



MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE
ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail



RAPPORT

**MISSION DE REVUE CIBLE DE LA QUALITE DES DONNEES (DQR)
EN COTE D'IVOIRE DANS LES REGIONS SANITAIRES DE LA
NAWA ET DU GUEMON POUR LES DISTRICTS SANITAIRES
SOUBRE, MEAGUI, BANGOLO ET DUEKOUE
DU 16 OCTOBRE AU 03 NOVEMBRE 2022**

Rapport rédigé par :

Monsieur TRAORE Seydou (DSC)

Rapport validé par : La Directrice de la Santé Communautaire

Dr KADJA Adjoba F.



TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACRONYMES	I
Liste des tableaux	III
I- RAPPEL DES TERMES DE REFERENCES.....	1
1.1 Contexte et justifications.....	1
1.2 Objectifs	2
1.3 Méthodologie	3
1.4 Résultats et livrables.....	16
II- DEROULEMENT DE LA MISSION.....	17
2.1 Equipe de la mission	19
2.2 Résultats obtenus.....	20
2.1.1 Etape de la Région Sanitaire de la Nawa	20
2.1.1.1 Etape du District de Soubré	21
2.1.1.1.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Soubré	21
2.1.1.1.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Urbain de Grand Zattray	24
2.1.1.1.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Urbain de Mayo.....	27
2.1.1.1.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Koméayo	28
2.1.1.2 Etape du District de Méagui	28
2.1.1.2.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Méagui	28
2.1.1.2.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Touadji 2	31
2.1.1.2.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Koriagui 2.....	32
2.1.1.2.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Ipou N'drikro.....	33
2.1.1.3 Restitution de la mission au niveau des Régions et Districts.....	34
2.1.2 Etape de la Région du Guemon.....	35
2.1.2.1 Etape du District de Bangolo	36
2.1.2.1.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Bangolo	36
2.1.2.1.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Ziondrou Zito	39

2.1.2.1.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Guezon Tahouaké.....	39
2.2.1.2.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Kahen Zarabaon	40
2.1.2. Etape du District de Duekoué	44
2.1.2.4.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Duekoué	44
2.1.2.4.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Petit Guiglo	46
2.1.2.4.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Fengolo.....	48
2.1.2.4.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Dispensaire Rural de Binao	49
2.1.2.5 Restitution au niveau de la Région et des Districts du guemon.....	49
2.1.2.5.1 Restution au District de Bangolo.....	49
2.1.2.5.2 Restution au District de Duekoué.....	51
2.2 Problèmes rencontrés	52
2.3 Difficultés rencontrées	53
ANNEXES	IV

SIGLES ET ACRONYMES

AES	:	Accident d'Exposition au Sang
APROSAM	:	Association pour la Promotion de la Santé de la Femme, de la mère, de l'Enfant et de la Famille
ASC	:	Agents de Santé Communautaire
ASS	:	Agent de Santé Superviseur
CAC	:	Coordonnateur des Activités Communautaires
CSAS	:	Chargé du Service de l'Action Sanitaire
CSE	:	Centre de Surveillance Epidémiologique
CSR	:	Centre de Santé Rural
CSU	:	Centre de Santé Urbain
DDSHPCMU	:	Direction Départementale de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
DHIS2	:	District Health Information System 2
DIIS	:	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DS	:	District Sanitaire
DSC	:	Direction de la Santé Communautaire
ECD	:	Equipe Cadre de District
ERS	:	Equipe Régionale de Santé
ESPC	:	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
IDE	:	Infirmier (ière) Diplômé(e) d'Etat
IRC	:	International Rescue Committee
LFA/ALF	:	Local Found Agent/ Agent Local du Fonds Mondial
MSHPCMU	:	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
NFM-3	:	Nouvelle Manière de Financement Phase 3
FBP/PBF	:	Financement Basé sur la Performance
PFE	:	Pratiques Familiales Essentielles
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire

PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSNSC	:	Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
OMS	:	Organisation Mondial de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
SFDE	:	Sage-Femme Diplômée d'Etat
UCP-FM	:	Unité de Coordination des Projets- Fonds Mondial

Liste des tableaux

Tableau I : Listes des Régions et de leurs Districts retenus pour la revue.....	10
Tableau II : Chronogramme des activités de la mission de supervision de l'équipe 2.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau III : Liste des vérificateurs pour la mission	Erreur ! Signet non défini.
Tableau IV: Liste des structures évaluées pour la mission	Erreur ! Signet non défini. 3
Tableau V: Liste des structures évaluées pour la mission.....	30
Tableau VI : Liste des structures évaluées pour la mission au niveau du District de Bangol.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VII : Liste des structures évaluées pour la mission au niveau du District de Duekoué.....	Erreur ! Signet non défini. 5

I- RAPPEL DES TERMES DE REFERENCES

1.1 Contexte et justifications

L'objectif des financements du Fonds mondial est d'obtenir un impact positif sur la santé des populations. A ce titre, si l'évaluation quantitative de la performance des subventions est nécessaire pour mesurer l'impact, il est également important d'apprécier la qualité, l'efficacité et l'efficacités des services pour maintenir l'impact. Cela inclut la collecte et l'analyse de données épidémiologiques et de services valides et fiables au niveau des sites, des districts et du pays. Cet accent sur la qualité des données fournit également une base pour les activités d'assurance et d'atténuation des risques.

Pour utiliser les données en toute confiance dans la gestion du programme, les décideurs doivent être assurés de la qualité des données recueillies. Les principales dimensions de la qualité des données (selon le canevas des TDR du Fonds mondial) à évaluer dans le cadre des programmes sont les suivantes :

- *La complétude et la promptitude* : Disponibilité d'informations complètes à temps pour prendre des décisions sur la santé de la population et cibler les ressources afin d'améliorer la couverture, l'efficacité et la qualité du système de santé.
- *Cohérence et fiabilité* : Afin de pouvoir comparer les résultats en toute confiance sur le plan géographique et sur des périodes données. Cela comprend à la fois la cohérence interne des données rapportées (par exemple, dans le temps, entre des indicateurs connexes) et la cohérence externe (par exemple, la comparabilité des données de routine avec les valeurs d'enquêtes en population de la même période, ainsi qu'entre les données de programmes, les données de surveillance et les valeurs).

- *Précision et validité* : Les données sont précises et suffisamment détaillées pour répondre aux questions sur la performance du système de santé pour les populations vulnérables.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de procéder à un examen de la qualité des données chaque année afin de soutenir le processus de planification et d'examen stratégique national, et a mis au point des outils pour la conduite d'examen de la qualité des données.

Le kit d'examen de la qualité des données de l'OMS qui sera utilisé pour cet exercice comprend trois éléments : une analyse documentaire, une vérification de la qualité des données au niveau des établissements de santé et des districts, et une évaluation des systèmes de suivi et d'évaluation au niveau des établissements de santé et des districts.

Afin de procéder à la vérification de la qualité des données nécessaire au suivi des portefeuilles de subventions du Fonds mondial tout en soutenant les processus nationaux, le Fonds mondial prévoit une évaluation annuelle d'examen de la qualité des données pour de nombreux portefeuilles.

Le Fonds mondial a retenu que cet examen DQR soit effectué pour la Côte d'Ivoire en 2022 par le LFA en collaboration avec la DIIS, la DSC et le PNLP.

Cette activité se déroulera du **16 octobre au 4 novembre 2022** dans des structures ciblées du niveau central et dans quatre Régions Sanitaires de Côte d'Ivoire.

Les présents termes de référence sont élaborés en vue de la prise en charge du staff du PNLP, des CTR et des CSE de districts concernés par cette activité.

1.2 Objectifs

L'objectif principal de cette revue est d'évaluer et de documenter la qualité des données et le fonctionnement du système de suivi et évaluation des programmes,

par le biais d'un processus d'examen de la qualité des données qui inclut ce qui suit :

- a) Une vérification de la qualité des données au niveau de l'Agent de Santé Communautaire (ASC), de l'établissement de santé, du district, de la région sanitaire et au niveau central de juillet à décembre 2021 (vérification mensuelle),
- b) Une évaluation du système de suivi et d'évaluation au niveau de l'ASC, l'établissement de santé, du district, de la région sanitaire et du niveau central, et
- c) Une revue documentaire sur la qualité des données communautaires au niveau central.

1.3 Méthodologie

a. Etendue géographique :

L'évaluation de la qualité des données sera menée au niveau central, de certaines régions, de certains districts et de certains établissements de santé puis de certains ASC. La méthode d'échantillonnage est décrite au point d. ci-dessous.

b. Approche de revue :

Vérification des données

La vérification des données au cours de l'évaluation va se faire au niveau de tous les acteurs impliqués dans le circuit de gestion des données ci-dessous :

- Au niveau de l'ASC :

- La vérification des données des ASC va se faire au niveau d'un échantillon de centre de santé. Et, a ce niveau nous apprécierons l'exactitude et l'exhaustivité des données, la complétude et la promptitude des rapports des ASC.
- Pour l'exactitude des données, Il s'agira de recompter le nombre de cas dans les registres des ASC et de les comparer aux données des rapports

mensuels de l'ASC transmis au centre de santé. L'exhaustivité des données sera appréciée en analysant les rapports des ASC pour s'assurer du remplissage de l'ensemble des items contenus dans ce rapport.

- Pour la complétude des rapports, il s'agira de vérifier que le nombre de rapports émis par tous les ASC ont été transmis à l'ESPC sur le nombre de rapports mensuels des ASC attendus pour la période d'évaluation. Pour la promptitude des rapports des ASCs, il s'agira de vérifier que les de soumission de ces rapports sont opportuns c'est à dire avant le 5 du mois suivant le mois de rapportage.

- Les explications aux écarts éventuels seront documentées

- **Au niveau de l'établissements sanitaire :**

Le rapport mensuel de l'établissement sanitaire est élaboré en compilant les rapport reçus des différents ASC en ce qui concerne les données communautaires. C'est ce rapport compilé qui est transmis aux districts sanitaires. A ce niveau nous vérifierons l'exactitude et l'exhaustivité des données.

- La vérification de l'exactitude des données à ce niveau sera faite en comparant les données communautaires du rapport de l'établissement avec la compilation des données issues des rapports des ASC disponibles au niveau du centre de santé par mois sur la période de l'évaluation.
- Concernant l'exhaustivité des données, nous vérifierons le remplissage de tous les items des rapports mensuels de l'établissement sur la période de l'analyse mais également le nombre de rapport mensuels correspondant à la période d'évaluation.

La complétude et la promptitude des rapports des centres de santés seront vérifiées au niveau du district sanitaire.

Les explications aux écarts éventuels seront documentées.

- La vérification de la complétude des données

- **Au niveau du district sanitaire :**

Le district sanitaire est le niveau de compilation et de saisie des données des ESPC dans le DHIS2. A ce niveau nous allons vérifier l'exactitude des données saisies dans le DHIS2, l'exhaustivités des données, la complétude et la promptitude des rapports des ESPC.

- La vérification de l'exactitude des données saisies dans le DHIS2 se fera en comparant les données des rapports des ESPC à celles saisies dans le DHIS2.
- La complétude sera appréciée en comparant le nombre de rapport attendus des ESPC au nombre de rapport effectivement reçus des ESPC à ce niveau.
- La promptitude sera appréciée en comparant les dates de réception des rapports des ESPC à la date prévue de réception des rapports des ESPC à ce niveau (5 du mois suivant le mois de rapportage)

- **Au niveau de la région sanitaire :**

La région est un niveau de vérification et de suivi des données saisies dans DHIS2 par les districts. A ce niveau, il n'y a pas de version physique de rapport. Nous apprécierons donc la complétude et la promptitude des rapports des districts et la cohérence des données saisies.

