins de 1 an ayant un schéma vaccinal complet. Cela représente 72% de l'effectif estimé des enfants de moins de 1 an, ce qui est en-dessous de l'objectif fixé durant ce trimestre (41 000 enfants). Cet indicateur obtient le plus mauvais résultat de l'extrant n°1.

Concernant la vaccination contre la rougeole, 46 760 enfants ont reçu leur injection anti-rougeole durant leur première année, ce qui représente une couverture vaccinale estimée contre la rougeole à hauteur de 94%.

5 DISCUSSIONS

5.1 Synthèse des résultats

La particularité du programme SEMI est de soutenir et de renforcer les systèmes de santé, dans la province du Kasaï, pendant une durée de 3 ans.
La population cible est donc toute la population du Kasaï, plus particulièrement les femmes et les enfants. L'effectif de ces populations a été déterminé à partir d'estimation.
Certains indicateurs ont obtenu de très bon scores, avec dépassement des objectifs attendus, tels que :

- 98% des accouchements en établissements de santé ont été pris en charge par un accoucheur qualifié
- 98 % des nouveau-nés ont reçu des soins essentiels au moment de leur naissance
- 97% des d'enfants âgées entre 6 et 59 mois ont été dépistés pour la malnutrition par des RECO

D'autres indicateurs ont obtenu des résultats moins satisfaisants, et n'ont pas atteint les objectifs souhaités :

- 48% des femmes enceintes ont reçu leur SP4 durant des soins prénataux
- 72% des enfants de moins de 1 an ont été complètement vaccinés

Cependant ces chiffres sont à considérer avec précaution. Les résultats révèlent des faiblesses au niveau des données estimées ainsi que dans les données rapportées.

5.2 Limites dans le calcul des indicateurs

5.2.1 Qualité des données estimées

Certains résultats affichent des incohérences.

Dans 8 ZS, le nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié rapporté dans DIHS2 est plus élevé que le nombre de femmes enceintes estimées (**indicateur 1.3**). Il est donc probable que le nombre de femmes enceintes soit sous-estimé.

L'**indicateur 1.8** présente des résultats similaires avec un pourcentage de réalisation de l'objectif à 190%. Cet indicateur indique que 97% des enfants estimés âgés entre 6 et 59 mois ont été dépistés dans la province du Kasaï, alors que le programme SEMI avait pour objectif de dépister 51% de ces enfants.

Plusieurs explications peuvent expliquer ce très bon score. Par exemple il se pourrait que les RECO aient été extrêmement actifs et aient dépassé les attentes. Une autre explication serait due à la sous-estimation du nombre d'enfants âgées entre 6 et 59 mois dans la province du Kasaï. Il est donc probable que l'effectif de ces enfants soit mal-estimé, plus précisément sous-estimé, ce qui impacterait directement les résultats de réalisation de l'objectif.

En effet, le dernier recensement national population et de l'habitat a été réalisé en 1984 par l'Institut National des Statistiques (INS)(23). L'INS a évalué un taux annuel de croissance de la population aux alentours de 3%. Ainsi, la taille de la population nationale est estimée depuis 1984 à partir de ce taux. Le nombre de femmes enceintes est quant à lui estimé à 4% de la population générale et le nombre d'enfants âgées entre 6 et 59 mois est estimé à 16,9% de la population générale.

Lorsqu'il y a sous-estimation de la population ciblée, cela impacte directement l'atteinte des objectifs des indicateurs et donc leur évaluation. La plupart des calculs des indicateurs ont pour dénominateur une estimation d'une population. Si ces populations sont sous-estimées, les indicateurs seront donc surestimés.

5.2.2 Qualité des données rapportées

Un autre élément qui semble impacter les résultats concernent la qualité des données rapportées.

En effet, le pool Tshikapa est marqué par un nombre important de données manquantes concernant l'**indicateur 1.2**, ce qui explique les mauvais scores obtenus pour cet indicateur.
Cet indicateur calcule le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu la SP4 sur une population estimée de femmes enceintes.

Deux hypothèses ont été soulevées :

- mauvaise compréhension de cet indicateur par les professionnels de santé qui étaient sous-informés par rapport à l'importance de notifier l'administration de SP4 (au niveau de l'AS),
- mauvaise compréhension de la nécessité ou du mécanisme de déclaration de l'administration de SP4 dans DHIS2 (au niveau de la ZS).

Les données manquantes semblent avoir également impactés les résultats de l'**indicateur 1.5**, qui déterminent le pourcentage de décès maternels examinés sur le nombre de décès maternels dans les CDS/HÔP.
56 975 femmes enceintes ont été estimées pour T2 dans la province du Kasaï (cf **Tableau 3**), ce qui représente une estimation de +/- 56 975 accouchements. Pour rappel, la province du Kasaï est une des plus pauvres de la RDC, dont le taux de mortalité maternelle est parmi les plus élevés du pays.
Une étude réalisée dans l'Est de la RDC en 2018 a révélé que 83,1% de la prise en charge des accouchements des femmes en intra-hospitalier a été jugée inadéquate (que ce soit au niveau des prestations médicales et de nursing, mais également de la faible disponibilité des médicaments et de poches de sang pour la transfusion). La première cause de décès était l'hémorragie (63,4% des cas), puis les éclampsies (8,5% des cas) et les infections (7% des cas)(24).

Il parait donc surprenant que seulement 19 décès maternels aient eu lieu dans les CDS/HÔP durant ce trimestre. Le trimestre précédent affichait ce même type de résultat (16 décès enregistrés sur DHIS2).
En 2022, IMA avait recueillie les commentaires en lien avec le système MPDSR de 50 groupes de discussion et d'entretiens approfondis dans 3 provinces de la RDC, dont le Kasaï. Une information majeure retenue était que les CDS avaient tendance à sous-déclarer les décès maternels par crainte des répercussions de la part des autorités sanitaires.
Ainsi, l'exactitude des informations en lien avec cet indicateur est à prendre avec précaution.

Concernant l'**indicateur 1.10**, celui ayant obtenu le plus mauvais résultat, 72% des enfants estimés de moins de 1 an dans la province du Kasaï durant T2 ont été vaccinés complètement, contre 80% attendus.

La RDC étant fréquemment frappée par les épidémies de la rougeole, une surveillance spécifique de la vaccination contre cette maladie a été mise en place dans le cadre du programme SEMI.
Pour information, depuis 2018, la province du Kasaï fait partie des provinces bénéficiant du soutien du plan Mashako instauré par le Gouvernement. L'objectif principal de ce plan était d'augmenter la couverture vaccinale complète de 15 % en 18 mois dans 9 provinces identifiées comme ayant les couvertures vaccinales les plus mauvaises du pays (moins de 35% des enfants âgées entre 12 et 23 mois)(25).
La première phase de ce plan d'urgence (2018-2019) a permis une remarquable augmentation de la couverture vaccinale complète dans la province du Kasaï (qui était de l'ordre de 30% de couverture vaccinale en 2017). Le programme ASSR a permis d'atteindre des taux de couverture vaccinale de plus de 98% pendant 10 trimestres consécutifs.
Néanmoins, une recrudescence des cas de rougeole dans la province du Kasaï a été observée depuis le début de l'année 2023.
Aucun cas n'avait été enregistré en décembre 2022, puis 8 cas en janvier 2023, 80 cas en février et 202 cas en mars. 75% des cas sont des enfants âgées de moins de 5 ans.
Pourtant, la couverture vaccinale des enfants de moins de 1 an contre la rougeole est de 94% pour ce trimestre, et de 99% pour le précédent trimestre.

Une première hypothèse serait qu'une dose unique de vaccin anti-rougeole serait insuffisante pour garantir une immunité collective. C'est pourquoi il serait souhaitable d'instaurer une dose de rappel aux alentours des 15 mois de l'enfant dans le calendrier vaccinale de la RDC.
Une autre hypothèse serait liée à la falsification des données. En effet, un audit informel a eu lieu au mois de mai 2023. Les registres des CDS visités affichaient des taux de couverture pour la rougeole de 30%, alors que les données enregistrées sur DHIS2 étaient aux alentours de 90%. De nombreuses périodes d'interruption du vaccin ont été constatées, qui n'apparaissaient pourtant pas sur la plateforme.

Aussi, il a été constaté que les données en lien avec le suivi des enfants malnutris (en lien avec l'**indicateur 1.8**) comportent beaucoup d'incohérences dans certaines AS. Le nombre de 5ème visite est régulièrement supérieur au nombre de 1ère visite, et le nombre de 5ème visite est anormalement élevé au vu de la taille de la population estimée de l'AS. Ces données aberrantes persistent depuis 2019 (depuis le lancement du 2ème programme de renforcement des systèmes de santé de IMA).

Pour terminer, concernant l'**indicateur 1.7**, indicateur qui calcule le nombre de SVSS ayant bénéficié d'un KIT PEP moins de 72h après l'agression sur le nombre de SVSS s'étant présenté dans une structure de soin moins de 72h après l'agression, tous les SVSS enregistrés durant ce trimestre et le précédent sont des femmes. Cela laisse suggérer qu'il y aurait une sous-déclaration des VSS subies par des hommes, causés par des normes culturelles très présentes qui empêcheraient aux hommes de signaler des abus.
Egalement, 44 989 SVSS ont été estimés dans la province du Kasaï pour l'année 2023, ce qui représente environ 11 247 cas estimé par trimestre. 466 SVSS ont été enregistrés sur DHIS2, soit 4% du nombre des SVSS estimés. Ainsi, la prise en charge des SVSS grâce au kit PEP est insignifiante au vu du nombre élevé de cas de VSS estimés.

