



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

FIABILITE DES DONNEES DE SURVEILLANCE INTEGREE DES MALADIES DANS LA ZONE DE SANTE DE NGABA, A KINSHASA, R D CONGO

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

FIABILITE DES DONNEES DE SURVEILLANCE INTEGREE DES MALADIES DANS LA ZONE DE SANTE DE NGABA, A KINSHASA, R D CONGO[☆]

BIEKA MUKUMBILWA Docksin^{a*}

A. Chef de travaux, ISTM-Kinshasa

Received 8 September 2022; Accepted 03 October 2022

Available online 4 December 2022

ARTICLE INFO

Keywords:

Fiabilité des données

Surveillance intégrée

Maladies

Zone de santé de Ngaba

ABSTRACT

La surveillance épidémiologique rassure le ministère de la santé par le biais de la zone de santé d'avoir des informations régulières sur les maladies. Cette surveillance se fait en quelques étapes essentielles et nous avons constaté les irrégularités dans les données transmises et collectées dans la zone de santé de Ngaba. C'est ainsi que par la combinaison méthodologique et des techniques, nous avons trouvé des résultats résumés à titre de cinq premiers problèmes prioritaires relevés par notre enquête, nous retrouvons, dans l'ordre : La forte prévalence du paludisme ; La non formation de personnel de santé en SEI ; L'incohérence des données du BCZS et celles des AS ; La faible revenu des ménages et la prévalence des hémorroïdes.

Introduction

La surveillance épidémiologique (SE) constitue une stratégie de contrôle des maladies. L'efficacité de la lutte contre les maladies repose sur celle des systèmes d'intervention qui, à son tour, repose sur l'efficacité de la surveillance des maladies et de la fiabilité des données sanitaires récoltées.

Un système de surveillance fonctionnelle est indispensable pour fournir des informations qui permettent de prendre des mesures contre les maladies jugées prioritaires ; c'est un instrument capital pour la prise de décisions en santé publique dans tous les pays.

Les données issues de la surveillance fournissent des informations qui peuvent servir à l'établissement de priorité, à la prise de décision politique, à la mobilisation de ressource et à leur affectation, mais aussi à la prévention et à la détection précoce des épidémies. Un système de surveillance peut être utilisé pour suivre, évaluer et améliorer le programme de prévention et de lutte contre la maladie. La surveillance des maladies est donc un élément vital du système de santé.

En RDC, comme dans tous les autres pays en développement, existe d'importants besoins d'informations sanitaires fiables comme outil de gestion et de planification des activités sanitaires.

C'est ainsi que dans son étude menée à Kinshasa sur le système local d'information sanitaire (SLIS), EDJO OKEHESE¹ souligne que l'insuffisance des données est liée au système sanitaire lui-même, à la mauvaise organisation du travail de l'équipe de santé et aux problèmes logistiques. D'après son étude, l'inadaptation de l'outil de collecte des données ne permet pas leur utilisation pour résoudre les problèmes sanitaires. C'est cette inadéquation entre la théorie et la pratique qui nous pousse à porter notre réflexion en profondeur sur ce phénomène qui anéantit toute chance d'une riposte appropriée en santé publique. Les données épidémiologiques recueillies ne sont pas seulement incomplètes, erronées mais souvent non utilisées à bon escient. Il ressort en effet, des incohérences et de l'indisponibilité des certaines données observées dans les différentes structures de la ZSU/Ngaba.

Ainsi, pour les centres de santé :

- Les rapports transmis au bureau central de la zone de santé sont souvent transcrits, sur les papiers volants, sans aucune garantie de sécurité d'authenticité ;
- Certains rapports sont incomplets, sans détails essentiels, remplis à la hâte et même sur place du dépôt, par la personne porteuse dudit rapport ;
- Il n'y a pas un personnel attiré pour ce service et les informations importantes sont transmises au BCZS par ce personnel responsable des institutions sanitaires. De fois, ce sont les membres des familles ou des connaissances de ce responsable qui font ce travail ;
- Certains rapports arrivent hors délai (un ou deux

jours après le délai fixé du dépôt).