- La complétude sera appréciée en comparant le nombre de rapport de district attendu au niveau de la région sur le nombre de rapport de district reçus via DHIS2.
- La promptitude sera appréciée en comparant les dates de réception de ces rapports à la date de réception prévue via la plateforme DHIS2.

- La cohérence des données sera appréciée par l'existence de données aberrantes ou d'incongruité à la suite des tests de cohérence

Les vérifications des indicateurs sélectionnés se feront mensuellement sur les données de juillet à décembre 2021.

- Au niveau central :

- La vérification des données du niveau central utilisera les données des établissements sanitaires, des districts et des régions sanitaires disponibles au niveau central recueillies lors des visites au niveau central. Il s'agira de vérifier (i) la complétude et la promptitude des rapports à partir de DHIS2 et (ii) de vérifier la cohérence interne et externe des données selon le formulaire d'analyse de la cohérence intégré au DHIS2.

Les fichiers Excel du DQR dédiés à la vérification des données seront utilisés et renseignés pour chacun des niveaux de la pyramide sanitaire.

Evaluation du système de suivi et évaluation

L'évaluation du système de suivi et évaluation consiste à s'assurer que les acteurs ont les compétences requises pour réaliser les tâches qui leurs sont dédiées et qu'ils disposent des outils adéquats pour le faire. Les fichiers Excel du DQR dédiés à l'évaluation du système seront utilisés et renseignés.

- **Au niveau des ASC :** L'évaluation du système de suivi et évaluation va porter sur la (i) disponibilité des outils de collecte et de rapportage des données des ASC, (ii) la compréhension des indicateurs et des registres par les ASC, (iii) la formation des ASC sur le remplissage des registres et le rapportage, (iv) la disponibilité de guide de remplissage des registres et du rapport, (v) la disponibilité des rapports au niveau des établissements sanitaires et (vi) la disponibilité des rapports de validation des données des ASC au niveau du centre de santé le cas échéant et des rapports de vérification des données de l'infirmier de l'aire de santé.

- **Au niveau de l'établissement sanitaire :** L'évaluation du système de suivi et d'évaluation va porter sur (i) les acteurs : leurs rôles et responsabilités, leur formation en gestion de données et le nombre de personnes impliquées dans la gestion des données au niveau du centre de santé. (ii) : le processus : la disponibilité des directives de gestion des données et leur application, la disponibilité des outils de collecte et de rapportage des données (standards ou non) des ASC, le guide de remplissage de ces outils, le mécanisme de validation des données au niveau des ESPC, les supervisions et la retro information et (iii) le système d'archivage et de protection des données,
- **Au niveau de la région sanitaire :** (i) les rôles et responsabilité des personnes impliquées dans la gestion des données et leur formation en gestion de données, (ii) la disponibilité des directives de gestion des données et leur application, (iv) la disponibilité des outils de rapportage et de collectes de données des données (standards ou non) des ASC et des ESPC et le système de stockage de ces outils, (iii) la compréhension des indicateurs, (vii) le système de feedbacks sur la qualité des données aux ESPC, (viii) l'utilisation de DHIS2 ou autre système informatique pour la gestion des données, (ix) la disponibilité des rapports renseignés des établissements de santé et le système de stockage de ces rapports, (x) la disponibilité des compte rendu de validation/vérification des données, (xi) le système de supervision et la disponibilité des rapports de supervision/contrôles qualité des données réalisée au niveau des établissements de santé, (xii) la disponibilité des rapports d'analyse de cohérence des données avec utilisation de la matrice de cohérence des données et (xiii) le système d'analyse et d'utilisation des données y compris avec l'utilisation de DHIS2.
- **Au niveau de la Région Sanitaire :** L'évaluation du système de suivi et évaluation au niveau des régions sanitaires consistera à vérifier (i) les rôles et responsabilité des personnes impliquées dans la gestion des données et leur

formation en gestion de données, (ii) la disponibilité des directives de gestion des données et leur application, (iii) la compréhension des indicateurs, (iv) le système de feedbacks sur la qualité des données aux districts, (v) l'utilisation de DHIS2 ou autre système informatique pour la gestion des données, (vi) le système de supervision et la disponibilité des rapports de supervision/contrôles qualité des données, (vii) la disponibilité des rapports d'analyse de cohérence des données y compris l'utilisation de la matrice de cohérence de données, (viii) la disponibilité des rapports de réunions de validation des données et (ix) le système d'analyse et d'utilisation des données y compris avec l'utilisation de DHIS2.

- **Au niveau central :** L'évaluation du système de suivi et évaluation au niveau central va consister à vérifier (i) les rôles et responsabilité des personnes impliquées dans la gestion des données et leur formation en gestion de données, (ii) la disponibilité des directives de gestion des données et leur application, (iii) la compréhension des indicateurs, (iv) le système de feedbacks sur la qualité des données aux régions et districts, (v) l'utilisation de DHIS2 ou autre système informatique pour la gestion des données, (vi) le système de gestion des stocks des outils de collecte et de rapportage des données, disponibilité des outils de suivi des stocks d'outils de collecte et de rapportage, (vii) le système de validation des données et la disponibilité des comptes rendu de réunions de validation des données, (viii) le système de supervision et les rapports de mission de contrôle qualité des données et en particulier communautaires et (ix) le système d'analyse et d'utilisation des données y compris avec l'utilisation de DHIS2.

c. Diligences détaillées

✓ Planification du travail

- Renseignement du document de planification détaillée du DQR, détaillant la manière dont nous prévoyons mettre en œuvre les tâches et les résultats

attendus dans ces termes de référence sera partagée avec l'équipe pays avant le début de la mission.

- Les activités planifiées seront coordonnées en collaboration avec le ministère de la santé, les bénéficiaires principaux (UCP, PNLP et SCI) et les personnes spécifiques au niveau du ministère de la santé (DSC et DIIS), des Régions et Districts Sanitaires et des établissements sanitaires, selon les besoins. PMI, UNICEF et MEASURE Malaria participeront à la planification de la mission, aux choix des indicateurs à évaluer, des régions, districts, et sites à visiter. PMI, UNICEF, MEASURE Malaria ou leurs bénéficiaires participeront également à toutes les étapes de la mission leur disponibilité.
- La planification de tous les aspects de la revue de la qualité des données conformément au kit de l'outil de l'OMS, de la qualité des données aux outils de collecte de données et au manuel Excel, y compris la planification des visites sur le terrain pour collecter les données, l'analyse des données et l'établissement de rapports (les détails sont indiqués dans les sections suivantes), se feront par le LFA en collaboration avec le pays (DIIS, DSC, PNLP, CTR, CSE des districts).

✓ **Echantillonnage**

- Le LFA effectuera la sélection des établissements de santé, des régions et des districts à visiter pour la vérification des données et l'évaluation des systèmes de suivi et évaluation dans le cadre de ce DQR en collaboration avec le UCP, PNLP, SCI, PMI, MEASURE Malaria et UNICEF, conformément aux exigences ci-dessus.
- Les sites sélectionnés et les autres détails de l'échantillonnage seront documentés et convenus avec le UCP, PNLP, SCI, PMI UNICEF et l'équipe pays du Fonds mondial dans le document de planification du DQR qui sera transmis à l'équipe pays du Fonds mondial.

✓ **Districts Sanitaires retenus**

Tableau I : Listes des Régions et de leurs Districts retenus pour la revue

REGIONS	DISTRICTS	ETABLISSEMENTS SANITAIRES
NAWA	Soubré	CSU-D PUBLIC de GRAND-ZATTRY
		CSU-DM PUBLIC de MAYO
		CSR-D PUBLIC de KOMIAYO
	Méagui	CSR-DM PUBLIC de TOUADJI 2
		CSR-D PUBLIC de IPOU N'DRIKRO
		CSR-D PUBLIC de KOREAGUI 2
GUEMON	Bangolo	CSR-DM PUBLIC de GUEZON TAHOUAKE
		CSU-D PUBLIC de KAHEN-ZARABAON
		CSR-D PUBLIC de ZIONDROU ZIBO
	Duekoué	CSR-D PUBLIC de FENGOLO
		CSR-D PUBLIC de PETIT GUIGLO
		CSR-D PUBLIC de BINAQ
INDENIE DJUABLIN	Abengourou	CSU-DM PUBLIC de SANKADIOKRO
		CSR-D PUBLIC de BLEKOUM
		CSR-DM PUBLIC de ELINSO

	Agnibilekrou	CSR-I PUBLIC de BANGOUA
		CSR-DM PUBLIC de NIANDA
		CSR-D PUBLIC de KOKONOU
PORO Choose an item.	Korhogo 2	CSR-D PUBLIC de N'GANON
		CSU-DM PUBLIC de KANORоба

✓ **Vérification des données et du système de suivi-évaluation des établissements de santé, des districts et du niveau national**

- La composante vérification des données et du système de suivi-évaluation du DQR sera menée en utilisant le guide du kit d'outils d'examen de la qualité des données de l'OMS et des outils de collecte de données de l'examen de la qualité des données de l'OMS.
- Les étapes de la vérification des données et du système de suivi-évaluation sont détaillées dans le kit d'outils de l'OMS pour l'examen de la qualité des données et comprendront la planification, l'adaptation des outils d'enquête, la mise en œuvre, le suivi, la compilation et l'analyse des résultats.
- Les résultats de la vérification des données seront communiqués au Fonds mondial à l'aide du modèle de rapport DQR ciblé. En outre, les fichiers Excel de l'OMS renseignés doivent également être soumis au Fonds mondial.

✓ **Revue documentaire**

- La revue documentaire sera effectuée en suivant les orientations du kit d'outils de l'OMS pour l'examen de la qualité des données. La saisie des données, l'analyse et l'élaboration des rapports seront effectuées à l'aide du classeur Excel

DQR Desk Review de l'OMS. Les données à revoir auront les 2 sources notamment,

- L'Institut National de la Statistique (INS) pour les données de population,
 - DHIS2 pour les indicateurs sélectionnés, les indicateurs proches des indicateurs sélectionnés, les promptitudes et complétudes
 - Le dictionnaire national des indicateurs,
 - Les fichiers de cohérence de données issues de la DIIS ou des PR (PNLP, SCI et UCP),
 - Les rapports DQR et autres évaluations de la qualité des données disponibles au niveau centrale (PNLP, DIIS, SCI, UCP, PMI, MEASURE Malaria et UNICEF)
 - Les rapports de supervision des disponibles au niveau centrale (PNLP, DIIS, SCI, UCP, PMI et UNICEF),
 - Les rapports de formation sur la gestion des données disponibles au niveau central disponibles au niveau centrale (PNLP, DIIS, SCI, UCP, PMI et UNICEF),
 - Manuel de gestion des données ?
 - Les rapports d'enquête et d'étude (MICS, EDS...)
- Les étapes de la revue documentaire sont détaillées dans le kit d'examen de la qualité des données de l'OMS et comprennent la planification, la détermination des besoins en données, la compilation des données des rapports en coordination avec le ministère de la Santé, l'analyse des données et la communication des résultats.
 - La revue documentaire sera réalisée au niveau central. Elle n'impliquera pas de déplacement ou de travail sur le terrain pour obtenir les données. Si certaines données nécessaires à la réalisation de la revue documentaire, telles que décrites

ci-dessous, ne sont pas disponibles au niveau central, cela sera signalé comme un élément d'information important sur le système national de données dans le rapport de la revue documentaire.