5.3 Limites et forces de l'étude

5.3.1 Limites

❖ Résultats non pertinents. Les résultats des indicateurs issus de DHIS2 ne peuvent être pertinents si la qualité des données n'est pas garantie. 3 critères de la qualité des données de DHIS2 n'ont pas été respectés :

- Complétude (par exemple avec les données manquantes de l'administration de la SP4),
- Fiabilité (par exemple les données falsifiées concernant la vaccination de la rougeole),
- Cohérence (par exemple les données illogiques comme le nombre de 5ème visite dans le cadre de la surveillance de la malnutrition supérieur aux nombre de 1ère visite).

❖ Individus en charge de la saisie des données non formés au programme SEMI. Les personnes en charge de saisir les données des canevas sur DHIS2 sont des personnes recrutées de manière ponctuelle, n'ayant aucune compétence dans le domaine de la santé et n'ayant aucune connaissance sur le programme SEMI. Elles ne sont donc pas capables de remarquer les données aberrantes et donc elles ne peuvent pas contrôler les données qui sont saisies sur DHIS2.

❖ Persistante des données en format papier. Les données saisies sur DHIS2 proviennent de format papier, envoyés par les AS. Il y a des risques de :

- Mauvaise retranscription des données sur DHIS2 au niveau du bureau central de la ZS,
- Difficulté d'avoir accès aux documents originaux au niveau central (Kinshasa),
- Perte du document original si mauvais stockage.

❖ Mauvaises infrastructures. Le Kasaï est une province située à 2 jours de route de Kinshasa, et pour laquelle certaines AS/ZS sont pauvre en infrastructures (mauvaises routes donc zone isolée (notamment en saison des pluies), mauvaise alimentation en électricité, connexion internet intermittente). Cela joue en la défaveur d'un bon accompagnement et d'un bon suivi des activités. Egalement, au niveau central (Kinshasa), il est compliqué d'être en relation direct avec les structures de santé, ce qui complique la recherche d'informations.

❖ Ne pas être allée sur le terrain. A cause de difficultés logistiques et de peine à faire coïncider les différents agendas, je n'ai pas pu me rendre dans la province du Kasaï. Cette visite terrain aurait été une réelle plus-value dans ma compréhension des difficultés qui compliquent la réalisation des activités.

5.3.2 Forces

❖ Ce rapport a permis d'établir une synthèse de l'activité de programme SEMI de janvier à mars 2023 en mettant en avant les réussites mais également les axes à améliorer. L'analyse des indicateurs servira d'inspiration dans la révision du cadre logique durant le mois de juin 2023.

❖ Ce rapport a permis de compléter le cadre logique, ce qui permet d'avoir une vision de l'évolution du programme dans sa globalité.

❖ DHIS2 est le SNIS national de la RDC depuis 2017. Ainsi les données collectées durant cette étude englobent toute la population du Kasaï.

❖ Les données collectées sont très riches et elles permettent de réaliser des analyses à différents niveaux, que ce soit au niveau du CDS, au niveau zonal ou au niveau provincial, ce qui permet de mieux comprendre certains résultats (par exemple le non rapportage de la SP4).

❖ Une équipe terrain IMA est implantée de manière permanente en province ce qui permet de faire le lien avec les ZS/AS et Kinshasa. Cette présence sur le terrain permet de prendre du recul par rapport à certains résultats (par exemple les taux de vaccination élevée de rougeole sur DHIS2).

6 PERSPECTIVES

Un audit interne annuel de SEMI a été réalisé en avril 2023. Celui-ci a permis de vérifier, de contrôler et d'évaluer les activités du programme SEMI afin de fournir les axes d'amélioration pour l'année à venir.

Une révision du cadre logique est prévue pour le mois de juin 2023 afin d'améliorer la pertinence des indicateurs. De nouveaux indicateurs vont être créés, dans le but par exemple d'avoir :

- une meilleure visibilité de la pratique du personnel de santé. Certains indicateurs affichent de bons résultats, tels que l'**indicateur 1.6** (soins essentiels réalisés auprès des nouveau-nés au moment de leur naissance) mais ces données n'ont pas été vérifiées car aucun contrôle de la réelle bonne pratique de la part du personnel de santé n'a été effectué.
- une meilleure évaluation de la qualité des soins offerts. Par exemple, l'**indicateur 1.9** a mis seulement en évidence que 66% de la population estimée consultaient les structures de santé. Afin que cet indicateur soit plus pertinent, cet indicateur évaluera aussi la qualité des soins offerts aux personnes ayant consulté les structures de santé.

D'autres indicateurs, jugés moins pertinents, seront supprimés, comme par exemple l'**indicateur 1.1** (4ème visite prénatal), qui est redondant avec l'**indicateur 1.2** (4ème dose de SP).

7 CONCLUSION

Le travail réalisé durant ces deux mois au sein de IMA à Kinshasa en République Démocratique du Congo s'inscrit dans le cadre du programme SEMI dans la Province du Kasaï, dont le but ultime est de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile et ainsi participer à l'accélération de la transition démographique et la réduction de la pauvreté.

Cette contribution a permis de rédiger le deuxième rapport d'activités trimestriel dans le cadre du suivi-évaluation du programme.

Un des grands atouts du programme est la base de données du programme SEMI qui est très riche car elle compile les données au niveau de la population générale, notamment grâce au logiciel DHIS2.
Néanmoins, de nombreuses faiblesses ont été identifiées concernant la qualité des données disponibles, que ce soit au niveau des données estimées, mais également des données rapportées.

Des mesures sont/vont être entreprises afin de pallier à ce manque de qualité de l'information et d'obtenir des données plus fiables.

L'intérêt de cette étude est notamment d'avoir mis en évidence l'importance primordiale de concevoir un système de collecte de données méthodique et fiable, et le risque toujours présent d'obtenir des données erronées, aberrantes ou ne reflétant pas la réalité en cas de biais ou de contrôles insuffisants, et ce malgré une structure solide.

De la même façon, cette étude montre à quel point il est indispensable dans le cadre d'un programme de santé publique de disposer d'un système de suivi-évaluation cohérent permettant de détecter des problèmes dans la mise en œuvre des activités et de corriger les manquements qui pourraient entraver l'atteinte des objectifs.

8 BIBLIOGRAPHIE

1. IMA World Health. home - IMA World Health, DRC [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://imadrc.org/

2. Van Reybrouck D. Congo, une histoire. 1re éd. Arles: Actes sud; 2012. 720 p.

3. Ministère du Plan. Institut National de la Statistique | RD Congo | [Internet]. 2023 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://ins.cd/

4. World Population Review. worldpopulationreview.com. [cité 24 juin 2023]. Kinshasa Population 2023. Disponible sur: https://worldpopulationreview.com/world-cities/kinshasa-population

5. OnTheWorldMap. ontheworldmap.com. [cité 24 juin 2023]. Democratic Republic of the Congo Map. Disponible sur: https://ontheworldmap.com/democratic-republic-of-the-congo/

6. Quinn G, Selim J, Jespersen E, Mukherjee S. Rapport national sur le développement humain 2016 [Internet]. PNUD; 2023 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2016froverviewwebpdf.pdf

7. Programme de planification familiale en RDC. planificationfamiliale-rdc.ne. [cité 24 juin 2023]. Fiche pays RDC. Disponible sur: http://planificationfamiliale-rdc.net/fiche-pays.php

8. Banque Mondiale. République démocratique du Congo - Vue d'ensemble [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview

9. Programme de planification familiale en RDC. planificationfamiliale-rdc.ne. 2023 [cité 25 juin 2023]. Mécanismes de prestation de services. Disponible sur: http://planificationfamiliale-rdc.net/serviceDeliveryMechanisms.php

10. UNICEF. Le conflit au Kasaï, en République démocratique du Congo [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://www.unicef.org/fr/sos-enfants/r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo

11. Emina JBO, Gahungu P, Iyese F, Etinkum R, Kini B, Mobolua JF, et al. Situation analysis for delivering integrated comprehensive sexual and reproductive health services for displaced population of Kasaï, Democratic Republic of Congo: Protocol for a mixed method study. PLoS One. 2020;15(12):242-56.

12. Ghanem H, Carret JC, Grant Evans T, Haque T, Kakietek JJ, Nazem Samaha H. Multisectoral nutrition and health project DRC [Internet]. Banque Mondiale; 2023 [cité 24 juin 2023]. Report No.: PAD3267. Disponible sur: https://documents1.worldbank.org/curated/en/826401558117375531/pdf/Congo-Democratic-Republic-of-Multisectoral-Nutrition-and-Health-Project.pdf

13. Sthreshley L, Girois S, Katele J, Ngoy B, Mibulumukini B, Lowe G, et al. Essential Services for Maternal and Child Health Programme in DRC. IMA World Health; 2022.