Cette situation troublante nous pousse à nous interroger :

- De quel outil de collecte des données épidémiologiques les formations sanitaires disposent-elles ?
- S'il existe, est-il utilisé et compris par son utilisateur ?
- S'il existe, pourquoi n'est-il pas utilisé lors d'enregistrement des données ?
- Qui sont habilités à transmettre les informations aux institutions sanitaires ?
- Les personnels des aires de santé sont-ils formés pour établir d'une manière satisfaisante les rapports de la surveillance épidémiologique ?
- Ces informations épidémiologiques sont-elles fiables ?

Si les centres de santé ont des difficultés dans le recueil et la transmission des données sanitaires, les bureaux des zones de santé ne sont pas épargnés.

Pour le bureau central de la zone de santé :

En plus des éléments caractéristiques de la problématique de la transmission des données par les centres de santé, le BCZS connaît un problème d'enregistrement et de compilation des données. Ainsi, la personne chargée de la réception des rapports ne fait qu'enregistrer les informations sans en vérifier les contenus. Parfois, pour être à jour, elle recopie des anciennes données des mois précédent afin de remplir le canevas de surveillance épidémiologique à transmettre à la hiérarchie (district sanitaire, province, ministère de la santé). Vu l'ampleur de ce phénomène, nous nous interrogeons sur le profil véritable ainsi que la mission effective du chargé de cette dans la zone de santé. D'autre part, il y a lieu de se demander si les éléments qui figurent dans les rapports de la ZS suffisent pour présenter aux responsables sanitaires (aux décideurs) la

¹ 1990, un système simplifié de collecte des informations sanitaires qui inclus un minimum des indicateurs et qui maximise l'utilisation des données pour résoudre des problèmes sanitaires, in Pricor, brochure N°7, center for human services, Bethesda, 34p

situation réelle de la ZS.

Selon D'ALTILIA, « l'information sanitaire n'a de la valeur que si on peut l'utiliser correctement »². L'importance de l'information n'est plus à démontrer dans le domaine de la surveillance épidémiologique. Les différents éléments qui précèdent et une petite observation du milieu et de la population de la ZSU/Ngaba nous font défiler à l'esprit une multitude de préoccupation.

Alors que la ZS est considérée comme entité périphérique de la planification et de l'exécution des programmes de santé et est appelée à s'attaquer aux problèmes réellement prioritaires de la population. Nous nous posons la question de savoir « si l'information (les données) épidémiologiques présentée par le BCZS/NGABA est fiable de façon à lui permettre d'identifier les vrais problèmes de santé prioritaires de la population de la commune de NGABA » ? Nous sommes partis des hypothèses selon lesquelles, L'information, la formation ainsi que l'implication des acteurs à tous les niveaux d'intervention de soins dans la collecte de données nous permettrions d'avoir les données (information) sanitaires fiables et la non fiabilité des données épidémiologiques compromettrait la situation sanitaire en République Démocratique du Congo.

L'objectif de cette étude est d'évaluer évaluer la fiabilité des données issues de la surveillance épidémiologique intégrée, c'est-à-dire voir si les données épidémiologiques reçues et transmises par le bureau central de la zone de santé de Ngaba reflètent la situation épidémiologique réelle de la communauté de la zone de santé en vue contribuer à l'amélioration de gestion des programmes épidémiologiques (sanitaires).

De façon spécifique, les objectifs fixés pour

l'étude cherchent à :

- Renforcer la capacité de la ZS à mener des activités de surveillance efficaces ;
- Intégrer plusieurs systèmes de surveillance pour que les divers formulaires, le personnel et les ressources puissent être utilisés plus efficacement ;
- Améliorer l'utilisation d'information utile aux décideurs ;
- Faciliter la circulation des informations de surveillance entre les différents échelons du système de santé et à chacun de ces niveaux ;
- Renforcer la capacité et le rôle des laboratoires dans l'identification des agents pathogènes et la surveillance de leur sensibilité aux médicaments ;
- Promouvoir la participation de la communauté dans la détection et la riposte aux problèmes de santé publique ;
- Impliquer davantage les personnels de laboratoire dans le système et les activités de surveillance ;
- Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de la surveillance épidémiologique et la riposte dans les aires de santé et les zones de santé.