- Les indicateurs programmatiques à évaluer pour les indicateurs de qualité des données dans la revue documentaire seront les mêmes que ceux utilisés dans la composante vérification des données de l'examen de la qualité des données et énumérés dans la section III-e. Les autres indicateurs programmatiques compris dans les outils DQR de l'OMS ne seront pas inclus dans la revue documentaire.
- La revue documentaire analysera la qualité des données de tous les indicateurs retenus dans la section III-e de ces termes de références. Toute variation de cette liste sera documentée en détail et fera l'objet d'un accord avec l'équipe pays du Fonds mondial dans la section correspondante du modèle de planification du DQR.
- Après avoir compilé les données nécessaires, les analyses des indicateurs au cours de la revue documentaire seront effectuées à l'aide de l'outil Excel de l'OMS pour la composante de la revue documentaire du DQR.
- Après les analyses de la revue documentaire, les résultats seront communiqués au Fonds mondial selon le modèle de rapport du DQR ciblé, et le classeur Excel renseigné sera également soumis au Fonds mondial.

d. Echantillon d'ASC, d'établissement de santé, de district et région sanitaires :

L'échantillonnage sera fait par choix raisonné et prendra en compte (i) le poids des résultats de juillet à décembre 2021 (important, moyen et faible), (ii) des incohérences des données notées dans la revue des PUDR à fin décembre 2021, (iii) les zones de soutien des partenaires SCI/Fonds mondial, UNICEF et PMI et (iv) de l'accessibilité pour les ASC.

20 établissements de santé (recommandé par Fonds mondial pour les visites de sites lors des spot-check) seront choisis. Ces 20 établissements sanitaires ont été répartis de manière raisonnée en 7 districts et 4 régions.

2 Régions avec 4 Districts seront issues des zones soutenues par SCI, 1 région avec 2 districts pour celle soutenue par PMI et 1 région avec 1 district pour celle soutenue par l'UNICEF.

L'ensemble des ASC de chacun des établissements sanitaires sera invité avec leurs outils à une séance de travail lors de la mission pour mettre en œuvre les diligences relatives à la vérification des données et du systèmes de suivi-évaluation au niveau des ASC.

Les choix des ASC, des établissements sanitaires, des districts et des régions seront déterminés en collaboration avec les PRs, les partenaires et le Fonds mondial.

e. Indicateurs du programme à évaluer pour la qualité des données :

Sur la base de la communication du Fonds mondial, la thématique du paludisme communautaire/ICCM a été retenue pour ce DQR. Nous proposons pour la qualité des données dans les composantes à la fois de la vérification des données et la revue documentaire, les indicateurs suivants :

- CM-1b^(M) Nombre de fièvres diagnostiquées dans la communauté ayant bénéficié de test (numérateur de l'indicateur) ;
- CM-1b^(M) Nombre de fièvres diagnostiquées dans la communauté (dénominateur de l'indicateur) ;
- CM-2b^(M) Nombre de cas de paludisme confirmés dans la communauté (dénominateur de l'indicateur CM-2b^(M)),

- CM-2b^(M) Nombre de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté (numérateur de l'indicateur CM-2b^(M)),

Les 2 indicateurs contractuels qui ont été désagrégés en ces 4 indicateurs (numérateur et dénominateur) ci-dessus sont le suivant : CM-1b^(M) Proportion de fièvres diagnostiquées dans la communauté ayant bénéficié de test et CM-2b^(M) Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté. Les indicateurs contractuels ne sont pas inclus dans DHIS2.

Les 4 indicateurs seront vérifiés au niveau périphérique (DRS, DDS, établissement sanitaire et ASC). Au niveau central, chaque dénominateur sera vérifié aussi par son numérateur pour évaluer la cohérence interne conformément à l'outil OMS.

Ces 4 premiers indicateurs ont été choisis sur la base de ce qui suit :

- (i) Problèmes sur la qualité des données dans de nombreux districts dont le plus important est le district de Bangolo selon nos commentaires dans le PUDR au 2ème semestre 2021 de SCI. Il importe donc de s'assurer de l'ampleur et d'identifier les causes éventuelles de ces problèmes.
- (ii) S'assurer que des problèmes sur la qualité des données n'expliquent pas les bonnes performances du PNLP pour ces indicateurs (111% pour l'indicateur CM-1b^(M) et 98% pour CM-2b^(M)) au S2 de 2021.
- (iii) La possibilité d'apprécier l'utilisation des médicaments CTA et les intrants de dépistage.
 - SD-6 Number of iCCM conditions treated among children under five in target areas during the reporting period (3 indicateurs sur IRA, Paludisme et Diarrhée).

Cet indicateur a été choisi pour les raisons suivantes :

- a. S'assurer que des problèmes sur la qualité des données n'explique pas la bonne performance de juillet à décembre 2021 de cet indicateur qui est de 132,78% (674 705 / 508 149) dans le PUDR de l'UCP.
- b. Apprécier les données de l'ensemble du système communautaire, mis en œuvre à travers l'iCCM.

Ces indicateurs seront vérifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Central, DRS, DDS, établissement sanitaire et ASC).

1.4 Résultats et livrables

- a) Le modèle de planification du QDR ciblé entièrement renseigné, avec les termes de référence joints.
- b) Le modèle de rapport du DQR ciblé dûment rempli, comprenant des recommandations clés basées sur les résultats du DQR ciblé.
- c) Le fichier Excel de l'examen de la qualité des données de l'OMS dûment rempli.
- d) Les fichiers Excel de vérification des données de l'OMS et d'évaluation des systèmes de suivi et d'évaluation.
- e) Débriefing et planification des actions :
 - a. Débriefing sur le site de l'établissement et du district : aucun rapport ne sera transmis
 - b. Débriefing du bénéficiaire principal : Le débriefing se fera aux représentants du bénéficiaire principal (UCP, PNLP et SCI), les représentants des directions (DSC), les représentants du CCM, les représentants de la direction en charge de l'information sanitaire (DIIS) et les représentants des partenaires techniques et organisations. Les résultats de ces débriefings seront intégrés dans

le rapport du DQR. Mais, aucun rapport spécifique aux débriefings sera transmis au Fonds mondial.

- c. Un tableau récapitulatif des points d'attention et des recommandations majeurs : Ce tableau prendra en compte des recommandations majeures pouvant faire l'objet d'une action et un calendrier de mise en œuvre.

II- DEROULEMENT DE LA MISSION

La mission de Revue de la Qualité des Données dans les Régions Sanitaires de la Nawa et du Guemon s'est faite en deux phases dans chaque Région.

La première phase a consisté en un entretien avec les équipes de Régions et de Districts Sanitaires (ERS et ECD). Cet entretien a été piloté par le représentant de l'Agence Locale du Fonds Mondial (ALF). Elle a été une occasion de collecter des données à ces niveaux.

La deuxième phase a consisté à la collecte des données au niveau des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). Elles ont été conduites par les équipes du niveau central et de Save the Children.

La collecte des données a concerné les aspects de la complétude du rapportage, de la complétude du remplissage, de la cohérence des données, de l'archivage, de la qualité du suivi-évaluation des données et de la supervision des différents acteurs intervenants dans la production et la gestion des données. Un autre aspect abordé ; était celui de la gestion des outils de collecte et des équipements de travail, la situation de la motivation des acteurs, la prise en charge des cas en communauté.

Cette collecte s'est faite à partir de matrices.

Ces deux phases ont été suivi d'une synthèse au niveau de la du centre de santé, du District et de la Région.

Tableau II : Chronogramme des activités de la mission de supervision de l'équipe 2

Etapes/Structures visitées	Date de la visite
Départ d'Abidjan	16 octobre 2022
Région de la Nawa	17 octobre 2022
District Sanitaire de Soubré	17 octobre 2022
Centre de Santé Urbain de Grand Zattray	18 octobre 2022
Centre de Santé Urbain de Mayo	19 octobre 2022
Centre de Santé Rural Koméayo	20 octobre 2022
Départ pour Méagui	20 octobre 2022
District Sanitaire de Méagui	21 octobre 2022
Centre de Santé Rural de Touadji 2	21 octobre 2022
Centre de Santé Rural de Koriagui 2	21 octobre 2022
Centre de Santé Rural de Ipou N'drikro	22 octobre 2022
Méagui (jour non ouvré)	23 octobre 2022
District Sanitaire de Méagui (Restitution et voyage)	24 octobre 2022
Région du Guemon District de Bangolo et Centre de Santé Rural de Ziondrou Zibo	25 octobre 2022
Centre de Santé Rural de Guezon Tahouaké	26 octobre 2022
Centre de Santé Rural de Kahen Zarabaon et Restitution au District de Bangolo	27 octobre 2022
Voyage pour Duekoué District et Centre de Santé Rural de Petit Guiglo	28 octobre 2022
Duekoué (Jours non ouvrés)	29 et 30 octobre 2022
Centre de Santé Rural de Fengolo	31 octobre 2022
Centre de Santé Rural de Binao	1 ^{er} novembre 2022
Restitution à la Région du Guemon et au District de Duekoué	2 novembre 2022
Voyage retour sur Abidjan	3 novembre 2022

2.1 Equipe de la mission

Tableau III : Liste des vérificateurs pour la mission

Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Contacts
TRAORE Seydou	Chef de Service de la Promotion de la Santé	DSC	07 08 43 38 97
KOUAME Yao Mathurin	Suivi-évaluateur	PNLP	07 07 47 92 80
YOROT Yvan	Evaluateur	LFA	07 07 06 91 30
BALOGOUN Edouard	DCOP MEAL & OM	SAVE THE CHILDREN	05 85 28 28 70
GUEFFIE Tahuré Claude Maxime	CT MEAL	SAVE THE CHILDREN	

2.2 Résultats obtenus

2.1.1 Etape de la Région Sanitaire de la Nawa

La Région Sanitaire de la Nawa, avec ses quatre (04) Districts Sanitaires que sont Gueyo, Buyo, Soubré et Méagui, bénéficient de l'appui technique et financier de l'Organisation non Gouvernementale (ONG) APROSAM, sous récipiendaire de Save The Children.

Dans cette région, ce sont deux (02) Districts qui ont été retenus, à savoir Soubré et Méagui.



Photo 1 : Equipe multidisciplinaire de la revue au niveau de la Région de la Nawa

Une rencontre d'échange a eu lieu avec l'Equipe Régionale de la Santé (ERS), avec à sa tête, le Directeur Régional de la Santé, en la personne de Docteur N'DRI Roger.

Docteur YOROT Yvan, après les civilités d'usage a présenté la méthodologie de l'évaluation qui se fera en deux volets.

- Le premier volet concernant l'évaluation de la qualité des données (complétude, promptitude et exactitude) à travers le rapportage ;
- Le second volet concernant le système de suivi-évaluation mis en place (système de revue qualité, disponibilité des outils).

Au niveau de la Région, l'activité a concerné la revue des données saisies dans la plateforme DHIS2 à travers l'analyse et la validation de ces données.

Nous retenons donc à ce niveaux les constats suivants :



Photo 2 : Séance d'échange avec le Directeur Régional de la Nawa

2.1.1.1 Etape du District de Soubré

2.1.1.1.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Soubré

Au niveau du District, une séance de travail a eu lieu avec l'Equipe cadre du District, avec à sa tête le Directeur Départemental, en la personne de Docteur ZONI Kouakeu Patrice.

Concernant la qualité des données, les rapports communautaires des centres de santé et des ASC ont été passés en revue. Ce sont au total les rapports communautaires de quarante et sept (47) Centres de santé pour la période de juillet à décembre 2021, soit deux cent quatre-vingt-deux (282) rapports.