14. Matsha-Carpentier B, Ozsoy A, Wynter A. Guide pour le suivi et l'évaluation de projets/programmes [Internet]. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge; 2023 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://greval.ch/wp-content/uploads/2016/06/Monitoring-and-Evaluation-guide-FR.pdf

15. PNUAD. Théorie du changement [Internet]. Groupe des Nations Unies pour le Développement; 2023 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-UNDAF-Companion-Pieces-7-Theorie_du_Changement.pdf

16. Sansom K. Introduction au cadre logique. WEDC;

17. DHIS2. About DHIS2 [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://dhis2.org/

18. Médecins Sans Frontières. medicalguidelines.msf.org. [cité 24 juin 2023]. Consultations prénatales | Guides médicaux. Disponible sur: https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/ONC/francais/1-2-consultations-prenatales-51415994.html

19. Médecins Sans Frontières. medicalguidelines.msf.org. [cité 24 juin 2023]. Sulfadoxine/Pyriméthamine = SP oral | Guides médicaux. Disponible sur: https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/EssDr/francais/sulfadoxine-pyrimethamine-sp-oral-16686429.html

20. Terrence Higgins Trust. tht.org.uk. [cité 24 juin 2023]. PEP (post-exposure prophylaxis for HIV). Disponible sur: https://www.tht.org.uk/hiv-and-sexual-health/pep-post-exposure-prophylaxis-hiv

21. Côte d'Ivoire Nutrition Training. fantaproject.org/. [cité 24 juin 2023]. Modules Food and Nutrition Technical Assistance. Disponible sur: https://www.fantaproject.org/countries/cote-d-ivoire/nutrition-training-modules

22. Programme Elargi de Vaccination. pevrdcongo.cd. [cité 24 juin 2023]. Calendrier vaccinal des enfants de 0 à 11 mois. Disponible sur: https://www.pevrdcongo.cd/

23. Muhemedi S, Kabangu Y, Mpeli F, Salumu S, Kabeya P, Okitolonda E. Evolution du système national d'information sanitaire de la république démocratique du Congo entre 2009 et 2015. Pan Afr Med J [Internet]. 14 nov 2017 [cité 24 juin 2023];28(225). Disponible sur: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/225/full

24. Mbeva JBK, Karemere H, Prudence MN, Nyavanda L, Mundama JP. Maternal deaths factors in hospital area: a survey at six health districts in the east of the Dépublic Democratic of Congo. IJIAS. 2018;23(4).

25. Lame P, Milabyo A, Tangney S, Mbaka GO, Luhata C, Gargasson JBL, et al. A Successful National and Multipartner Approach to Increase Immunization Coverage: The Democratic Republic of Congo Mashako Plan 2018–2020. Global Health: Science and Practice [Internet]. 28 avr 2023 [cité 25 juin 2023];11(2). Disponible sur: https://www.ghspjournal.org/content/11/2/e2200326

9 ANNEXES

Annexe 1 : Canevas des centres de santé 37
Annexe 2 : Canevas de l'hôpital 48
Annexe 3 : Exemple de calcul d'un indicateur à partir de l'extraction des données de DHIS2 IMA..... 65
Annexe 4 : Photographie de l'équipe présente à la réunion des partenaires du programme SEMI 66

Annexe 1 : Canevas des centres de santé

République Démocratique du Congo **Rapport Mensuel du Centre de Santé**

Année		Mois	
Province		Zone de Santé	
Aire de Santé		Structure	

Informations importantes transmise à l'ECZ

ENVOI PAR FORMATION SANITAIRE

Nom de l'Infirmier	_____	Date d'envoi	
Qualification	_____	Nom et Signature	_____
		Sceau du CS	

RECEPTION BCZ		SAISIE DANS DHIS2	
Date de réception BCZ		Date de saisie	
Nom et Signature	_____	Nom et Signature	_____

1. CONSULTATIONS

1.1 Utilisation des Services Sanitaires

	< 5 ans	5 ans +
Cas reçus		

1.2 Consultations curatives

	Féminin		Masculin	
	< 5 ans	5 ans +	< 5 ans	5 ans +
Nouveaux cas				
Anciens cas				
décédés				

1.3 Caractéristique des nouveaux cas

	Nombre
Nouveaux cas femmes enceintes	
Nouveaux cas mutualistes	
Nouveaux cas indigents	

1.4 Paludisme

	< 5 ans	5 ans +
Cas suspect		
TDR réalisé		
TDR positif		
Paludisme simple confirmé		
Paludisme simple confirmé traité (PN)		
Paludisme présumé		
Paludisme présumé traité		
Paludisme grave		
Paludisme grave traité		
Paludisme grave décédé		

1.5 Paludisme femme enceinte

	Nombre
Paludisme simple confirmé	
Paludisme simple confirmé traité selon PN	
Paludisme grave	
Paludisme grave traité	
Paludisme grave décédé	

1.6 Pneumonie

	< 5 ans	5 ans +
Pneumonie simple		
Pneumonie simple traité selon PN		
Pneumonie grave		
Pneumonie grave traité		
Pneumonie grave décédée		

1.7 Diarrhée

	< 5 ans	5 ans +
Diarrhée simple		
Diarrhée simple traité selon PN		
Diarrhée déshydratation		
Diarrhée déshydratation traitée selon PN		
Diarrhée déshydratation sévère		
Diarrhée déshydratation sévère traité		
Diarrhée déshydratation sévère décédée		

1.8. IST

	Féminin			Masculin		
	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+
IST Nouveaux cas						
Cas contacts parmi les nouveaux cas IST						
Traités selon l'approche syndromique						
Traités selon l'approche étiologique						

1.9. Survivant des violences sexuelles

	Nombre
Nouveaux cas SVS	
Nouveaux cas SVS vu dans 72 heures	
Nouveaux cas SVS féminins	
Anciens cas SVS	
Anciens cas SVS contre-référés	
SVS référés psycho-social	
SVS référés juridique	
SVS référés à la réinsertion socio-économique	
SVS référés vers FOSA spécialisées	
SVS ayant reçu une PEC médicale (Méd ou Inf)	
SVS ayant reçu le kit PEP endéans 72 h	
SVS ayant bénéficié PEC médicale après 72h	
SVS ayant reçu la Contraception d'Urgence	
SVS testés pour le VIH	
SVS testés VIH+	
Fistules urogénitales post viol diagnost.	
Fistules urogénitales post viol diagnost. et référées	
Fistules urogénitales post viol diagnost. et traitées	

1.10. Notification des nouveaux cas (Partie 1)

	< 5 ans	5 ans +
Anémie		
Carie dentaire		
Cataracte		
Crise Drépanocytaire		
Diabete		
Dracunculose		
Dysenterie		
Epilepsie/crise convulsive		
Filariose lymphatique		
Géo helminthiase		
Glaucome		
Goître		
Hépatite virale		
Hypertension artérielle		
Konzo		
Onchocercose		
Schistosomiase		
Toxicomanie		
Trouble mental		
Trypanosomiase (THA)		
Ulcère de buruli		
Xérophtalmie		
Autres nouveaux cas		

1_B. CONTINUITE ET DECES

1.11 Référence et mise en observation des consultations

	< 5 ans	5 ans +
Consultations référées vers l'HGR		
Dont femmes enceinte à risque référées		
Dont accouchée référées		
Dont Pneumonie grave référée		
Dont Paludisme grave référé		
Dont Diarrhée déshydratation sévère référée		
Nouveaux cas contre-référés		
Nouveaux cas référés par les RECO		
Consultations mises en observation		

1.12. Décès

	< 5 ans	5 ans +
Anémie		
Diabète		
Diphterie		
Drépanocytose		
Dysenterie amibienne		
Epilepsie/crise convulsive		
Filariose lymphatique		
Goître		
Hépatite virale		
Hypertension arterielle		
Konzo		
Morsure de serpent		
Occlusion intestinale		
Schistosomiase		
Syndrome appendiculaire		
Toxicomanie		
Traumautisme (accident circulation)		
Trypanosomiase		
Tuberculose		
VIH		
Autres cas de décès		

2. SANTE DE LA MERE

2.1 Consultation prénatale (CPN)

	Nombre
CPN 1	
CPN 1 à la 16ème semaine	
CPN 2	
CPN 3	
CPN 4	
CPN 4 à la 36ème semaine	
Fer + acide folique 1ère dose	
Fer + acide folique 2ème dose	
Fer + acide folique 3ème dose	
Sulfadox. + Pyrimét 1ère dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 2ème dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 3ème dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 4ème dose reçue	
MILD distribués a la CPN1	
MILD distribués a la CPN2+	
Femmes enc. avec PB < 230mm	
Femmes enc. à risque détectées	

2.2. Vaccination des femmes enceintes

	Nombre
VAT 1	
VAT 2	
VAT 3	
VAT 4	
VAT 5	

2.3. Accouchements et naissances

	Nombre
Accouchements	
Accouchements par personnel qualifié	
Accouchées âgées de < 20 ans	
Accouchées référées l'HGR	
Naissances vivantes	
Naissances vivantes à terme < 2500 g	
Nouveaux nés prématurés	
Nouveaux nés méthode Kangourou	
Nouveaux nés soins essentiels	
Nouveaux nés allaités dans l'heure	
Nouveaux nés avec antibiotiques	
Mort-nés frais	
Mort-nés macérés	
Complications obstétricales Post Partum	

2.4. Décès liés à l'accouchement

	Nombre
Décès nouveaux nés ≤ 7 jours	
Décès nouveaux nés ≤ 28 jours	
Décès maternels	
Décès maternels revus	

2.5. Accouchements hors FOSA

	Nombre
Accouchements dans la communauté	
Décès maternels dans la communauté	

2.6. Consultations post-natales (CPoN)

	Nombre
CPoN1 (6ème heure)	
CPoN2 (6ème jour)	
CPoN3 (42ème jour)	
Accouchées ayant reçu du Fer Folate	
Accouchées ayant reçu de la vitamine A	
Femmes ayant présenté des complications après l'accouchement	
Fistules vésico vaginales nouveaux cas	

3. PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

3.1. Acceptantes des méthodes PF

	FOSA	ADBC
Nouvelle acceptante PF (total)		
Nouvelle acceptante moins de 20 ans		
Nouvelle acceptante en post partum		
Nouvelle acceptante de soins après avortement		
Renouvellement planification familiale (total)		