Ainsi, plusieurs activités sont menées et consisteront à :

- Procéder par l'étude de la zone de santé pour dresser son profil sanitaire, ainsi que l'état de lieux ;
- Analyser les éléments du rapport de la surveillance épidémiologique ainsi que les résultats du laboratoire présenter par le BCZS/Ngaba ;
- Analyser la littérature qui traite de la surveillance intégrée ainsi que des activités sanitaires ;
- Identifier les établissements de santé de zone de

² D'ALTITA, J.A et Coll. (1996), Système d'information sanitaire, AEDS, Bruxelles, 167p.

santé qui notifient et ceux qui ne notifient pas et tenant compte du délai légal fixé pour dépôt de ces dits rapport.

Pour ce faire, le ministère de la santé, l'OMS et les autres partenaires parlent de la formation des formateurs. Cette dernière a pour priorités :

- La sensibilisation des décideurs et autres partenaires (1999) ;
- L'évaluation des systèmes nationaux de surveillance ;
- La préparation et la réponse aux épidémies (2000)
- L'élaboration du plan stratégique quinquennal national de mise en œuvre de surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) en RDC (2002) ;
- L'adaptation des manuels de formation (2002)
- L'élaboration de la politique nationale de la surveillance et riposte en RDC (2002).

Une fois formés, les acteurs de la surveillance du niveau opérationnel, doivent intégrer cette stratégie à l'ensemble du paquet minimum de soins de santé primaire pour les rendre efficaces et efficaces.

Bien que le ministère de la santé de la RDC a mis ces batteries en marche pour une bonne formation du personnel soignant en vue d'un bon fonctionnement du système national d'information sanitaire (SNIS), des dysfonctionnements ont été relevés par les cadres des zones de santé dans l'intégration de cette stratégie dans l'ensemble des activités de soins de santé primaire dans ces structures (ministère de la santé, 2002)³.

Les données non fiables induisent les décideurs en erreurs de sorte que des mesures seront prises sur des bases tronquées. La planification ainsi que l'évaluation ne seront que fantaisistes et les moyens

seront en inadéquation totale avec les besoins. Ainsi, la qualité des prestations laissera à désirer provoquant l'insatisfaction des bénéficiaires des services de santé.

Cette absence de fiabilité découle de plusieurs facteurs :

- Le manque de la planification des activités ;
- La faible mobilisation et l'affectation inappropriée des ressources ;
- Les rôles des acteurs et des structures mal ou non défini ;
- La mise en place et le fonctionnement des organes d'appui et de coordination (cellule de surveillance, comité de lutte) non organisés ;
- L'archivage des données non assuré ;
- La faible réalisation et manque de l'outil adapté sur terrain pour les activités de supervision ;
- L'évaluation et le suivi des activités non réalisées dans les structures.

En plus de ce problème et difficultés, nous citerons les conditions sociales des prestataires (FOSA, BCZS, relais communautaire, etc.) ; les mauvaises conditions de travail, la philosophie ou la politique (régime) occultiste de la structure qui fournit les données biaisées et les mouvements incontrôlés des malades.

Cette petite analyse qualitative de ces deux hypothèses sera après investigation soit confirmée soit infirmée, soit nuancée.