L'évaluation a concerné le volet ICCM de l'intervention des ASC. A ce niveau, ce sont huit (8) indicateurs qui ont été passés en revue, à savoir (i) le nombre de cas de fièvre, (ii) le nombre de cas testés, (iii) le nombre de cas de paludisme notifiés, (iv) le nombre de cas de paludisme traités, (v) le nombre de cas de

pneumonie notifiés, (vi) le nombre de cas de pneumonie traités, (vii) le nombre de cas notifiés de diarrhée et (viii) le nombre de cas de diarrhée traités. Nous retenons les constats suivants :

- a) Disponibilité des rapports communautaires ;
- b) Disponibilité des acteurs ;
- c) Disponibilité des outils et équipements de travail ;
- d) Disponibilité des grilles de supervision (District vers Centre de Santé et Centre de Santé vers ASC)
- e) Bonne capacité du Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) à faire les extractions ;
- f) Bonne cohérence des données sur la période évaluée ;
- g) Bonne collaboration des équipes (District et partenaire) ;
- h) Suivi de l'approvisionnement des ASC en médicaments et intrants pour les prise en charge ;
- i) Faible capacité du Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) à analyser les rapports ;
- j) Faible exploitation de la matrice d'analyse de la cohérence des données ;
- k) Stockage des outils de collecte chez le partenaire et non au District, pour l'approvisionnement des centres de santé ;
- l) Absence de rapports de supervisions des IDE ;
- m) Pas de supervisions des IDE.

Après l'étape du District, trois structures ont été visitées. Il s'est agi des Centres de Santé Urbains de Grand Zattray et de Mayo et du Centre de Santé Rural de Koméayo.



Photo 3 : Séance de travail avec le DD de Soubré



Photo 4 : Suivi du CAC du District pour l'extraction des données sur DHIS2

Tableau IV: Liste des structures évaluées pour la mission

Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Contact
N'GUESSAN Bindé	IDE Superviseur	CSU Grand Zattray	07 07 75 67 35
KOFFI Koffi Nicolas	Technical Officer	APROSAM	07 89 00 85 53
KESSE Gbeu Yan David	Superviseur	APROSAM	05 86 99 50 93
DION Dan Narcisse	Superviseur	APROSAM	07 78 17 51 95
ASSI Marius	IDE Superviseur	CSU Mayo	07 07 57 26 86
N'ZI Kouassi Fulgence	IDE Superviseur	DR Koméayo	07 49 09 74 56

2.1.1.1.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Urbain de Grand Zattry

Au niveau du CSU de Grand Zattry, ce sont les rapports de vingt et un (21) ASC sur la période qui ont été analysés, soit cent vingt et six (126), en plus des registre de prise en charge et les rapports communautaire du centre de Santé sur la période.

En prélude à la séance d'évaluation, une rencontre d'échange a eu lieu avec les ASC de l'aire de santé. Plusieurs préoccupations ont été posées. Il s'est agi entre autres :

1. charge élevée de travail ;
2. revalorisation de la prime de motivation ;
3. du paiement d'un forfait communication ;
4. du renouvellement de leur équipement, en particulier les vélos, pour lesquels le pièces de rechanges ne sont pas disponibles sur le marché local et au niveau des grandes villes du pays ;
5. du paiement régulier des primes. En effet, le dernier paiement date du mois de septembre 2022 et concerne les activités du mois de juin 2022.

Les échanges ont permis de les rassurer sur les dispositions prises au niveaux national pour mettre toutes les parties à contributions pour des meilleures conditions de travail. Une piste de réflexion sera ouverte sur l'acquisition des vélos et les possibilités de passer des marchés avec des concessionnaires locaux pour les pièces de rechanges, ou la commande des pièces courantes, lors de l'acquisition des vélos.

Pour ce qui concerne la charge de travail et du paiement des motivations, Monsieur TRAORE Seydou, de la DSC a précisé que la stratégie de la santé communautaire, stipule que l'utilisation des ASC pour les activités communautaire est partielle et qu'il n'ya pas de volume d'activité imposée.

L'ASC a un nombre de ménages qu'il suit. Dans le processus de changement de comportement, il doit en tenant compte de l'éligibilité de ces ménages aux Pratiques Familiales Essentielles (PFE), mener ses activités de promotion et de prévention, selon sa disponibilité et en aménageant son temps, en tenant compte de ses activités à revenu. Pour ce qui concerne les activités de prise en charge, il les fera lorsque les parents ont recours à lui pour un cas, ou lorsqu'au cours d'une visite, il est face à un cas de morbidité. Et enfin, savoir que la paiement des motivation se fait de façon trimestrielle, afin de minimiser les désagréments liés aux longs délais de non-paiement. Il a précisé que certains partenaires, pour une meilleure fidélisation et réactivité des ASC, ont choisi de faire le paiement mensuel des primes. Face à cette situation, la DSC a voulu être rassurée de la capacité des partenaires à le faire, sans créer plus de problèmes. La DSC a été rassurée dans ce sens. Nous prenons donc acte de la situation et agiront pour une résolution de cette situation.

Monsieur BALOGOUN Edouard de Save The Children a situé le contexte dans l'atteinte de certains objectifs, tel que la prise en charge précoce des cas et s'est appuyé sur certaines directives de la DSC qui préconise la visite systématique de cinq ménages, chaque jour par l'ASC pour rechercher des cas de fièvre. La discussion est restée en suspens, car pour Monsieur TRAORE, la DSC ne s'inscrit pas dans cette logique, pour éviter de faire des ASC des Infirmier bis et surtout pour respecter leur cahier de charge.

De l'évaluation, les constats ressortis sont entre autres :

1. incohérence des données rapportées dans les registres et les rapports. Nous avons des cas de pneumonies notifiés qui sont inférieurs au nombre de cas de pneumonies traités.
2. mauvaise prescription de traitement. En effet, devant les cas de toux, où la prescription recommandée est la lisane au miel, les ASC prescrivent l'amoxicilline. Cette situation a été justifiés par les superviseurs

d'APROSAM, par le fait que cette instruction est venue des IDE superviseurs. Nous avons aussi des cas de diarrhées (sang + glaire) qui présente des cas de gravité, qui sont pris en charge avec le SRO/Zinc.

3. Non disponibilité des outils au niveau de l'ESPC ;
4. Pas de supervision des ASC ;
5. Rupture des médicaments (Amoxicilline, CTA) et intrants (Gant, boîte de sécurité) pour la prise en charge.

La question de la gestion des déchets de soins et de l'Accident d'Exposition au Sang (AES) a été aussi une préoccupation qui a été discutée. En effet, les ASC ne sont pas doté ni en gant, ni en boîte de sécurité, malgré qu'il manipule du sang et des objet piquant. Monsieur TRAORE a reconnu que c'est une problématique qui n'a pas été prise en compte dans l'approvisionnement des ASC, mais qui ne demeure pas un sujet tabou. La question est d'actualité et des négociation au cas par cas sont fait. L'alternative pour la gestion des déchets de soins est d'utiliser des bouteilles d'eau pour collecter les aiguilles et les ramener au centre de santé, pour permettre à l'Infirmier d'assurer l'élimination. Pour ce qui est des gants, il est demandé aux IDE de les approvisionner sur leur stock et un plaidoyer est fait au niveau des partenaires, ce qui permet d'avoir des dotations.

Pour ce qui concerne les ruptures en médicaments, notamment l'amoxicilline, Docteur KOUAME du PNL, a rassuré que l'acquisition est faite et que les structures seront approvisionnées.

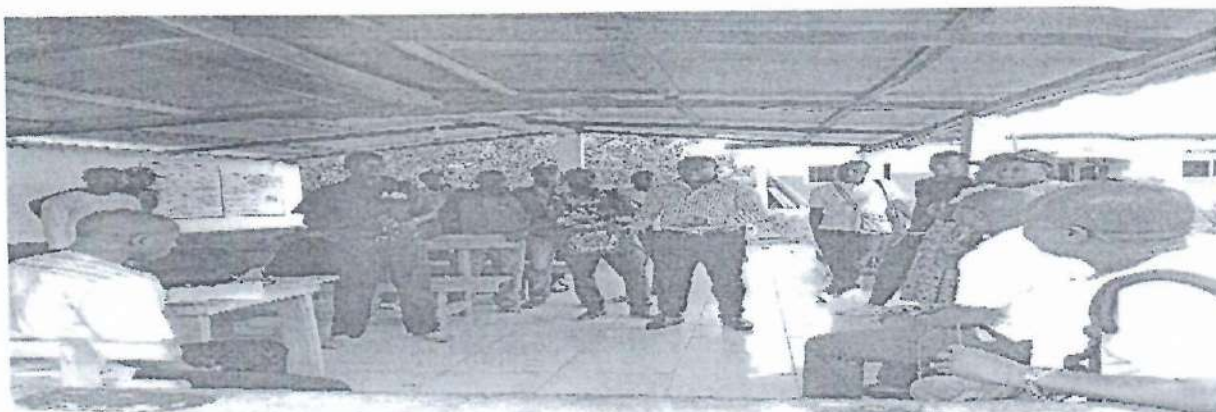


Photo 5 : Echanges avec les ASC et leurs Superviseurs sur leurs conditions de travail

2.2.1.1.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Urbain de Mayo

Au niveau du CSU de Mayo, ce sont neuf (9) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et qui sont tous actifs. Ce sont donc cinquante et quatre (54) rapports d'ASC et les registres de la périodes, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

1. Des incohérences dans le rapportage (nombre de cas notifiés, inférieurs nombre de cas traités) ;
2. Indisponibilité de stock d'outils au Centre de Santé,
3. Indisponibilité de grille de supervision des ASC,
4. Pas de rapport de supervision des ASC ;
5. Pas de supervision des ASC ;
6. Disponibilité des documents (manuel technique, guide du formateur).

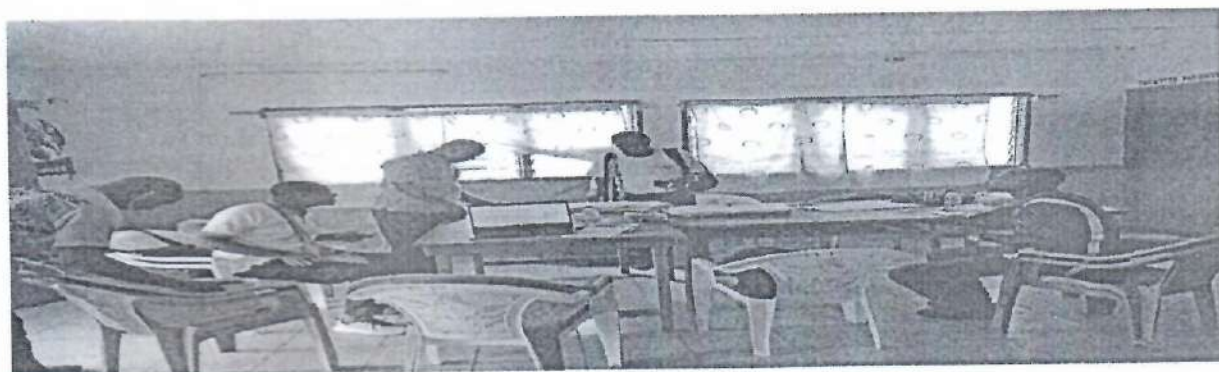


Photo 6 : Préparation de la vérification des données au niveau du Centre de Santé Urbain de Mayo

2.2.1.1.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Koméayo

Au niveau du CSR de Koméayo, ce sont deux (2) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et dont un seul est actif. Le second ASC, pour la période d'évaluation n'a travaillé que le mois de juillet 2021. Ce sont donc sept (7) rapports d'ASC et les registres de la périodes, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

1. Indisponibilité de stock d'outils au Centre de Santé ;
2. Indisponibilité de grille de supervision des ASC ;
3. Pas de rapport de supervision des ASC ;
4. Pas de supervision des ASC ;
5. Disponibilité des documents (manuel technique, guide du formateur).