3.2. Utilisation des Methodes de la planification familiale

	Stock dispo utilisable FOSA	Quantite perdue FOSA	Quantité administrée FOSA	Nb de jours de Rupture FOSA	Quantité administré e ADBC
Inj Dépoprovera					
Inj. Sayana Press					
inj Noristerat					
Plaquette Pilule Orale Progestative					
Plaquette pilule combinée (COC)					
Pilule d'urgence					
DIU placés 10 ans					
DIU placés 5 ans					
Préservatif masculin					
Préservatif féminin					
Spermicide cés					
Spermicide bombe					
Implanon					
Jadelle					
Collier du cycle					
MAMA					
MAO					
Sterilisation masculine (vasectomie)					
Stérilisation féminine (ligature Trompes)					

4. SANTE DE L'ENFANT

4.1 Consultation préscolaire (CPS)

	<6 mois	6-11 mois	12-23 mois	24-59 mois
Enfants vus à la CPS				
Enfants supplémentés en Vit A				
Enfants exclusivement alimentés au sein				
MILLD distribuées				
Enfants dont les mères ont reçu ANJE				
Enfants déparasités				
Enfants présentant un retard psychomoteur				

4.2 Diagnostique Malnutrition Aigue

	<6 mois	6-11 mois	12-23 mois	24-59 mois
Enfants malnutris modérés (1)				
Enfants malnutris sévères (2)				
Enfants avec oedeme nutritionnel				
Enfants malnutris sévères référés				

(1) (P/T entre 2 et 3 DS) et/ou (PB entre 115 mm et 125mm)
(2) (P/T < 3 DS) et/ou (PB < 115 mm)

4.3 Vaccination des enfants

	Nombre
Séances prévues	
Séances réalisées	
Enfants non atteints récupérés par les RECO	

4.4 Vaccination par stratégie

	0-11 mois			12-23 mois			Total	
	Fixe	Avancé	Mobile	Fixe	Avancé	Mobile	Féminin	Masculin
BCG								
VPO 0								
VPO 1								
VPO 2								
VPO 3								
VPI								
DTC-HepB Hib1								
DTC-HepB Hib2								
DTC-HepB Hib3								
PCV-13 (1)								
PCV-13 (2)								
PCV-13 (3)								
VAA								
VAR								
ECV								

5. MEDICAMENTS

5.1 Médicaments SIGL Partie 1

Dénomination du Produit	Stock disponible utilisable	Quantité consommée	Quantité perdue	Jours rupture de stock
Artesunate-Amodiaquine (2-11 mois) 25mg+67,5mg Comprimé				
Artesunate-Amodiaquine (12-59 mois) 50mg+135mg Comprimé				
Artesunate-Amodiaquine (6-13 ans, 3 cés) 100mg+270mg Comprimé				
Artesunate-Amodiaquine (+14 ans, 6 cés) 100mg+270mg Comprimé				
Amoxycilline 250mg Capsule				
Amoxycilline 250mg Comprimé				
Amoxycilline 500mg Capsule				
Amoxycilline 500mg Comprimé				
Zinc 20mg Comprimé				
Cotrimoxazole 480mg Comprimé				
Gentamycine 80mg/2ml Injectable				
Oxytocine 10 UI Injectable				
Paracétamol 500mg Comprimé				
Sel Réhydratation Oral (SRO) - Poudre				
Sulfadoxine + Pyriméthamine 500mg+25mg cés				
Artesunate 200mg Suppositoire				
Artesunate 400mg Suppositoire				
Aspirine (Acide Acétyle Salysilique) 500mg Comprimé				
Ceftriaxone vial 1g Injectable				
Diazépam 10mg Comprimé				
Diazépam 5mg Comprimé				
Diazépam 5mg Injectable				
Dichlorothiocynurate de sodium (Na DCC) 200mg Comprimé				
Dispositif intra utérin (DIU) - -				
Ethinyloestradiol+Levonorgestrel (Microgynon) 0,03mg+0,15mg Comprimé				
Levonorgestrel (Pillule de lendemain) 30µg Comprimé				
Levonorgestrel (Implant) 2X75 mg Implant				
Levonorgestrel (Pillule de lendemain) 0,75 mg Comprimé				
Lumefantrine+ Artemether 40mg+240mg Comprimé				
Lumefantrine+ Artemether 80mg+480mg Comprimé				
Mebendazole 100mg Comprimé				
Medroxyprogesterone acetate (Depo Provera) 150mg Injectable				
Methylergometrine 2mg/ml Injectable				
Metronidazole 250mg Comprimé				
MIILD pièce				
Névirapine 50mg/5ml Sirop				
Preservatif feminin - pièce				
Preservatif Masculin - pièce				
Rifamp +ison +Pyrimetham+Ethamb (RHZE) 150mg+75mg+400mg+275mg Cés				
Rifamp+isoniazide (RH) 150mg+75mg Comprimé				
Rifamp+isoniazide (RH) 60mg+30mg Comprimé				
Rifamp+isoniazide +Pyrimethamine(RHZ) 60mg+30mg+150mg Comprimé				
Rifamp+ison+Ethambutol (RHE) 150mg+75mg+275mg Comprimé				
Salbutamol 4mg Comprimé				
TDR du Paludisme - pièce				

6. SUPERVISION ET GESTION Partie 1

6.1. Supervision par ECZS

	Nombre
Supervision de l'ECZS reçue	
Supervision ECZS reçue + rétro-information	

6.2 Valeur de la pharmacie

	Montant
Stock physique de médicaments	
Montant du compte pharmacie	
Montant des commandes en cours	
Montant à recouvrer	
Montant à payer au tiers	
Valeur du stock théorique	
Valeur médicaments non subventionnés	
Médicaments totalement subventionnés	

6.3 Matériel et Equipement : Jrs de non Fonctionnalité (Partie 1)

	Valeur
Electricité	
Frigo	
Microscope	
Glucomètre	
Spectrophotomètre	
Centrifugeuse	

6.4. Recettes (en FC)

	Montant
Solde début de mois	
Recettes paiement direct	
Recettes tiers payant (FBR, autres)	
Autres subsides	
Autres recettes	

6.5. Dépenses (en FC)

	Montant
Prime locale	
Transport personnel	
Médicaments & consommables	
Achat fournitures diverses	
Paiements non stockables	
Charge sociale, impôts	
Investissements	
Frais bancaires	
Autres dépenses	

6.6. Financement indirect (en FC)

	Montant
Salaire de l'Etat	
Prime de l'Etat	

6.7. Gestion du personnel

	Agents	Jours de travail prévus	Jours de travail préstés	Jours d'absences justifiées
Infirmier L2				
Infirmier A1				
Infirmier A2				
Accoucheur(se)/Sage-femmes				
Nutritionnistes A2 /A1/ L2				
Techniciens de laboratoire A2 A1 L2				
Médecin généraliste				
Autre personnel				

7. GESTION INTRANTS PEV

7.1. Gestion des vaccins et autres intrants

	Stock début du mois	Reçu au cours du mois	Jours de rupture de stock	Utilisé	Perdu	Administré
BCG doses						
BCG diluants						
DTC-HepB-Hib doses						
PNEUMO doses						
VPO doses						
VPI doses						
VAR doses						
VAR diluants						
VAT doses						
VAA doses						
VAA diluants						
Seringues SAB BCG 0,05ml						
Seringues SAB 0,5ml						
Seringues de Dilution 2 ml						
Seringues de Dilution 5 ml						
Seringues de Dilution 10 ml						
Réceptacles (Unité)						
Pétrole (litres)						

8. LABORATOIRE Partie 1

8.1. Examen bandelettes /colorimétriques et culot urinaire

	Examens réalisés	Examens positifs
Chimie urine		
Bandelette urinaire: abum		
Bandelette urinaire: Sucre		
Dosage de l'albumine		
Dosage du sucre		
Hemoglobine		
< 6gr%		
6-8gr%		
Examen Direct Culot urinaire		
Schisto-haem		
Trichomonas		
Autres		

8.2. Selles et ponctions ganglionnaires

	Examens réalisés	Examens positifs
Examen direct selles		
Amibe		
Ankylostome		
Schisto-mansoni		
Ascaris		
Oxyures		
Autres		
Examen ganglionnaire		
Trypanosomes		

9. ACTIVITES ET GESTION DANS LA COMMUNAUTE

9.1 Relais Communautaires

	Féminin	Masculin
RECOs existants		
RECOs opérationnels		

9.2 Supervision des RECOs

	Nombre
Visite de supervision des RECO par l'IT	
Visites à domicile réalisées par les RECO	

9.3 Communication pour Changement de Comportement (CCC)

	Nombre
Séances prévues	
Séances réalisées	
Participants hommes	
Participants femmes	

9.4 Participation communautaire

	CODESA	CAC
Réunions réalisées		
Réunions réalisées + comptes rendus		
Activités communautaires réalisées		
Décisions prises le mois antérieur		
Décisions du mois antérieur exécutées		
Décisions prises au cours du mois		

10. SITES DE SOINS COMMUNAUTAIRE

10.1 Fonctionnement

		Nombre
SSC fonctionnels		
SSC ayant rapporté		
SSC ayant rapporté dans le délai		

10.2 Prise en charge au Site de Soins Communautaire

	< 5 ans	5 ans +
Nouveaux cas reçus au site		
Anciens cas reçus au site		
Référés vers CS		
Contre-référés du CS		
Cas de fièvre dans zone à risque Palu		
TDRs réalisés		
Dont positifs		
Dont traités selon la PN		
Pneumonie		
Dont traités selon la PN		
Toux ou Rhume		
Diarrhée		
Dont traités selon la PN		
Malnutrition		
Dont PB sur la bande rouge		
Signe de danger & cas à orienter		