Cette étude est à la fois qualitative, descriptive et comparative. Elle est quantitative parce qu'elle permet d'apprécier les résultats sur les faits humains. Elle est descriptive parce qu'elle procède par une analyse descriptive parce qu'elle procède par une analyse descriptive de la situation sanitaire d'une zone de santé bien précise. Enfin, elle est comparative parce qu'elle permet de comprendre les résultats fournis par le système de surveillance de la zone de santé à ceux

³ Ministère de la santé de la RDC, (2002), information sanitaire, Module VII, formation des cadres des zones de santé, 22-24pp.

obtenus par une enquête transversale (momentanée) comme la nôtre. On signale aussi que notre étude concerne le domaine de la santé publique plus précisément elle est en rapport avec le système de surveillance des maladies en République Démocratique du Congo. Les écrits nous renseignent que la surveillance épidémiologique se passe par les étapes suivantes : Identification/enregistrement des cas, Notification, Analyse et interprétation des données, Investigation et confirmation des cas et flambées épidémiques, Riposte et la Rétro information.

II. MATERIELS ET METHODES

La ZS de NGABA est située dans la commune du même nom, dans la ville province de Kinshasa. Elle a une superficie de 4Km² avec une population totale estimée à 140.863 habitants en 2006 et un taux d'accroissement démographique de 1,4%. Elle a une densité de 35.216Km².

II.2. Population et échantillon

II.2.1. Population

La population de notre étude est constituée de tous les ménages de la ZS de Ngaba. Comme indiqué précédemment, la ZS de Ngaba comptait 140 863 habitants en 2006. Le rapport de la ZS/Ngaba de juin 2008 à l'occasion de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à la population, nous indique que le nombre d'habitants par ménage est de 10 personnes. De ce fait, le nombre de ménage de la ZS serait alors de 140 863 : 10 =14 086 ménages qui constituent notre population cible.

Pour constituer l'échantillon de notre étude, nous avons adopté la méthode intuitive (AKAMBAKINAYO MUINIDA, 2002 cité par Déogracias KATSUVA S., 2003) compte tenue de la

multitude de caractéristiques à étudier, et de l'absence de certains paramètres (BOFOYA KOMBA, 2000). Eu égard aux contraintes financières et temporaires, nous avons pris une fraction d'échantillon de 1% qui veut dire que le 1 centimètre de la population cible représente 141 ménages.

Méthodes, techniques et instruments de recherche

Pour obtenir les résultats de notre recherche, nous avons recouru aux méthodes et techniques suivantes :

a) Méthodes

- **Méthode socio-historique** : elle nous a permis d'analyser la typologie des phénomènes sociaux des populations de la ZS de Ngaba pour comprendre leur culture, leur philosophie afin de situer leur évolution dans le temps et d'y révéler certains faits historiques importants, telle que l'évolution des maladies ;

- **Méthode comparative** : qui est un moyen de suppléer à la carence ou à l'insuffisance de la méthode d'enquête ou statistiques. Elle est une méthode utilisée par les analyses des sociétés ou des communautés pour comparer certains éléments observables. C'est grâce à cette méthode que nous pouvons nous permettre de dire qu'il y a eu différence entre les données obtenues par la surveillance ainsi que celles obtenues par notre enquête.

- **Méthode d'enquête** : nous a permis d'évaluer généralement les chiffres pour découvrir la réalité des choses.

b) Techniques

- **La revue documentaire** qui nous a permis de consulter les documents (registre, liste...) afin d'obtenir d'autres informations

- **L'interview** nous a permis d'interroger les individus en

vue d'obtenir les éléments de l'information recherchée à l'aide d'un questionnaire. Nous avons procédé à des entretiens ciblés.

III. RESULTATS

Tableau N°5 : Niveau d'instruction de chef de ménage

Niveau d'instruction	Effectif	%
Analphabète/primaire	92	65,2
Secondaire/Université	49	34,8
TOTAL	141	100

Par ce tableau, nous remarquons que 65,2% de chefs de ménages sont du niveau primaire et sans instruction élémentaire ainsi que 34,8% sont du niveau secondaire et universitaire.

Tableau N°6 Occupation du chef de ménage

Occupation	Effectifs	%
Formel	120	86,3
Informel	19	13,7
TOTAL	139	100

Nous constatons que 86,3% de chef de ménage travaille dans le secteur formel⁴ et que 13,7% sont plutôt dans l'informel⁵.