L'infirmier a souligné connaître des difficultés dans la fidélisation des ASC.



Photo 7 : Vérification et saisie des données rapportées au Centre de Santé Rural de Koméayo

2.1.1.2 Etape du District de Méagui

2.1.1.2.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Méagui

Une séance de travail avec l'équipe du District a permis de situer le cadre de la mission et la méthodologie de travail. Le plus important est de faire un point sur la mise en œuvre des interventions communautaires, dans un système où les

interventions cliniques sont éprouvées et ne donnent toujours pas de satisfaction en matière de protection de la santé.

Il sera question au niveau du District de vérifier la complétude et la promptitude de rapportage dans la plateforme DHIS2 et physiquement, en vue de faire un rapprochement. Il y aura aussi l'échange sur le système de suivi-évaluation mis en place.

Pour ce qui concerne les visites dans les trois centres de santé retenus que sont (i) Touadji 2 ; Koréagui 2 et Ipou N'drikro

Au niveau du District, l'équipe était conduite par le Directeur Départemental, en la personne de Docteur KOLOUBLA Niayoro.

Pour la complétude et la promptitude et exactitude du rapportage au niveau du District, nous avons analysé pour les trente et huit (38) Centres de santé pour la période de juillet à décembre 2021, deux cent vingt et huit (228).

Nous retenons les constats suivants :

- 1) Disponibilité des rapports communautaires ;
- 2) Disponibilité des outils;
- 3) Disponibilité des grilles de supervision (District vers Centre de Santé et Centre de Santé vers ASC)
- 4) Bonne capacité du Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) a faire les extractions ;
- 5) Bonne cohérence des données sur la période évaluée ;
- 6) Bonne collaboration des équipes (District et partenaire) ;

Pour ce qui concerne le système de suivi-évaluation, nous retenons :

- 1) Faible niveau de suivi des activités communautaire ;
- 2) Absence de moyens d'archivage des rapports ;
- 3) Pas de sauvegarde des résultats mensuels de la plateforme DHIS2 (archivage électronique) ;

- 4) Pas de mécanisme de vérification de la validation des rapports, en dehors de celle faite par le CSE ;
- 5) Stockage des outils de collecte chez le partenaire et non au District, pour l'approvisionnement des centres de santé ;
- 6) Absence de rapports de supervisions des IDE ;
- 7) Pas de supervisions des IDE pour les activités communautaires.

Après l'étape du District, trois structures ont été visitées. Il s'est agi des Centres de Santé Ruraux de Touadji 2, de Koriagui 2 et de Ipou N'Drikro.



Photo 8 : Séance de revue au niveau du bureau de District de Méagui

Tableau V: Liste des structures évaluées pour la mission

Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Contact
KONAN Kouakou noel	IDE Superviseur	CSR Touadji 2	07 09 72 86 55
KOUAME Emile	IDE Superviseur	CSR Touadji 2	07 48 91 99 45
N'GORAN Koffi Desiré	IDE Superviseur	CSR Touadji 2	07 09 89 69 38
DJEDJE Eliane EPSE	SFDE Superviseur	CSR Touadji 2	07 58 09 28 32

OBOU			
YAO Kouakou Léonce	Superviseur	APROSAM	07 09 85 13 57
KEAN Dion Anselme	Superviseur	APROSAM	07 48 47 51 28
ABBE ABBE Rodrigue	IDE Superviseur	CSR Koriagui 2	07 68 36 53 75
EBE Pélé François	IDE Superviseur	CSR Ipou N'drikro	07 58 67 36 70
SELA Vao Anicet	IDE	CSR Ipou N'drikro	07 59 23 02 88
BOHE Paul Marinnaire	Superviseur	APROSAM	07 77 82 90 38
KOFFI Koffi Nicolas	Technical Officer	APROSAM	07 89 00 85 53
BIO Dégnan Serge Landry	Superviseur	APROSAM	07 8 17 51 50

2.1.1.2.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Touadji 2

Au niveau du CSR de Touadji 2, ce sont les rapports de treize (13) ASC sur la période qui ont été analysés, soit soixante-dix-huit (78), en plus des registre de prise en charge et les rapports communautaire du centre de Santé sur la période. Tous les ASC de l'aire de santé sont actifs.

De l'évaluation, les constats ressortis sont entre autres :

- 1) incohérence des données rapportées dans les registres et les rapports ;
- 2) mauvaise prescription de traitement. En effet, devant les cas de toux, où la prescription recommandée est la tisane au miel, les ASC prescrivent

l'amoxicilline ou les deux à la fois. Cette situation a été justifiée par les superviseurs d'APROSAM, par le fait que la colonne réservée à pneumonie dans le registre n'était pas visible par les ASC. La disposition a été prise pour attirer l'attention de ceux-ci sur l'existence de l'item.

- 3) Non disponibilité des outils au niveau de l'ESPC ;
- 4) Pas de supervision des ASC ;
- 5) Pas d'archivage des outils déjà utilisés (rapport et registre) au niveau du centre de santé. En effet, pour un besoin de vérification, il faut appeler les ASC qui detiennent les outils, malgré le rappel de ce que, ces outils sont la propriété du centre de santé. Cela pose le problème de la complétude des rapports et aussi de la deperdition ou la destruction.



Photo 9 : Séance de vérification au Centre de Sante de Touadji 2

2.1.1.2.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Koriagui 2

Au niveau du CSR de Koriagui 2, ce sont deux (02) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et qui sont tous actifs. Ce sont donc douze (12) rapports d'ASC et les registres de la périodes, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

- 1) Des incohérences dans le rapportage (nombre de cas notifiés, inférieurs nombre de cas traités), particulièrement pour la prise en charge de la

pneumonie. En effet, il ya une confusion entre le traitement de la toux et la pneumonie ;

- 2) Indisponibilité de stock d'outils au Centre de Santé,
- 3) Indisponibilité de grille de supervision des ASC,
- 4) Pas de rapport de supervision des ASC ;
- 5) Pas de supervision des ASC ;
- 6) Disponibilité des documents (manuel technique, guide du formateur)



Photo 10 : Déploiement des équipes au Centre de Santé de Koréagui 2

2.1.1.2.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Ipou N'drikro

Au niveau du CSR de Ipou N'drikro, ce sont cinq (05) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et qui sont tous actifs.

Ce sont donc trente (30) rapports d'ASC et les registres de la périodes, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

- 1) Indisponibilité de stock d'outils au Centre de Santé,
- 2) Indisponibilité de grille de supervision des ASC,
- 3) Pas de rapport de supervision des ASC ;
- 4) Pas de supervision des ASC ;
- 5) Faible complétude des registres ;

- 6) Difficultés de collecte des outils des ASC ;
- 7) Incohérence des données. En effet, il ya une confusion dans le traitement de la toux et de la pneumonie
- 8) Disponibilité des documents (manuel technique, guide du formateur).

L'infirmier a souligné connaître des difficultés dans la communication avec les ASC, à cause de l'absence de réseau et du mauvais état des routes.

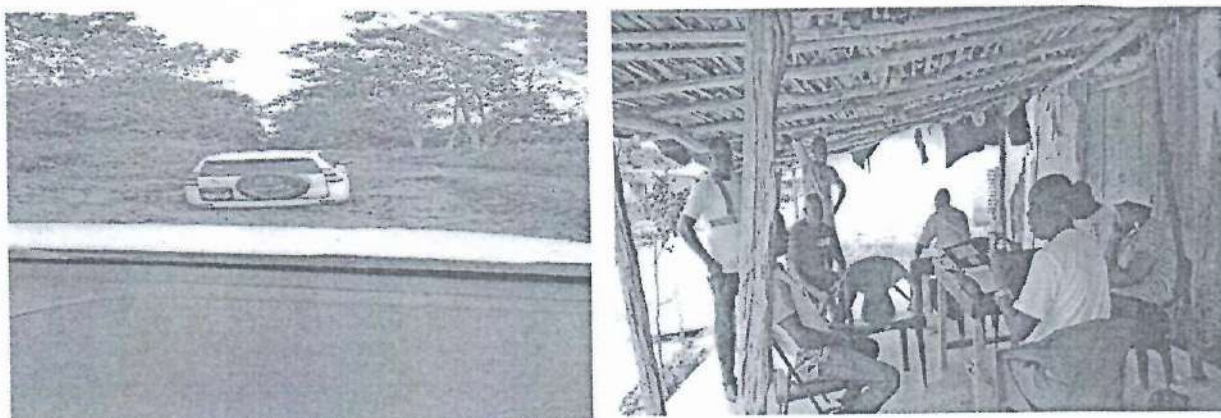


Photo 11 : Ipou N'Drikro, une réalité de la santé pour les populations

2.1.1.3 Restitution de la mission au niveau des Régions et Districts

La période de la revue a coïncidé avec la planification des activités de supervision pour la Région et des activités de formation et de préparation de supervision et d'évaluation pour les Districts dans le cadre du Financement Basé sur les Performance (PBF).

Les équipes se sont rendues disponibles pour la collecte des données. Les restitutions se sont faites séance tenant au niveau des ESPC, mais différées pour la Région et les Districts.

2.1.2 Etape de la Région du Guemon.

La Région Sanitaire de la Région, avec ses trois (03) Districts Sanitaires que sont Duekoué, Kouibly et Bangolo, Soubré et Méagui, bénéficient de l'appui technique et financier de l'Organisation non Gouvernementale (ONG) International Rescue Committee (IRC), sous récipiendaire de Save the Children.

Dans cette région, ce sont deux (02) Districts qui ont été retenus, à savoir Duekoué et Bangolo.



Photo 12 : Equipe multidisciplinaire de la revue au niveau de la Région du Guemon

Une rencontre d'échange a eu lieu avec l'Equipe Régionale de la Santé (ERS), avec à sa tête, le Directeur Régional de la Santé, en la personne de Docteur N'GUESSAN Eugène Arnaud.

Cette rencontre a été l'occasion pour la mission de présenter les objectifs de cette Revue cible de la Qualité des Données, pour le second semestre de l'année 2021.

Au niveau de la Région, il sera question de vérifier le suivi de la qualité des données collectées au niveau des Districts, validées et transmises au niveau central, à travers la plateforme DHIS2.

2.1.2.1 Etape du District de Bangolo

2.1.2.1.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Bangolo

Une séance de travail avec l'équipe du District a permis de situer le cadre de la mission et la méthodologie de travail. Le plus important est de faire un point sur la mise en œuvre des interventions communautaires, dans un système où les interventions cliniques sont éprouvées et ne donnent toujours pas de satisfaction en matière de protection de la santé.

Il sera question au niveau du District de vérifier la complétude, la promptitude et l'exactitude des données collectées et rapportées dans la plateforme DHIS2 et passer en revue les rapports physiques archivés pour la période, pour faire un rapprochement. Il y aura aussi l'échange sur le système de suivi-évaluation mis en place.

Pour ce qui concerne les visites des centres de santé, les trois centres de santé retenus sont les CSR de Ziondrou Zibo, Guezon Tahouaké et Kahen Zarabaon

Au niveau du District, l'équipe était conduite par le Directeur Départemental, en la personne de Docteur KOUASSI N'Dri Albert.