Annexe 2 : Canevas de l'hôpital

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO **RAPPORT MENSUEL DE L'HOPITAL**

Année		Mois	
Province		Zone de Santé	
Structure		Population	

Informations importantes

ENVOI PAR L'HÖPITAL

Nom du MDH		Date d'envoi	
Qualification		Nom et Signature	
			Sceau de l'HGR

RECEPTION BCZ		SAISIE DANS DHIS2	
Date de réception BCZ		Date de saisie	
Nom et Signature		Nom et Signature	

1. CONSULTATIONS

1.1 Utilisation des Services Sanitaires

	< 5 ans	5 ans +
Cas reçus		

1.2.1 Consultations curatives

	Féminin		Masculin	
	< 5 ans	5 ans +	< 5 ans	5 ans +
Nouveaux cas				

1.2.2 Consultations curatives

	Nombre
Anciens cas	

1.3 Caractéristique des nouveaux cas

	Nombre
Nouveaux cas femmes enceintes	
Nouveaux cas mutualistes	
Nouveaux cas indigents	

1.4 Paludisme

	< 5 ans	5 ans +
Cas suspect		
TDR réalisé		
TDR positif		
Paludisme simple confirmé		
Paludisme simple confirmé traité (PN)		
Paludisme présumé		
Paludisme présumé traité		
Paludisme grave		
Paludisme grave traité		

1.5 Paludisme femme enceinte

	Nombre
Paludisme simple confirmé	
Paludisme simple confirmé traité selon PN	
Paludisme grave	
Paludisme grave traité	

1.6 Pneumonie

	< 5 ans	5 ans +
Pneumonie simple		
Pneumonie simple traité selon PN		
Pneumonie grave		
Pneumonie grave traité		

1.7 Diarrhée

	< 5 ans	5 ans +
Diarrhée simple		
Diarrhée simple traité selon PN		
Diarrhée déshydratation		
Diarrhée déshydratation traitée selon PN		
Diarrhée déshydratation sévère		
Diarrhée déshydratation sévère traité		

1.8. IST

	Féminin			Masculin		
	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+
IST Nouveaux cas						
Cas contacts parmi les nouveaux cas IST						
Traités selon l'approche syndromique						
Traités selon l'approche étiologique						

1.9. Survivant des violences sexuelles

	Nombre
Nouveaux cas SVS	
Nouveaux cas SVS vu dans 72 heures	
Nouveaux cas SVS féminins	
Anciens cas SVS	
Anciens cas SVS contre-référés	
SVS référés psycho-social	
SVS référés juridique	
SVS référés à la réinsertion socio-économique	
SVS référés vers FOSA spécialisées	
SVS ayant reçu une PEC médicale (Méd ou Inf)	
SVS ayant reçu le kit PEP endéans 72 h	
SVS ayant bénéficié PEC médicale après 72h	
SVS ayant reçu la Contraception d'Urgence	
SVS testés pour le VIH	
SVS testés VIH+	
Fistules urogénitales post viol diagnost.	
Fistules urogénitales post viol diagnost. et référées	
Fistules urogénitales post viol diagnost. et traitées	

1.10. Notification des nouveaux cas (Partie 1)

	< 5 ans	5 ans +
Anémie		
Carie dentaire		
Cataracte		
Crise Drépanocytaire		
Diabete		
Dracunculose		
Dysenterie		
Epilepsie/crise convulsive		
Filariose lymphatique		
Géo helminthiase		
Glaucome		
Goître		
Hépatite virale		
Hypertension artérielle		
Infection Urinaire		
Konzo		
Onchocercose		
Schistosomiase		
Toxicomanie		
Trouble mental		
Trypanosomiase (THA)		
Ulcère de buruli		
Xérophtalmie		
Autres nouveaux cas		

2. SANTE DE LA MERE

2.1 Consultation prénatale (CPN)

	Nombre
CPN 1	
CPN 1 à la 16ème semaine	
CPN 2	
CPN 3	
CPN 4	
CPN 4 à la 36ème semaine	
Fer + acide folique 1ère dose	
Fer + acide folique 2ème dose	
Fer + acide folique 3ème dose	
Sulfadox. + Pyrimét 1ère dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 2ème dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 3ème dose reçue	
Sulfadox. + Pyrimét 4ème dose reçue	
MILD distribués a la CPN1	
MILD distribués a la CPN2+	
Femmes enc. avec PB < 230mm	
Femmes enc. à risque détectées	

2.2. Vaccination des femmes enceintes

	Nombre
VAT 1	
VAT 2	
VAT 3	
VAT 4	
VAT 5	

2.3. Accouchements et naissances

	Nombre
Accouchements	
Accouchements par personnel qualifié	
Accouchées âgées de < 20 ans	
Accouchées référées l'HGR	
Accouchée avec complications obstétricales	
Naissances vivantes	
Naissances vivantes à terme < 2500 g	
Nouveaux nés prématurés	
Nouveaux nés prématurés sous corticoîde requis	
Nouveaux nés méthode Kangourou	
Nouveaux nés soins essentiels	
Nouveaux nés allaités dans l'heure	
Nouveaux nés avec antibiotiques	
Nouveaux nés béneficiant la réanimation	
Mort-nés frais	
Mort-nés macérés	

2.4. Décès liés à l'accouchement

	Nombre
Décès nouveaux nés ≤ 7 jours	
Décès nouveaux nés ≤ 28 jours	
Décès maternels	
Décès maternels revus	

2.5. Accouchements hors FOSA

	Nombre
Accouchements dans la communauté	
Décès maternels dans la communauté	

2.6. Consultations post-natales (CPoN)

	Nombre
CPoN1 (6ème heure)	
CPoN2 (6ème jour)	
CPoN3 (42ème jour)	
Fmes allaitantes avec PB <230mm à la CPON3	
Accouchées conseillées sur la PF	
Accouchées ayant reçu du Fer Folate	
Accouchées ayant reçu de la vitam A	
Accouchées avec Complications du post-partum	
Fistules vésico vaginales Nv cas	

3. PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

3.1. Acceptantes des méthodes PF

	FOSA	ADBC
Nouvelle acceptante PF (total)		
Nouvelle acceptante moins de 20 ans		
Nouvelle acceptante en post partum		
Nouvelle acceptante de soins après avortement		
Renouvellement planification familiale (total)		

3.2. Utilisation des Methodes de la planification familiale

	Stock dispo utilisable FOSA	Quantite perdue FOSA	Quantité administrée FOSA	Nb de jours de Rupture FOSA	Quantité administrée ADBC
Inj Dépoprovera					
Inj. Sayana Press					
inj Noristerat					
Plaquette Pilule Orale Progestative					
Plaquette pilule combinée (COC)					
Pilule d'urgence					
DIU placés 10 ans					
DIU placés 5 ans					
Préservatif masculin					
Préservatif féminin					
Spermicide cés					
Spermicide bombe					
Implanon					
Jadelle					
NXT					
Collier du cycle					
MAMA					
MAO					
Sterilisation masculine (vasectomie)					
Stérilisation féminine (ligature Trompes)					

4. SUPERVISION ET GESTION Partie 1

4.1. Supervision par ECZS

	Nombre
Supervision de l'ECZS reçue	
Supervision ECZS reçue + rétro-information	
Personnes Supervisées	

4.2 Valeur de la pharmacie

	Montant
Stock physique de médicaments	
Montant du compte pharmacie	
Montant des commandes en cours	
Montant à recouvrer	
Montant à payer au tiers	
Valeur du stock théorique	
Valeur médicaments non subventionnés	
Médicaments totalement subventionnés	

4.3 Matériel et Equipement : Jrs de non Fonctionnalité (Partie 1)

	Valeur
Electricité	
Frigo	
Microscope	
Glucomètre	
Spectrophotomètre	
Centrifugeuse	

4.4. Recettes (en FC)

	Montant
Solde début de mois	
Recettes paiement direct	
Recettes tiers payant (FBR, Mutuelle et autre	
Autres subsides	
Autres recettes	

4.5. Dépenses (en FC)

	Montant
Prime locale	
Transport personnel	
Médicaments & consommables	
Achat fournitures diverses	
Paiements non stockables	
Charge sociale, impôts	
Investissements	
Frais bancaires	
Autres dépenses	

4.6. Financement indirect (en FC)

	Montant
Salaire de l'Etat	
Prime de l'Etat	

4.7. Gestion du personnel

	Agents	Jours de travail prévus	Jours de travail préstés	Jours d'absences justifiées
Infirmier L2				
Infirmier A1				
Infirmier A2				
Accoucheur(se)/Sage-femmes				
Nutritionnistes A2 /A1/ L2				
Techniciens de laboratoire A2 A1 L2				
Médecin généraliste				
Autre personnel				

4_B. GESTION PARTIE 2

4.8. Gestion du personnel (partie 2)

	Agents	Jours de travail prévus	Jours de travail préstés	Jours d'absences justifiées
Chirurgien				
Gynécologue				
Pédiatre				
Interniste				
Autres médecins spécialistes				
Chirurgien-dentiste				
Anesthésiste réanimateur				
Kinésithérapeute				
Pharmacien				
Techniciens en radiologie A1 L2				
Autres Techniciens L2 / A1/A2				
Administrateur gestionnaire G3				
Administrateur gestionnaire L2				
Comptable				
Personnel administratif				
Stastisticien				
Technicien d'assainissement A1 L2				
Chauffeur				
Personnel de maintenance				