I. Données sur les services de santé

a) Lieu fréquenté pour les soins

Nous constatons que 47,2% de la population de la ZS de Ngaba se font soigner dans les établissements de la santé non intégrés⁶ (tradipraticiens, pharmaciens,...)

⁴ Par rapport à notre milieu d'étude, nous considérons comme secteur formel dans notre étude tout emploi salarié ou toute activité principale dans le milieu comme petit commerce...(travail permanent).

⁵ Contrairement au précédent, l'informel pour notre étude est considéré comme le travail temporaire périodique.

⁶ Par rapport à notre étude, les structures non intégrées sont les structures de soins de santé qui ne notifient pas au BCZS et qui ne se retrouvent pas au système normal de l'envoi des données de la SE.

29,5% dans les institutions sanitaires intégrées⁷ et 18,9% recourt à l'automédication. Raisons avancées sont : les structures non intégrées sont moins chers et parfois gratuits par rapport aux structures intégrées et nous sommes pauvres.

II. Données sur l'état de santé

A part les principales pathologies dominantes sur le plan national (rapport du ministère de la santé 200op.cit), notre enquête a démontré que la pauvreté constitue aussi une endémie.

III. Déclaration sur les maladies dominantes

Lors de notre enquête, nous avons enregistré différentes déclarations sur les maladies les plus fréquentes dans les ménages. Les maladies citées ont alors été présentées selon l'ordre d'énumération dans le tableau suivant :

Tableau N° 7 Les maladies fréquentes dans le ménage

Maladies	Effectifs	%
Rhumatisme	7	5
IRA	11	7,8
Malaria	78	55,3
HTA	6	4,3
Hémorroïdes	14	10
Fièvre typhoïde	16	11,3
Diarrhée	5	3,5
IST et/ou VIH/SIDA	4	2,8
Total	141	100

En voyant ce tableau, il y a donc lieu de constater que le paludisme vient largement en tête, et qu'en deuxième position vient la fièvre typhoïde, puis les hémorroïdes et les IRA.

⁷ Par contre, les structures intégrées sont celles qui notifient au BCZS

a. **Connaissance sur les maladies à potentiel épidémique**

Nous constatons que 85,4% ne connaissent pas ces maladies comme étant les maladies à potentiel épidémique, contre 10,2% qui connaissent ces maladies.

b. **Mortalité dans les ménages**

Notre enquête a montré que 20,8% de ménages ont perdu un membre au moins les douze derniers mois. La mortalité est donc élevée. De ces causes de décès, nous avons noté : 25% de causes de la pauvreté, faute de moyens financiers pour faire soigner les siens aux structures intégrées, 11,1% d'HTA, 10,1% de causes inconnues, 6,3% de paludisme.

A la question de savoir à qui reviennent les compétences de donner la solution à leur problème de santé, notre enquête a montré que 44,6% ont répondu à Dieu (à travers les pasteurs), 20,4% aux structures intégrées (CS, HGR, cliniques,...), 15% aux radiothérapeutes et 19,8% à l'automédication.

L'origine de l'information

Notre enquête a révélé que les 90% d'informations de surveillance sanitaire ne proviennent que des structures intégrées. Il faudra alors accélérer la politique de la multiplication des structures intégrées en RDC.

1. **La manière d'envoi de l'information**

Dans notre enquête, nous constatons que les données de la surveillance épidémiologique sont reçues et envoyées sur n'importe quel support à 80% et à n'importe quel moment à 40%.

2. **Degré de connaissances sur l'information épidémiologique**

Notre enquête nous a montré que le personnel tant du BCZS que des AS ne participent presque pas à des réunions, des séminaires et/ou ateliers de formation sur la surveillance épidémiologique intégrée.