Pour la complétude et la promptitude et exactitude du rapportage au niveau du District, nous avons analysé pour les vingt (20) Centres de santé pour la période de juillet à décembre 2021, cent vingt (120) rapports des activités communautaires.

Nous retenons les constats suivants :

- 1) Disponibilité des rapports communautaires ;
- 2) Absence des grilles de supervision (District vers Centre de Santé et Centre de Santé vers ASC)
- 3) Bonne capacité du Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) a faire les extractions ;
- 4) Bonne cohérence des données sur la période évaluée ;

5) Bonne collaboration des équipes (District et partenaire) ;

Pour ce qui concerne le système de suivi-évaluation, nous retenons :

- 1) Faible niveau de suivi des activités communautaire;
- 2) Pas de sauvegarde des résultats mensuels de la plateforme DHIS2 (archivage électronique) ;
- 3) Stockage des outils de collecte chez le partenaire et non au District, pour l'approvisionnement des centres de santé ;
- 4) Absence de rapports de supervisions des IDE ;
- 5) Pas de supervisions des IDE pour les activités communautaires.

Après l'étape du District, trois structures ont été visitées.



Photo 13 : Rencontre d'échanges avec l'Equipe Cadre du District de Bangolo

Tableau VI : Liste des structures évaluées pour la mission au niveau du District de Bangolo

Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Contact
MONE Jean Didier	IDE Superviseur	CSR Ziondrou Zibo	05 04 48 37 35
MOUMINE Armelle	Chef de Projet	IRC	05 64 09 49 11
ZINGBE Gueu	Superviseur	IRC	05 06 85 41 11

Rodrigue			
YAO Mollou Aristide	Responsable suivi-évaluation	IRC	05 56 00 87 67
MAH Olivier Serge	Superviseur	IRC	05 66 89 20 11
GBOGOURI Rabe Alexis	Superviseur	IRC	05 66 85 20 25
SEKONGO Kolotcholia Mama	IDE Superviseur	CSR Guezon Tahouaké	05 04 29 21 14
FOFANA Fofié	Superviseur	IRC	05 66 89 20 02
BAKAYOKO Gue Modeste	IDE Superviseur	CSR de Kahen Zarabaon	07 48 96 95 08
KOUAME N'GORAN Paulin	Superviseur	IRC	05 66 89 20 33
KOFFI Germaine	Superviseur	IRC	05 66 89 20 99
Mamadou KONATE	Superviseur	IRC	05 66 89 21 17
BONI Honoré	Superviseur	IRC	05 56 63 02 26
KOUAKOU Norbert	IDE Superviseur	CSR Petit Guiglo	05 66 40 75 73
KOUAME KOFFI F	IDE	CSR Petit Guiglo	05 0 21 28 64

2.1.2.1.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Ziondrou Zito

Au niveau du CSR de Ziondrou Zito, ce sont les rapports de deux (02) ASC sur la période qui ont été analysés, soit douze (12), en plus des registre de prise en charge et les rapports communautaire du centre de Santé sur la période. Tous les ASC de l'aire de santé sont actifs.

De l'évaluation, les constats ressortis sont entre autres :

- 1) incohérence des données rapportées dans les registres et les rapports ;
- 2) mauvaise prescription de traitement. En effet, devant les cas de toux, où la prescription recommandée est la tisane au miel, les ASC prescrivent l'amoxicilline ou les deux à la fois.
- 3) Non disponibilité des outils au niveau de l'ESPC ;
- 4) Pas de supervision des ASC ;
- 5) Pas d'archivage des outils déjà utilisés (rapport et registre) au niveau du centre de santé.



Photo 14 : Vérification au niveau du Centre de Santé de Ziondrou Zito

2.1.2.1.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Guezon Tahouaké

Au niveau du CSR de Guezon Tahouaké, ce sont vingt (20) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et qui sont tous actifs, excepté deux qui n'ont pas produit de rapports pour le mois de septembre. Ce sont donc cent dix-huit (118) rapports

d'ASC et les registres de la périodes, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

1. Des incohérences dans le rapportage (nombre de cas notifiés, inférieurs nombre de cas traités), particulièrement pour la prise en charge de la pneumonie, versus la toux. En effet, il ya une confusion entre le traitement de la toux et la pneumonie ;
2. Faible complétude de remplissage des rapports. En effet, tous les items ne sont pas renseignés, et particulièrement la température, la durée de la fièvre ;
3. Incohérence dans la prescription des traitements. En effet, en absence de pointage de fièvre, de notification de cas de fièvre, le CTA est administré, c'est le cas pour la diarrhée simple qui est référés ou la diarrhée avec signe de gravité qui est traitée avec le SRO+Zinc ;
4. Déséquilibre dans la prise en charge. En effet, les TDR sont effectués, les cas sont notifiés, mais absence de CAT pour assurer la prise en charge, c'est aussi le cas pour la pneumonie ;
5. Surcharge dans le remplissage des rapports ;
6. Disponibilité de stock d'outils au Centre de Santé,
7. Disponibilité de grille de supervision des ASC ;
8. supervision des ASC ;
9. Disponibilité de rapport de supervision des ASC.

Nous avons aussi constaté une rupture en médicaments, notamment pour l'amoxicilline et les CTA.

2.2.1.2.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Kahen Zarabaon

Au niveau du CSR de Kahen Zarabaon, ce sont dix-sept (17) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et qui étaient tous actifs, pour la période, exceptés deux ASC qui n'ont pas produit de rapport, l'un pour le mois de août et l'autre, pour les mois de juillet et août.

Ce sont donc quatre-vingt-dix et neuf (99) rapports d'ASC et les registres de la périodes, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

1. Disponibilité de stock d'outils au Centre de Santé,
2. Mauvais remplissage du registre. En effet, toutes les cases sont renseignées pour traduire une information. Lorsqu'un TDR est réalisé ar exemple, quelque soit le résultat, les deux case des items négatif et positif sont renseignées. Les Superviseurs disent avoir reçu cette instruction des responsable de suivi évaluation ;
3. Incohérence dans les données et mauvaise prescription des traitement. Par exemple, l'amoxicilline est utilisé, pour le traitement de la toux ;
4. Faible connaissance des conditions de testing et de référence. En effet, pour une absence de fièvre (36 à 37°C), le patient est souvent testé au TDR, ou référé.

Pour ce qui concerne le système de suivi évaluation, nous avons constaté :

1. La disponibilité des outils en stock au niveau du centre de santé ;
2. L'organisation de la supervision des ASC ;
3. Bonne complétude des rapports et des registres ;
4. Disponibilités des rapports de supervision.

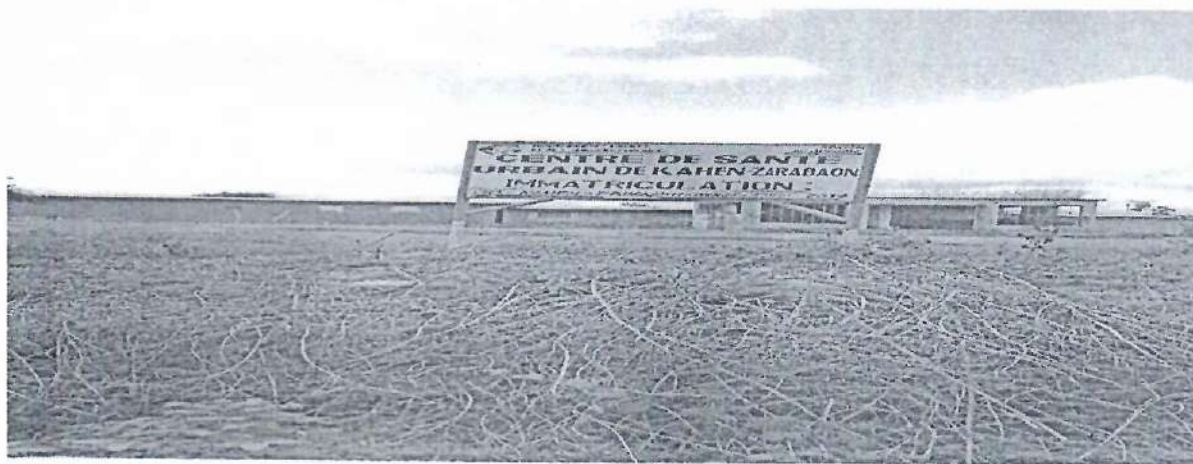


Photo 15 : Arrivée de l'équipe de revue au Centre de Santé

Des échanges ont aussi eu lieu avec les ASC d'une part et l'équipe dirigeante de IRC, avec à sa tête le coordonnateur, en la personne de Docteur OKOU Aristide.

Avec l'équipe de IRC, Docteur YOROT, a fait un bref point des constats sur le site qui se résume en deux points ; à savoir (i) le remplissage des parties grises des outils qui devraient se faire avec les superviseurs, mais qui semblent se faire par les ASC, vue les ratures à ce niveau et (ii) une faible implications des superviseurs, au vu de la qualité du remplissage et de la compréhension des items et de la prescription des traitements, en particulier pour la toux et la pneumonie. Il a précisé qu'une restitution complète se fera après traitement des données.

Monsieur TRAORE, de la DSC a posé la question de la gestion des projets pour lesquels IRC est sous récipiendaires sous Save the Children et Stop Djekoidjo, vue que ces partenaires ont des financements de bailleurs différents et que les procédures et les intérêts ne sont pas toujours les mêmes.

Docteur OKOU a rassuré sur le fait que c'est une opportunité de pouvoir être sur plusieurs fronts, mais que ce sont des équipes différentes de IRC qui sont sur ces deux projets. En effet les expériences de ces deux partenaires à travers leur cadre de performance peut être un atout.

La traçabilité des femmes enceintes perdues de vue pour la Consultation Pré Natale recentrée (CPNr), qui se fréquentent plusieurs structures. Lorsqu'elle est reconnue comme perdue de vue, à quel ASC, les agents de santé doivent adresser cette liste pour la recherche.

Les échanges ont permis d'évoquer des pistes, à savoir la production d'échéancier, comme dans le cas de la Planification Familiale (PF), la motivation des femmes enceinte en leur offrant pour chaque CPN, un élément du trousseau, les rappel par SMS des rendez, ainsi de suite. Docteur OKOU a promis de réfléchir en profondeur sur la question avec son équipe.

L'échanges avec les ASC a porté sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs activités.

Ils ont traduit leur satisfaction de leur conditions de travail, mais on soulevé la question relative au grand nombre d'outils qu'ils doivent renseigner et surtout à cause de leur niveau d'études qui n'est pas toujours élevé.

Les échanges ont permis de s'accorder sur le fait qu'ils n'ont que trois outils essentiels pour travailler, à savoir (i) le registre pour les prises en charge, (ii) le cahier de visite pour les activités de promotion et de sensibilisation et (iii) le rapport pour faire chaque fin de mois, le point de leurs activités. Le rapport est l'élément qui permet de faire le paiement des primes et qui permet à tous les niveaux du système de savoir que les ASC travaillent. Il arrive des moments, où certains outils sont en rupture et que des copies sont faites pour leur permettre de continuer le service et de reporter les données, lorsque les outils sont disponibles, mais ce n'est pas récurrent.

Ils ont été rassuré de ce que leur travail se fait en temps partiel et qu'ils doivent s'organiser pour ne pas que cela prenne le pas sur leurs activités habituelles.

Ils ont aussi posé le problème de la tracasseries des forces de l'ordre et les problèmes de sécurité Pour eux, il arrive qu'ils utilisent des motos dans le cadre de leur activités, qui malheureusement, ne sont pas toujours à jour pour les papiers et cela crée de nombreux désagréments. Ils ont été rassuré que la question sera discuté avec le District, surtout qu'ils ont partagé l'expérience de la production d'un laissez passer par des Sous-préfets, pour résoudre le problème.