4.9. Compte d'exploitation : Charges

	Montant
Médicaments et autres stocks consommés	
Matières et fournitures consommées	
Transports consommés	
Autres services consommés	
Charges et pertes diverses	
Charges du personnel	
Contributions et taxes	
Dotations aux amortissements et provisions	

4.10 compte d'exploitation : Produits

	Montant
Vente méd	
Production des services	
Production stockée	
Travaux faits pour cpte propre	
Produits et profits divers	
Subventions d'exploitation	
Reprises sur amort. et provisions	
Autres produits + autres articles	
Résultats	

4.11 Hygiene & Gestion des dechets

	Nombre Jrs Non Fonctionnel
Incinérateur	
Latrines hygiéniques	
Poubelles	
Fosse à placenta	
Trou à ordures	
Eau courante (avec robinet)	
Points d'eau existant	
Buanderie	
Unite de sterilisation	

4.12 Materiel et Equipement

		Nombre Jrs Non Fonctionnel
Ordinateur		
Photocopieuse		
Moto		
Véhicule		
Internet		
Incubateur		
Chaîne pour électrophorèse		
Couveuse		
Appareil de réanimation		
Echographe		
Radiographie		
Electrocardiogramme		

4.13. Situation Générale des Méd en stock

	Nombre
Items en stock	
Items en sur stock	
Item en stock en voie péremption	
Item + risque perte péremption	
Items hors usage	

5. LABORATOIRE (Partie 1)

5.1. Examen bandelettes /colorimétriques et culot urinaire

	Examens réalisés	Examens positifs
Chimie urine		
Bandelette urinaire: abumine		
Bandelette urinaire: Sucre		
Dosage de l'albumine		
Dosage du sucre		
Hemoglobine		
< 6gr%		
6-8gr%		
Examen Direct Culot urinaire		
Schisto-haem		
Trichomonas		
Autres		

5.2. Selles et ponctions ganglionnaires

	Examens réalisés	Examens positifs
Examen direct selles		
Amibe		
Ankylostome		
Schisto-mansoni		
Ascaris		
Oxyures		
Autres		
Examen ganglionnaire		
Trypanosomes		

5_B. LABORATOIRE ET IMAGERIE

5.3. Parasitologie /Examen LCR et immunologie

	Examens réalisés	Examens positifs
Goutte Epaisse		
Malades testés GE et TDR		
Frottis		
Examen direct LCR		
dont Positif (présence cellules)		
dont Positf (présence diplocoque)		
Test syphilis (RPR)		
CATT Test (THA)		
Test d'Hemel		
Test Determine		
Test unigold		
PCR		
DBS		

5.4. Serologie / Chimie sang et autres examens réalisés

	Valeur
Groupage sanguin	
Recherche Rhesus	
Ionogramme	
Dosage Albumine	
Dosage Sucre (glucomètre)	

5.5 Imagerie médicale examens réalisés

	Valeur
Radiographie Poumon	
Radiographie Os	
Radiographie Abdomen sans preparation	
Radiographie du tube digestif avec contraste	
Autre type de Radiographie	
Echographie obstétricale	
Echographie pelvienne	
Autre Echographie	
ECG	
Autres examens d'imagerie médicale	

6. NOTIFICATION CAS ET URGENCES HGR

6.1. Notification des nouveaux cas (Partie 2)

	< 5 ans	5 ans +
Affection cardio vasculaire hors HTA		
Affection dermatologique		
Cancer de la prostate		
Cancer du col utérin		
Cancer du sein		
Cirrhose hepatique		
Infection ORL		
IRA		
Maladies professionnelles		
Malnutrition aiguë sévère		
SIDA clinique		
Syndrome gastrique		
Tétanos		
Typhus		
Violences basées sur le genre		
Autres cancers		

6.2. Consultations aux urgences

	Nombre
Nouveaux cas vus aux urgences	
Dont coma	
Dont crise convulsive	
Dont Détresse respiratoire	
Dont abdomen aigu chirurgical	
Dont anémie sévère	
Dont AVC	
Dont morsure serpents et piqûres venimeuses	
Dont brûlures	
Dont accident trafic routier (ATR)	
Dont Choc	
Dont autres	
Cas décédés	
Cas envoyés en hospitalisation	
Cas sortis	

6.3. Références et mise en hospitalisation des consultations à l'hôpital

	< 5 ans	5 ans +
Cas Référé par le CS		
Femmes enc. à risque référées par le CS		
Accouchées référées par le CS		
Consultations Hospitalisés		
Consultations référés vers l'HGRP		
Urgence référée vers HGRP/FOSA spécialisée		

7. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION UNTI

7.1. Entrées à l'UNTI

	Féminin	Masculin
Admission début du mois (report mois précedent)		
NA avec PT< -3 DS ou PB < 115 mm avec complication		
NA avec oedèmes avec complication		
NA Rechutes avec complication		
Autres entrées avec complication		

7.2. Issues par catégories à l'UNTI

	Nombre
Guéris	
Non répondants	
Décès	
Abandons	
Référés à un autre UNTI	
Contre Référés vers l'UNTA	

8. HOSPITALISATION

8.1. Admission

	Méd. inter.	Pédiatrie	Chirurgie	Gyn. Obst	Autres
Nombre des lits montés					
Malades en hospitalisation au début du mois					
Malades admis au cours du mois					
dont référés					
dont enfants < 5ans					

8. 2. Issues des hospitalisés

	Méd. inter.	Pédiatrie	Chirurgie	Gyn. Obst	Autres
Sortants du mois dont (b)					
Guéris					
Statu quo					
Evadés / Abandons					
Décès avant 48 h					
Décès après 48 h					
Total décès enfants <5ans					
Transféré vers autre hôpital					
Contre-référés vers CS / autres FOSA					

8.3. Séjours des hospitalisés

	Méd. inter.	Pédiatrie	Chirurgie	Gyn. Obst	Autres
Somme séjours des malades sortants (a)					
Somme séjours malades fin du mois					

9. MORBIDITE ET MORTALITE (Diagnostique de sorti)

9.1 Morbidité en Pédiatrie

	Nombre
Affections néonatales	
Anémie	
Asthme / bronchite asthmatiforme	
Brulure	
Infection ORL	
Meningite	
Prematurité	
Syndrome nephrotique	
Tétanos	
Traumatisme	
Autres Diagnostics	

9.2. Morbidité en Médecine interne

	Nombre
Accident vasculaire cérébral	
Anémie	
Asthme	
Cancer (autres)	
cirrhose hepatique	
Diabète	
Epilepsie/ crise convulsive	
Fièvre d'origine inconnue	
Fièvre typhoïde	
Hépatite virale aigue	
HTA	
Infection urinaire	
insuffisance cardiaque	
Intoxications	
Malnutrition proteino-calorique	
Méningite	
Rhumatisme Articulaire Aigue	
SIDA clinique	
Trouble du comportement	
Tuberculose pulmonaire	
Autres Diagnostics	

9.3. Morbidité en Chirurgie

	Nombre
Abcès cutanés	
Appendicite	
Brûlures	
Colique néphrétique	
Fracture fermée	
fracture ouverte	
Goitre	
Hernie	
Morsures serpents	
Occlusion intestinale	
Péritonite	
Polytraumatisme	
Retention urinaire /Hypertrophie prostate	
Traumatismes	
Tumeur abdominale	
Autres Diagnostics	

9.4. Morbidité à la Maternité/Gyneco Obstétrique

	Nombre
Accouchement prématuré	
Menace d'avortement	
Complication post-abortum	
Complication post-partum	
Grossesse extra utérine	
Prééclampsie, éclampsie	
Dysménorrhée	
Myome utérin	
Cancer du col utérin	
Cancer du sein	
Hémorragies génitales	
Infections génitales	
Kyste ovaire	
Ruptures utérines	
Autres Diagnostics	

9.5. Prise en charge

	Nombre
Personnes conseillées et traitées afin de prévenir les crises cardiaques ou les AVC	
Cas d'hypertension diagnostiqués et mis sous traitement	
Nouveaux patients diabétiques mis sous traitement	
Nouveaux cas de Déficience physique et sensorielle correctement pris en charge	
Cas de cancer confirmé, admis en traitement chimiothérapie	
Cas de cancer confirmé, ayant reçu la morphine	

9.6. Mortalité enrégistrée en hospitalisation

	< 5 ans	5 ans +
Accident trafic routier (ATR)		
Accident vasculaire cérébral		
Affections néonatales		
Anémie		
Asthme		
Brûlures		
Cancer		
Cirrhose hépatique		
Coma		
Détresse respiratoire		
Diabète		
Hépatite virale aigüe		
HTA		
Infarctus / angor		
Insuffisance cardiaque		
Intoxications		
Morsure serpent		
Occlusion intestinale		
Péritonite		
SIDA clinique		
Syndrome nephrotique		
Tétanos		
Traumatismes(Accident de circulation)		
Tuberculose		
Autres cas de décès		

10. GYNECO OBSTETRIQUE

10.1 Avortements

	Nombre
Avortements spontanés	
Avortements provoqués	
Curetage post avortement provoquée	
Curetage post avortement spontané	
Aspiration manuelle intra utérine	

10.2 Types d'interventions

	Nombre
Césarienne	
Ventouse	
Episiotomie	
Manoeuvre externe	
Théobald	
GATPA	
Autres interventions	