85% de la population ne connaissent pas la définition de cas simplifiée. 58% des données trouvées dans les AS ne correspondent pas à des données trouvées au BCZS de Ngaba en 2007. Ça implique une contradiction. Risque d'une mauvaise planification. Sur les 100% de supervision programmées par le BCZS en 2007, notre enquête a révélé que 80% de supervision sont réalisés et celles-là dans les structures intégrées (CS, HGR, cliniques,...) seulement. Les tradipraticiens, les églises,... n'étaient pas concernés.

IV. **Problématique de la communauté et priorité en rapport avec ces problèmes**

L'analyse des données de notre enquête nous a amené à mettre en évidence les différents problèmes majeurs de la ZS de Ngaba. Après cela, nous avons établi des priorités selon les critères de PINEAULT.

Tableau N° 11. Principaux problèmes de la ZS de Ngaba

Catégorie	N° problème	Indicateurs
PROBLEMES SOCIO-ECONOMIQUES	1. Problème revenu des ménages (pauvreté)	Un ménage gagne en moyenne 33,5\$, soit environ 3,94\$ par personne et par mois, équivalent à 0,13\$ par personne et par jour. Ceci est vraiment très en deçà du seuil de pauvreté.
	2. Chômage	95,5% de la population de ZS n'ont pas d'emplois salariés.
PROBLEME LIE A L'ENVIRONNEMENT ET A L'HABITAT	3. Promiscuité dans les parcelles et dans les ménages	D'après notre enquête, il y a en moyenne 9 personnes par ménage et 7 ménages par parcelle qui fait 63 personnes par parcelle, et 3 personnes par chambre à coucher et au salon. Cette situation favorise à coup sûr les contaminations croisées.
	4. Mauvaises évacuations d'ordures ménagères	85% de ménages jettent les ordures ménagères dans les rues et sur la route.
	5. Présence des nappes d'eau autour des maisons.	57% de ménage enquête sont entourés de nappe d'eau (eaux stagnantes)
PROBLEMES LIES AU DEGRE DE CONNAISSANCE SUR LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE INTEGREE	6. Mauvaise collecte, mauvaise analyse et mauvaise interprétation de données.	69% de la population de la ZS ne connaissent pas faire la surveillance communautaire et 60% de personnel de santé ne savent pas faire la surveillance intégrée.
	7. Désintéressement aux valeurs	80% de personnel de santé ne

	des données épidémiologiques.	suivent pas la promotion de la surveillance intégrée.
	8. L'analphabétisme (niveau d'étude très bas).	60% de la population n'ont pas étudié ou ne termine pas l'école primaire.
PROBLEMES LIES AU SERVICE DE SANTE	9. Inaccessibilité économique aux soins de santé	63% de ménages affirment ne pas être à mesure de supporter les coûts de soins de santé.
	10. Sous utilisation des services de santé intégrés.	29,5% de la population seulement utilise les services de santé intégrée.
	11. La promptitude et la complétude ne sont pas respectées.	Seulement les structures intégrées notifient à 90%, les non intégrées ne sont pas concernées. Ceci montre qu'il y a beaucoup de données sanitaires de la ZS qui échappent au contrôle du BCZS.
PROBLEME DE L'ETAT DE SANTE	12. Forte prévalence du paludisme	Le paludisme attaque 90 ménages sur 100 dans la ZS de Ngaba
	13. Infections respiratoires aiguës	Sur 100 ménages 62,1% sont victimes de l'IRA
	14. Fièvre typhoïde	55% de ménages ont été attaqués par la F.T.
	15. Diarrhée	La prévalence de la diarrhée est de 40%.
	16. Hémorroïde	52,5% de ménages se plaignent des hémorroïdes.
	17. IST et VIH/SIDA	