Photo 16 : Echanges avec l'équipe dirigeante de IRC, avec à sa tête Docteur OKOU Aristide

2.1.2.4 Etape du District de Duekoué

2.1.2.4.1 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du bureau du District de Duekoué

Une séance de travail avec l'équipe du District a permis de situer le cadre de la mission et la méthodologie de travail.

L'équipe du District était conduite par Docteur N'GUESSAN ANGOLA Eugène Arnaud, Chargé du Service de l'Action Sanitaire (CSAS).

Il a été rappelé qu'au niveau du District, la complétude, la promptitude et l'exactitude des données collectées dans les outils physiques seront comparées à celles apportées dans la plateforme DHIS2, en vue de faire un rapprochement. Il y aura aussi l'échange sur le système de suivi-évaluation mis en place.

Pour ce qui concerne les visites des centres de santé, les trois centres de santé ont été retenus. Il s'agit des CSR de Petit Guiglo, de Binao et de Fengolo.

Pour la complétude et la promptitude et exactitude du rapportage au niveau du District, nous avons analysé pour les trente et six (36) Centres de Santé pour la période de juillet à décembre 2021, deux cent seize (216) rapports des activités communautaires.

Nous retenons les constats suivants :

1. Disponibilité des rapports communautaires ;

2. Disponibilité des grilles de supervision (District vers Centre de Santé et Centre de Santé vers ASC)
3. Bonne capacité du Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) à faire les extractions ;
4. Incohérence moyenne des données sur la période évaluée ;
5. Bonne collaboration des équipes (District et partenaire) ;

Pour ce qui concerne le système de suivi-évaluation, nous retenons :

1. Faible niveau de suivi des activités communautaire;
2. Stockage des outils de collecte chez le partenaire et non au District, pour l'approvisionnement des centres de santé ;
3. Supervisions des IDE.

Après l'étape du District, trois structures ont été visitées.

Les structures visitées étaient les CSR de Petit Guiglo, Fengolo et Binao.

Tableau VII : Liste des structures évaluées pour la mission au niveau du District de Duekoué

Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Contact
KOFFI Germaine	Superviseur	IRC	05 66 89 20 99
Mamadou KONATE	Superviseur	IRC	05 66 89 21 17
BONI Honoré	Superviseur	IRC	05 56 63 02 26
KOUAKOU Norbert	IDE Superviseur	CSR Petit Guiglo	05 66 40 75 73
KOUAME KOFFI F	IDE	CSR Petit Guiglo	05 00 21 28 64
BEUGRE NINA	IDE	CSR Petit Guiglo	07 77 32 21 10
GAMANE Aminata	Superviseur	IRC	05 66 89 21 16

N'TAKPE Antoine	IDE Superviseur	CSR Fengolo	07 08 18 48 15
SEROU Guilade Octiniel	Superviseur	IRC	05 66 89 21 34
Mamadou KONATE	Superviseur	IRC	05 66 89 21 17
KONIN N'Guessan René	IDE Superviseur	DR Binao	07 08 75 47 76

2.1.2.4.2 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Petit Guiglo

Au niveau du CSR de Petit Guiglo, ce sont les rapports de sept (07) ASC sur la période qui ont été analysés, soit quarante et deux (42), en plus des registres de prise en charge et les rapports communautaires du Centre de Santé sur la période. Tous les ASC de l'aire de santé étaient actifs.

De l'évaluation, les constats ressortis sont entre autres :

1. Bonne cohérence des données rapportées dans les registres et les rapports ;
2. Bon remplissage des outils ;
3. mauvaise prescription de traitement. En effet, devant les cas de toux, où la prescription recommandée est la tisane au miel, les ASC prescrivent l'amoxicilline ou les deux à la fois.
4. Disponibilité des outils au niveau de l'ESPC ;
5. Supervision des ASC ;
6. Mauvais archivage des outils déjà utilisés (registre) au niveau du centre de santé ;
7. Rupture en médicaments et particulièrement en amoxicilline ;

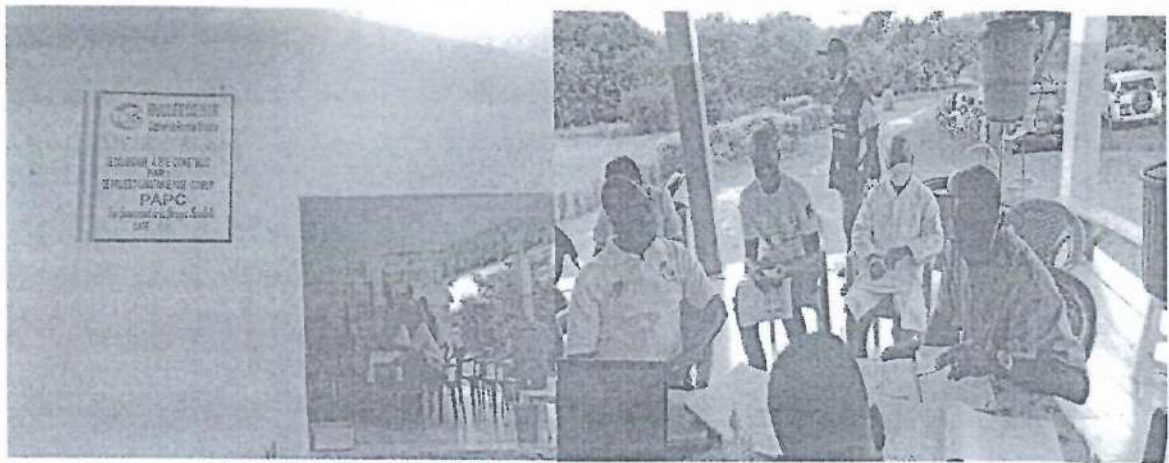


Photo 18: Etape de la revue au niveau du Centre de Santé Rural de Petit Guiglo

Au niveau du centre de santé, nous avons rencontré le groupement féminin dénommé "Gnamien okay" qui signifie en Baoulé « Dieu nous aide ».

Elle se sont satisfaites de leur intégration dans le projet de participation de la population à la résolution des problèmes de santé. Pour ce qui concerne la gestion des primes versées au groupement, elles ont confié, les utiliser pour louer une parcelle de terre pour faire de la culture de rente et aussi faire des prêts à des conditions pour le financement de certains projets.

Cette pratique vient s'ajouter l'expérience d'autres groupements, dont les femmes sont sollicitées pour aller sensibiliser les femmes des autres groupements qui sont encore réticentes ou qui n'utilisent pas les primes pour faire des investissements.

Les femmes du groupement « Gnamien okay » ont rassuré de leur disponibilité à accompagner ces actions.



Photo 19 : Remerciement de l'équipe aux membres du Groupement Féminin

2.1.2.4.3 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Centre de Santé Rural de Fengolo

Au niveau du CSR de Fengolo, ce sont trente et un (31) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et qui sont tous actifs, excepté deux qui n'ont pas produit de rapports pour le mois de juillet. Ce sont donc cent quatre-vingt et quatre (184) rapports d'ASC et les registres de la période, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

- 1) Des incohérences dans le rapportage (nombre de cas notifiés, inférieurs nombre de cas traités), particulièrement pour la prise en charge de la pneumonie, versus la toux et la diarrhée. En effet, il ya une confusion entre le traitement de la toux et la pneumonie et aussi entre le traitement de la diarrhée simple et la diarrhée avec signe de gravité (glaise et sang) avec le SRO+Zinc ;
- 2) Bonne complétude de remplissage des rapports et registres;
- 3) Surcharge dans le remplissage des rapports ;
- 4) Disponibilité de stock d'outils au Centre de Santé,
- 5) Disponibilité de grille de supervision des ASC ;
- 6) supervision des ASC ;
- 7) Disponibilité de rapports de supervision des ASC.

Nous avons aussi constaté une rupture en médicaments, notamment pour l'amoxicilline et les CTA.



Photo 20: L'Agent LFA et le Superviseur de zone d'IRC en séance de saisie de données au Centre de Santé Rural de Fengolo

2.1.2.4.4 Résultats obtenus de l'évaluation au niveau du Dispensaire Rural de Binao

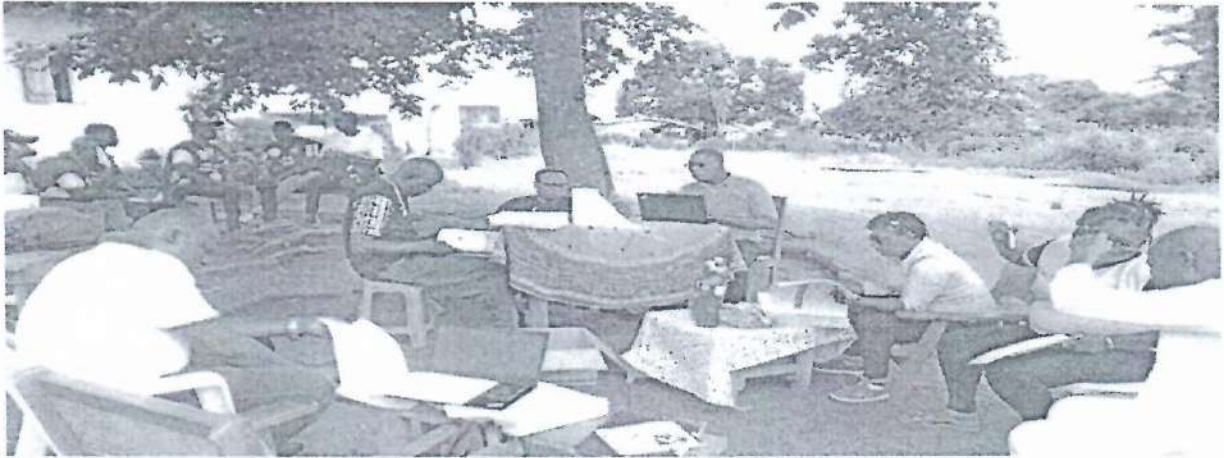


Photo 21 : Séance de vérification au Dispensaire Rural de Binao

Au niveau du DR de Binao, ce sont huit (8) ASC qui couvrent l'aire sanitaire et qui étaient tous actifs, pour la période, exceptés deux ASC qui n'ont pas produit de rapports pour le mois de juillet 2021.

Ce sont donc quarante et six (46) rapports d'ASC et les registres de la périodes, ainsi que les six (6) rapports du centre de santé que nous avons évalué. Suite à cette évaluation, nous avons pu constater :

- 1) Bon remplissage des rapports et des registres. sont renseignées.
- 2) La disponibilité des outils en stock au niveau du centre de santé ;
- 3) Bon archivage des rapports et des registres ;
- 4) L'organisation de la supervision des ASC ;
- 5) Bonne complétude des rapports et des registres ;
- 6) Disponibilité des rapports de supervision.

2.1.2.5 Restitution au niveau de la Région et des Districts du guemon

2.1.2.5.1 Restitution au District de Bangolo

Docteur YOROT a fait un point partiel de l'évaluation, en quelques points, à savoir :

1. Tous les centres du District rapportent, mêmes s'il ya des mois ou le rapportage n'est pas à 100%, avec des défections d'ASC ;
2. Des incohérences observées dans le rapportage au niveau des complétudes, des traitements et au niveau des données agrégées et des données désagrégées;
3. des confusions entre les prescriptions face à une toux ou une pneumonie ;
4. les ASC valides seuls leurs données avant la présentation des outils au superviseur. Cela se constate au niveau des ratures des zones grises des outils ;
5. bonne capacité du CAC à faire les extractions ;
6. existence de discordances entre l'extraction sur la plateforme DHIS 2 et les données compilées des rapports et registres physiques ;
7. traçabilité des femmes enceintes qui utilisent les services en dehors de leur zone de résidence, pour des motifs de convenance et/ou culturel ;
8. ruptures de médicaments et intrants

Les échanges ont permis de répondre à certaines préoccupations, à savoir la traçabilité des femmes enceintes, par la mise en place de mécanismes de communication entre les ASC des zones concernées et d'amener les agents de santé de remplir correctement les outils avec les coordonnées des patients, pour faciliter les recherches.