10.3 Complications accouchement chez la mère

	Nombre
Ruptures utérines	
Eclampsie	
Hémorragie du post partum	
déchirure du col	
déchirure du périné	
Infection du Post Partum	

11. ACTIVITE DU BLOC OPERATOIRE

11.1. Type d'intervention (majeures)

	Urgente	Programmée
Amputations		
Appendicectomie		
Cure fistule v/v/ r/v		
Cystotomie suspubienne		
Herniorraphie		
Hystérectomie		
Laparo exploratrice (abdomen aigu)		
Myomectomie		
Ostéosynthèse		
Ovariectomie/Kystectomie		
Réduction fracture		
Salpingectomie/cure de GEU		
Autre interventions		

11.2. Type d'intervention (mineures)

	Urgente	Programmée
Circoncision		
Cure d'hydrocèle		
Curetage		
Extraction des corps étrangers		
Lipomectomie		
Suture de plaie		
Autre interventions		

11.3. Fonctionnement du bloc opératoire

	Nombre
Jrs non fonctionnement du bloc opératoire	
Anesthésie avec gaz	
Anesthésie avec Kétamine	
Autre anesthésie générale	
Rachi anesthésie	
Autre anesthésie régionale	
Anesthésie locale	
Intervent° mineures + décès per ou post-op	
Intervent° majeures + décès per ou post-op	
Infections post opératoires	
Poches de sang utilisées	

12. MEDICAMENTS

12.1 Médicaments SIGL Partie 1

Dénomination du Produit	Stock disponible utilisable	Quantité consommée	Quantité perdue	Jours rupture de stock
Artesunate-Amodiaquine (2-11 mois) 25mg+67,5mg Comprimé				
Artesunate-Amodiaquine (12-59 mois) 50mg+135mg Comprimé				
Artesunate-Amodiaquine (6-13 ans, 3 cés) 100mg+270mg Comprimé				
Artesunate-Amodiaquine (+14 ans, 6 cés) 100mg+270mg Comprimé				
Amoxycilline 250mg Capsule				
Amoxycilline 250mg Comprimé				
Amoxycilline 500mg Capsule				
Amoxycilline 500mg Comprimé				
Zinc 20mg Comprimé				
Cotrimoxazole 480mg Comprimé				
Gentamycine 80mg/2ml Injectable				
Oxytocine 10 UI Injectable				
Paracétamol 500mg Comprimé				
Sel Réhydratation Oral (SRO) - Poudre				
Sulfadoxine + Pyriméthamine 500mg+25mg cés				
Artesunate 200mg Suppositoire				
Artesunate 400mg Suppositoire				
Artemether + Lumefantrine 40mg+240mg Comprimé				
Artemether + Lumefantrine 80mg+480mg Comprimé				
Aspirine (Acide Acétyle Salysilique) 500mg Comprimé				
Ceftriaxone vial 1g Injectable				
Diazépam 10mg Comprimé				
Diazépam 5mg Comprimé				
Diazépam 5mg Injectable				
Dichlorothiocynurate de sodium (Na DCC) 200mg Comprimé				
Ethinyloestradiol+Levonorgestrel (Microgynon) 0,03mg+0,15mg Comprimé				
Levonorgestrel (Pillule de lendemain) 30µg Comprimé				
Levonorgestrel (Pillule de lendemain) 0,75 mg Comprimé				
Mebendazole 100mg Comprimé				
Methylergometrine 2mg/ml Injectable				
Metronidazole 250mg Comprimé				
MIILD pièce				
Névirapine 50mg/5ml Sirop				
Preservatif feminin - pièce				
Preservatif Masculin - pièce				
Rifamp +ison +Pyrimetham+Ethamb (RHZE) 150mg+75mg+400mg+275mg Cés				
Rifamp+isoniazide (RH) 150mg+75mg Comprimé				
Rifamp+isoniazide (RH) 60mg+30mg Comprimé				
Rifamp+isoniazide +Pyrimethamine(RHZ) 60mg+30mg+150mg Comprimé				
Rifamp+ison+Ethambutol (RHE) 150mg+75mg+275mg Comprimé				
Salbutamol 4mg Comprimé				
TDR du Paludisme - pièce				

12.2 Médicaments SIGL (Partie 2)

Dénomination du Produit	Stock disponible utilisable	Quantité consommée	Quantité perdue	Jours rupture de stock
ABC+DDI+LPV/r Cès				
AZT+3TC 300mg+150mg+Cès				
AZT+3TC+NVP 300mg+150mg+200mg Cès				
AZT+3TC+NVP 60 mg+30mg+50mg Sirop				
Adrénaline 1mg/ml Injectable				
Artesunate 60mg Injectable				
Atropine 5mg/ml Injectable				
Benzylpenicilline 10ml 1.000.000 UI Injectable				
Benzylpenicilline 10ml 5.000.000 UI Injectable				
Ciprofloxacine 100ml fl 2mg/ml Injectable				
Compresses de Gaze 10X10 Cm Pce				
Determine VIH test 1+2 Pce				
Dextrose(Glucose) (250, 500 ml) 5% Injectable				
Dextrose(Glucose) +NaCl 500ml, Baxter 5%+0,9% Injectable				
Dihydralazine 20mg Injectable				
Dihydralazine 25mg Cès				
Double check VIH test Pierce				
Eau pour préparation injectable (Eau distillée) 5 ml inject				
Gluconate de calcium 1g/10ml Injectable				
Hydrocortisone 100mg Injectable				
Insuline retard 40 UIInjectable				
Kétamine 10ml 50mg/ml Injectable				
Lidocaïne flacon 2% Injectable				
Misoprostol 200µg Cès oral				
Misoprostol 25µg Cès Vaginal				
Morphine 10mg/ml Injectable				
Quinine base 500 mg Cès				
Quinine base 500mg Injectable				
Ringer lactate 500ml Injectable				
Sulphate de magnésium 500mg/ml injectable				
Aiguille épicrânienne G21 Pce				
Aiguille épicrânienne G23 Pce				
Cathéter Court IV avec site d'injection, u.u, (20, 22,26G) Pce				
Sut, PGA, tressé, 75cm, dec.3, 2/0 aig.1/2c, R, eff.,30mm,Pce				
Sut, PGA, tressé, 75cm, dec.4, 1 aig.1/2c,R, eff,30mm,Pce				
Test HCV Hépatite C,Rapide-Pce				
Test Hépatite B HbsAg Determine-Pce				
Test Kit, HIV 1+2,Elisa, 192T Veronostika, uniform II Plus 0-Pce				
Test Rapide de dépistage du Paludisme (TDR) - Pce				
Test syphilis (RPR ou SD Bioline)-Pce				
Transfuseur avec filtre Pce				
Poche de transfusion, u.u, 250ml Pce				
Poche de transfusion, u.u, 450ml Pce				
Seringue 5ml Pce				
Sonde Urinaire Pce				
Kit groupage sanguin Kit				
Kit test securité transfusionnelle - Kit				
Kit test VIH pour site PTME-Kit				
Film de radiologie				

13. ACTIVITE DE LA BANQUE DU SANG ET TRANSFUSION

13.1. TESTS REALISES PAR CATEGORIE DE DONNEURS

	Tests réalisés		Résultats positif	
	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
Tests de Sang rapportés Donneurs Benevole (DB)				
Testés HIV DB				
Testés Hep B DB				
Testés Hep C DB				
Testés RPR DB				
Tests de Sang rapportés Donneurs Familiaux (DF)				
Testés HIV DF				
Testés Hep B DF				
Testés Hep C DF				
Testés RPR DF				
Tests de Sang rapportés Donneurs Payants (DP)				
Testés HIV DP				
Testés Hep B DP				
Testés Hep C DP				
Testés RPR DP				
Testées filariose				
Testées CAT				
Poches de sang testées aux 4 marqueurs				

13.2. Transfusion réalisées par service

	Pédiatrie	Médecine interne	Gynéco-obstétrique	Chirurgie	Réanimation urgence
Transfusion Sang total					
Transfusion Concentré globulaire					
Transfusion Plasma frais congelé					
Transfusion Plaquettes					
transfusion testées aux 4 marqueurs					
Transfusion iso groupes					

13.3. Indication de la transfusion : Pathologie

	Nombre
Drépanocytose	
Malnutrition	
Paludisme	
Pathologie Chirurgicale	
Pathologie Gynécologique	
Pathologie Obstétricale	
Traumatisme	
VIH	
Autre indication	

Annexe 3 : Exemple de calcul d'un indicateur à partir de l'extraction des données de DHIS2 IMA

L'extraction des données est réalisé à partir de DHIS2 IMA mais la marche à suivre est exactement la même que celle de DHIS2 SNIS.
Dans cet exemple, nous recherchons le nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié, dans la Province du Kasaï, par ZS, durant le trimestre de janvier à mars 2O23 (T2). Cette variable permettra de calculer l'indicateur 1.3 **(Figure 1).**

L'indicateur 1.3 correspond au nombre de femmes enceintes ayant accouché dans un établissement de santé et ayant été prises en charge par un accoucheur qualifié.

Le numérateur de cet indicateur est le nombre d'accouchements pris en charge par un accoucheur qualifié. DHIS2 IMA permettra d'obtenir cette donnée.
Le dénominateur est l'estimation du nombre de femmes enceintes dans la province du Kasaï (4% du total de la population).