		20,1% de ménage ont les IST, 0,5 suspects de SIDA.
--	--	--

V. **Problèmes révélés par le rapport épidémiologique du BCZS/Ngaba 2007**

- 1) Morbidité/létalité élevée due au paludisme d'enfants de 0-5ans (54M et 0,1%) ;
- 2) Proportion élevée d'enfants malnutris de 5ans dans la ZS (15%) ;
- 3) Taux élevé de décès maternel (171/100 000 naissances vivantes) ;
- 4) Faible taux de guérison de malades TBC 71% ;
- 5) Risque élevé de contamination des IST/SIDA dans la ZS au sein des groupes spécifiques ;
- 6) Faibles taux d'utilisation des services de santé ;
- 7) Faible couverture vaccinale (DTC3 inférieur à 80%) ;
- 8) Mauvaise gestion des déchets ;
- 9) Personnel de la structure de référence non formé en management de SSP, communication, CPS, SR ;
- 10) Insuffisance de formation des relais communautaires dans les domaines (technique, de communication, CPS, SR, TBC, NAC, PCMEG) ;
- 11) Personnel nouvellement affecté au BCZS non formé en SSP (management) et en SEI.

VI. **Priorité des problèmes de la ZS. Ngaba selon notre enquête**

Tableau N°12 Etablissement de priorités en rapport avec les problèmes de santé de Ngaba

N°	Problèmes plus inducteurs	Score				Score Total	Ordre de priorité
1	85% de ménage jettent les ordures dans les rues	2	4	3	3	12/20	5
2	57% de ménages sont à côté de nappe d'eau	2	4	1	3	10/20	7
3	58% de données dans les Aires de santé ne correspondent pas à des données trouvées au BCZS/Ngaba pour l'année 2007	4	5	1	5	15/20	2
4	Promiscuité avec 63 personnes par parcelle et 9 personnes par ménage	3	4	2	3	12/20	5
5	Faible gain mensuel moyenne par ménage 35,5\$ US	3	4	3	4	14/20	3
6	Taux de prévalence du paludisme très élevé 90%	4	5	4	3	16/20	1
7	Taux de prévalence de la diarrhée élevé à 50%	2	2	1	4	9/20	8
8	Taux de prévalence des hémorroïdes à 52%	2	4	3	4	14/20	3
9	Taux de prévalence de fièvre typhoïde élevé à 55%	2	4	3	4	13/20	4
10	Taux de prévalence des IRA élevé à 62,1%	3	3	3	4	13/20	4
11	0,5% de ménage sont suspectés des infections à	1	2	1	3	7/20	9

	VIH/SIDA						
12	63% de ménages affirment ne pas être capable (à mesure) de supporter les coûts de soins de santé	2	4	2	2	10/20	7
13	29,5% de la population seulement utilisent les services de santé intégrée	2	4	1	4	11/20	6
14	60% de la population n'a pas étudié ou ne terminant pas l'école primaire	2	3	1	4	11/20	7
15	Seules les structures intégrées notifient à 95%	2	3	1	5	11/20	6
16	95,9 de la population n'ont pas d'emplois salariés	2	4	3	3	12/20	5
17	80% du personnel de santé non formé en matière de la surveillance épidémiologique	3	4	4	4	15/20	2

IV. DISCUSSION

Dans ce point, Il s'agira notamment d'établir le lien entre les résultats obtenus et les données de rapports de la surveillance épidémiologique de la ZS/Ngaba, ainsi qu'avec les problèmes prioritaires relevés par le BCZS. Cette discussion sera soutenue par les points de vue des auteurs développés dans le chapitre consacré à la mise au point des connaissances sur le sujet.

Etablissement de lien entre les données de l'étude de la communauté et celle du rapport de la surveillance épidémiologique

L'OMS (1981 Op Cit) affirme que les catégories d'informations nécessaires peuvent porter sur les facteurs politiques, sociaux, culturels, économiques, environnementaux et administratifs qui influent sur l'état sanitaire ainsi que sur les statistiques de mortalité et de morbidité. Ces informations serviront de base à l'établissement d'indicateurs et de critères utilisables au cours de diverses étapes du processus d'évaluation. LUTZ (Op Cit) indique que ces critères dont la pertinence ou le fait que l'information sanitaire disponible ait de

lien avec les problèmes usuels et locaux, aident les responsables sanitaires à juger de la fiabilité de l'information pour son utilisation.