Pour ce qui concerne les rupture en médicaments, des dispositions sont prises pour répondre efficacement à la problématique. Il s'agit d'encourager les agents de santé de dissocier les besoins des ASC des besoins des centres de santé et surtout l'application de la directive de la Direction Générale de la Santé (DGS) sur la question, mais surtout dans la limite du stock disponible.

Pour la question des tracasseries, le Directeur Départemental de la Santé s'est voulu rassurant sur le fait que des dispositions seront prises pour améliorer l'environnement, mais dans le respect des règles. En effet, les ASC interviennent

dans leur localités et pour cela, ils disposent de vélo. Si l'ASC dans le cadre de ses activités doit se déplacer avec un engin motorisé, qu'il s'assure d'avoir tous les documents en règles.

Pour éviter les discordances, il a rassurer que des dispositions seront prises pour renforcer les validations sur site.



Photo 22 : Séance de restitution au District Sanitaire de Bangolo

2.1.2.5.2 Restitution au District de Duekoué

Docteur YOROT a fait un point partiel de l'évaluation, en quelques points, à savoir :

Tous les Centres de Santé du District rapportent les activités communautaires et particulièrement pour l'ICCM. Il ya quelques ASC, pour certains mois, n'ont pas produit de rapports, mais nous avons observé moins de défection d'ASC.

Il a félicité l'équipe du District, pour les résultats satisfaisant, contrairement aux autres Districts visités. Il a fait le point succinct suivant :

1. Bonne implication des superviseurs dans le suivi et la validation des données ;
2. Meilleur niveau de remplissage des outils ;

3. faible incohérence observées dans le rapportage au niveau des complétudes, tant pour les données agrégées que désagrégées;
4. des confusions entre les prescriptions face à une toux ou une pneumonie ;
5. les ASC valident seuls leurs données avant la présentation des outils au superviseur. Cela se constate au niveau des ratures des zones grises des outils ;
6. bonne capacité du CAC à faire les extractions ;
7. existence de discordances entre l'extraction sur la plateforme DHIS 2 et les données compilées des rapports et registres physiques ;
8. ruptures de médicaments et intrants.

Pour ce qui concerne le point sur la discordance des données entre la compilation physique et l'extraction, des échanges ont permis de savoir qu'il y a une instabilité et fidélité dans l'exactitude des données sur la plate forme, qui varient constamment. il y a régulièrement des variations entre deux extractions à deux temps différents.



Photo 23 : Rencontre de restitution au District de Duekoué, sous la présidence du CSAS

2.2 Problèmes rencontrés

Cette mission, nous a permis de faire des constats sur la mise en œuvre des interventions communautaires, pour ce qui concerne l'ICCM.

Nous pouvons résumer ces constats comme suit :

- 1- Faible coordination de l'activité communautaire par les Districts ;
- 2- Faible niveau de suivi des intervenants communautaires par les superviseurs ;
- 3- Faible niveau de coaching des ASC, par les IDE superviseurs ;
- 4- Faible niveau de compréhension des indicateurs et des prescriptions par les IDE superviseurs.
- 5- Divergence dans la compréhension de la directive sur l'allocation de médicaments et intrants aux ASC, pour le cas particulier de la prise en charge du paludisme ;
- 6- Définition d'un volume d'activités imposé aux ASC, en termes par exemple de nombre visite à domicile, de recherche active de cas de vivre, de nombre de cas de paludisme traités ;
- 7- Paiement irrégulier des motivations, dans les zones couvertes par APROSAM, selon leur adoption de paiement mensuel de cette motivation ;
- 8- Problématique de la bio sécurité, pour la gestion des déchets d'activités de soins des ASC ;
- 9- Problématique de la maintenance des vélos des ASC.

2.3 Difficultés rencontrées

La mission de Revue cible de la Qualité de Données s'est bien déroulée dans l'ensemble. Au cours de cette mission, nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières.

Nous n'avons malheureusement pas pu rencontrer les équipes de la Région de la Nawa et du District de Soubré, pour une restitution en présentielle. En effet, un conflit de calendrier en était la cause.

ANNEXES

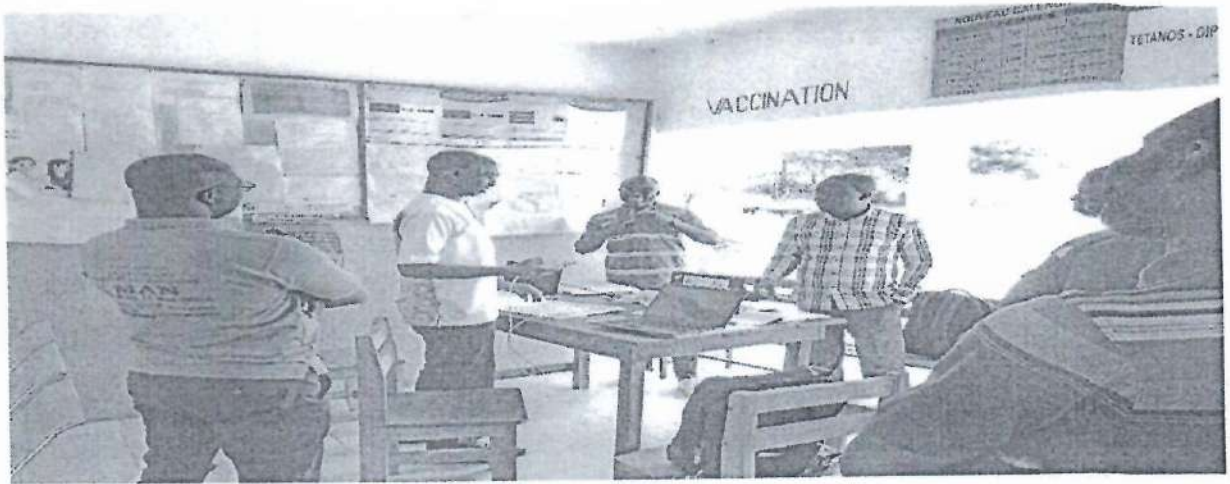


Photo 1 : Echanges entre les membres des équipe multisectorielle après la collecte de données dans un centre



Photo 2 : Echange avec un superviseur de zone, sur des questions d'éclaircissement

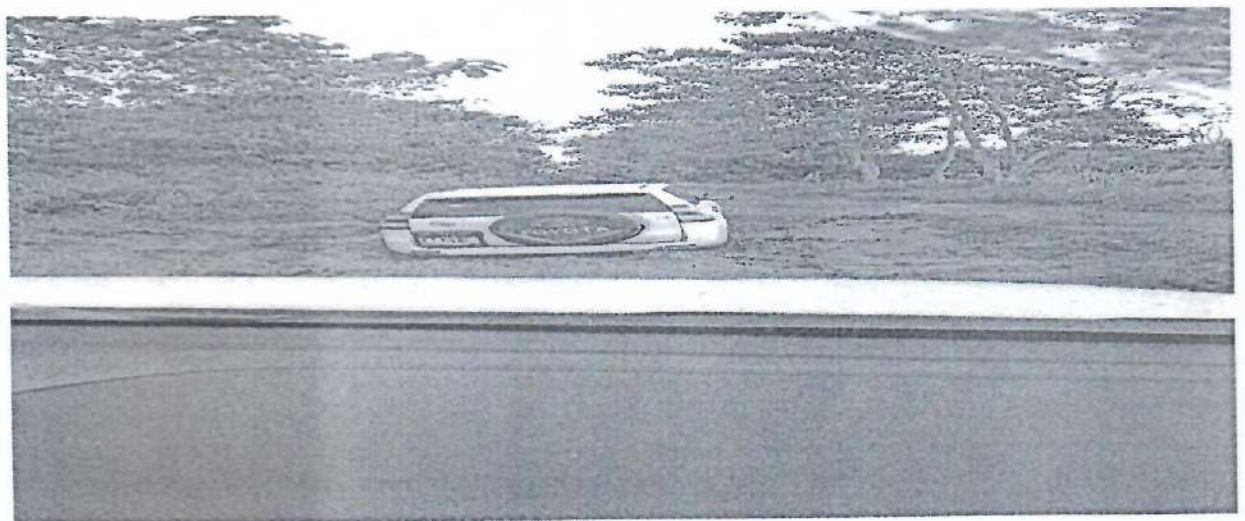


Photo 3 : Les périples de l'aventure dans la forêt classé de Taï. La santé, partout où vit une population

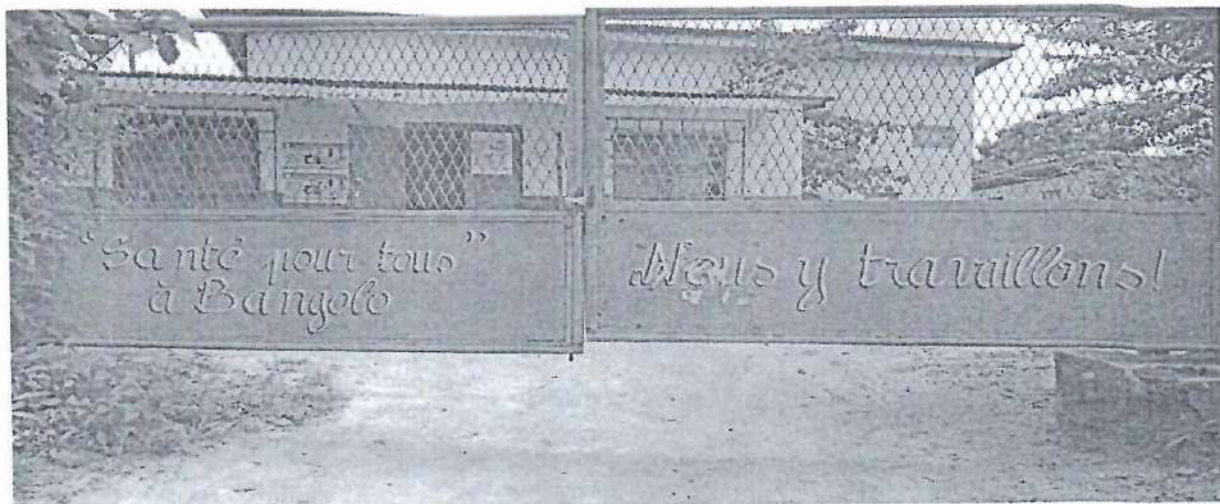


Photo 4 : Bonne arrivée à Bangolo. Pour votre santé, soyez rassuré, nous y travaillons



Photo 5 : Echange avec l'IDE de Ziondrou Zibo, sur les préoccupations des évaluateurs



Photo 6 : La mission, c'est aussi la fiesta partie et . Bon appétit à nous !



Photo 10 : La mission, c'est enfin des ASC, engagés pour le défi de la santé



Photo 11 : La mission, c'est enfin l'innovation technologie, à l'image de cette école construite avec du matériau recyclé



Photo 12 : La mission, c'est enfin la fonctionnalité du matériel roulant pour les évacuations