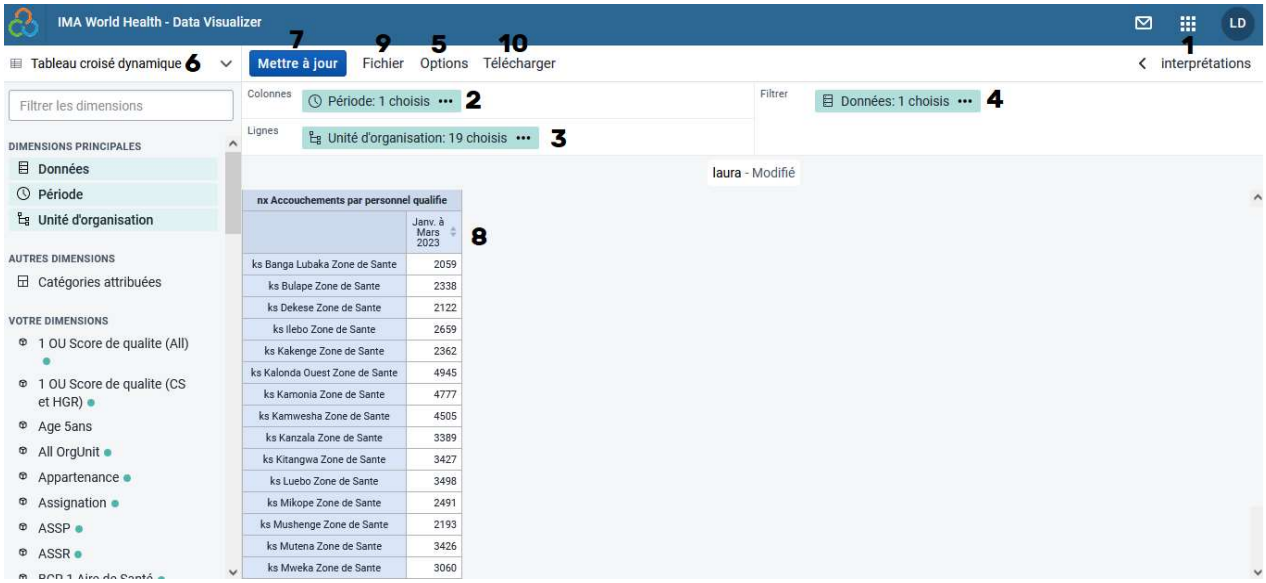

Figure 1 : Capture d'écran de la recherche effectuée concernant le nombre d'accouchement pris en charge par un accoucheur qualifié sur DHIS2 IMA

Voici les étapes à suivre :

1 : Dans le menu principal, sélectionner « Visualiseur de données »
2 : Rechercher les variables souhaitées dans les « données » : ici « nx Accouchements par personnel qualifie »
3 : Indiquer la période souhaitée (mensuel, trimestriel, semestriel etc.) dans « Période » : ici le trimestre « Janv. à Mars 2023 » a été sélectionné.
4 : Sélectionner le lieu souhaité (par pays, provinces, zones de santé, aires de santé, structures de santé) dans « Unité d'organisation » : ici les « Zones de Santé » de la Province Kasaï ont été sélectionnées.
NB : les éléments 2, 3 et 4 peuvent être déplacés pour modifier les Colonnes/Lignes/Filtres
5 : Préciser les options si nécessaire (demander le total des colonnes et/ou des lignes, préciser le style du graphique, les valeurs seuils, etc.).

6 : Sélectionner le mode d'affichage des résultats (colonne, bar, radar, tarte, jauge, etc.) : ici « tableau croisé dynamique » a été sélectionné.
7 : Cliquer sur « Mettre à jour » pour afficher les résultats
8 : Zone d'affichage des résultats
9 : Enregistrer la recherche/sélectionner une ancienne recherche
10 : Télécharger les données en format .xls, .cvs ou .html

Les données téléchargées en format .xls correspondent au numérateur de l'indicateur 1.3.
Le dénominateur correspond au nombre estimés de femmes enceintes dans chaque ZS par trimestre.

Dans le cadre logique, l'effectif estimé de la population générale (PG) de l'année 2021 est affiché en tant que base de référence.
Le cadre logique estime un taux de croissance de 3% dans la PG dans la province du Kasaï.
L'effectif des femmes enceintes est estimé à 4% de la PG dans la province du Kasaï.
Ainsi le calcul du dénominateur correspond à :

(((PG 2021*1,03)*1,03)*0,04)/4

Annexe 4 : Photographie de l'équipe présente à la réunion des partenaires du Programme SEMI

Figure 2 : Dernier jour de la réunion semestrielle des partenaires 2023 du programme SEMI (semaine 21, Kinshasa) composée de membres de l'équipe IMA niveau central et provincial, du bailleur FCDO, des partenaires (SANRU, BAO, PRODEK), et du Ministère de la Santé Publique niveau central et provincial

RESUME

Titre : PARTICIPATION A L'ECRITURE DU DEUXIEME RAPPORT TRIMESTRIEL, COUVRANT LA PERIODE DE JANVIER A MARS 2023, CONCERNANT LE PROGRAMME SERVICES ESSENTIELS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA PROVINCE DU KASAÏ EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Face au taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile élevés en République Démocratique du Congo, et plus particulièrement dans la province du Kasaï, l'ONG IMA World Health a mis en place le programme « Services Essentiels de Santé Maternelle et Infantile (SEMI)» de 2022 à 2025, dont les buts sont d'améliorer l'accès aux services de santé essentiels pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, de promouvoir des services de planification familiale fondés sur les droits pour les femmes et les filles et de renforcer le système de santé.
Ce rapport s'inscrit dans le cadre du suivi-évaluation trimestriel de ce programme. Ce deuxième rapport trimestriel a analysé les indicateurs en lien avec l'objectif majeur de SEMI qui est d' « Accroître l'accès et l'utilisation des services essentiels de santé, de planification familiale et de nutrition ».
L'analyse des données, dont une partie est issue d'estimations et l'autre partie issue principalement du système national d'information sanitaire DHIS2, a mis en évidence des faiblesses quant à la pertinence des résultats.
L'interprétation de ces résultats est en prendre avec précaution, que ce soit au niveau des données estimées, mais aussi au niveau dans les données rapportées.

Mots-clés : IMA – DHIS2 – Système national d'information sanitaire – République Démocratique du Congo – Kasaï – Suivi-évaluation – Mortalité maternelle – Mortalité infanto-juvénile.

ABSTRACT

Title : PARTICIPATION IN THE WRITING OF THE SECOND QUARTERLY REPORT, COVERING THE PERIOD FROM JANUARY TO MARCH 2023, ON THE ESSENTIAL MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES PROGRAMME IN KASAI PROVINCE IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO

In response to the high rates of maternal and child mortality in the Democratic Republic of Congo, and more specifically in the Kasai province, the NGO IMA World Health has set up the "Essential maternal and child health services (SEMI)" programme from 2022 to 2025, the objective of which is to improve access to essential health services for mothers, newborns, children and adolescents, to promote family planning services based on the rights of women and girls, and to strengthen the health system.
This report is part of the quarterly monitoring and evaluation of the programme. This second quarterly report analyzed the indicators relating to the SEMI's major objective of "Increasing access to and use of essential health, family planning and nutrition services".
Analysis of the data, some of which is based on estimates and others mainly on the DHIS2 national health information system, revealed weaknesses in the relevance of the results.
These results must be interpreted with caution, both in terms of the estimated data and the reported data.

Keywords : IMA – DHIS2 – National health information system – Democratic Republic of Congo – Kasaï – Monitoring and evaluation – Maternal mortality – Infant and child mortality.

FICHE D'AUTORISATION D'UTILISATION DU MEMOIRE
à joindre au mémoire de stage dûment complété et signé

Master 1 santé publique e-learning
Année universitaire 2022/2023

Titre du mémoire : Participation à l'écriture du deuxième rapport trimestriel, couvrant la période de janvier à mars 2023, concernant le programme services essentiels de sante maternelle et infantile dans la province du Kasaï en République Démocratique du Congo

Le maître de stage (NOM, Prénom, Fonction, Organisme) : Dr Jacques KATELE, directeur suivi-évaluation, IMA World Health, Kinshasa, République Démocratique du Congo

J'autorise l'utilisation de ce travail universitaire à des fins pédagogiques (mise à disposition du pdf du mémoire à l'ISPED) ■ oui ☐ non	**En cas de sélection par le jury de soutenance de ce travail universitaire, j'en autorise la diffusion en ligne** *Le travail universitaire sera signalé par la direction de la documentation dans le catalogue Babord+ ainsi que sur DUMAS, la plateforme nationale d'archivage des mémoires en ligne (hébergée par HAL-CCSD),* ***consultable librement sur Internet*** *et indexée par les moteurs de recherche.* ■ oui immédiatement ☐ oui à compter du :…… ☐ non
Date Signature : 24/06/2023	

L'étudiante (NOM, Prénom) : Laura DA PARE

J'autorise l'utilisation de ce travail universitaire à des fins pédagogiques (mise à disposition du pdf du mémoire à l'ISPED) ■ oui ☐ non	**En cas de sélection par le jury de soutenance de ce travail universitaire, j'en autorise la diffusion en ligne** *Le travail universitaire sera signalé par la direction de la documentation dans le catalogue Babord+ ainsi que sur DUMAS, la plateforme nationale d'archivage des mémoires en ligne (hébergée par HAL-CCSD),* ***consultable librement sur Internet*** *et indexée par les moteurs de recherche.* ■ oui immédiatement ☐ oui à compter du :…… ☐ non
Date Signature : 24/06/2023	

Assessment of the jury concerning the report:

Content ☐

Form ☐

A - excellent **B - good** **C - satisfactory** **D – insufficient**