Adoptant le modèle sociologique de PINEAULT (Op Cit) pour l'investigation des problèmes de santé de la population et en comparant nos résultats aux données du BCZS/Ngaba issues de rapports de la surveillance épidémiologique, nous retenons quelques faits attirent notre attention.

Après notre enquête et à l'issue de l'analyse des données, nous avons ressorti dix-sept problèmes majeurs de cette zone de santé (tableau N°11) en précisant leurs indicateurs. Grâce aux critères de PINEAULT, nous avons établi l'ordre des prioritaires de ces problèmes (Tableau N°12). C'est ainsi nous avons constaté que le taux de prévalence du paludisme (à tous les âges) arrive en première position, les données trouvées aux aires de santé qui ne correspondent pas aux données trouvées au BCZS/Ngaba et le personnel de santé non formé en matière de la surveillance intégrée viennent à la deuxième position, alors que le taux de prévalence aux infections à VIH/SIDA en

dernière position.

Quant au rapport de la surveillance épidémiologique de la ZS/Ngaba, nous remarquons qu'il n'a mis en évidence que cinq de dix-sept problèmes que nous avons relevés par notre enquête, soit 29,4%. A cela, le rapport du BCZS/Ngaba a ajouté six autres problèmes non identifiés par notre enquête, qui pour la plupart ne constituaient pas des véritables problèmes de la communauté. En effet, ces problèmes sont plutôt apparus comme des conséquences dont la solution de la cause, par ailleurs relevée par notre enquête, serait à recommander. Notons aussi qu'il est difficile de préciser la pertinence de ces problèmes car l'équipe cadre du BCZS/Ngaba n'a pas présenté certains de ces problèmes avec des indicateurs et moins encore préciser le degré de priorité pour ces problèmes.

Etablissement d'ordre de priorité des problèmes

Si nous prenons les cinq des premiers problèmes prioritaires relevés par notre enquête, nous retrouvons, dans l'ordre :

- La forte prévalence du paludisme ;
- La non formation de personnel de santé en SEI ;
- L'incohérence des données du BCZS et celles des AS ;
- La faible revenue des ménages ;
- La prévalence des hémorroïdes.

En considérant les rapports de la SE du BCZS, les cinq premières priorités établies dans l'ordre sont :

- La mortalité/létalité élevée due au paludisme d'enfants de moins de 5ans ;
- La proportion élevée d'enfants malnutris

de 5ans dans la zone de santé ;

- Le taux élevé de décès maternel ;
- Le faible taux de guérison des malades TBC ;
- Le risque élevé de contamination des IST/SIDA dans la ZS au sein des groupes cibles.

En comparant ces deux groupes de priorités, nous remarquons qu'il n'y a qu'un de la SE du BCZS qui revient dans celles relevées par notre enquête, soit le problème du paludisme. Les autres y sont quelque peu voilés et peuvent être ressortis après quelques exercices mentaux. C'est le cas de la proportion élevée d'enfants malnutris de 5ans qui peut être suite au faible revenu des ménages (notre enquête). C'est également le cas de l'incohérence des données (notre enquête) qui irait avec le faible taux de guérison des malades TBC (ZS) ; du risque élevé des contaminations des IST/SIDA dans la ZS qui serait expliquée par le manque de surveillance (notre enquête) ;... Nous constatons cependant que la façon dont la SE du BCZSU/Ngaba présente les problèmes ne permet pas de ressortir leurs causes.

Comme on le constate, pour le rapport de 2007 du NCZS/Ngaba, la priorité est accordée aux quelques problèmes techniques de la surveillance intégrée, à l'environnement et à l'habitat, aux services de santé, ainsi qu'aux problèmes socio-économiques qui sont apparus comme les causes des problèmes de santé présenté par le rapport épidémiologique du BCZS/Ngaba (voir tableau N°13).

C'est ainsi que LUTZ (op cit) compare l'information sanitaire à une mauvaise route pleine de trous, et les bosses représentent

l'information manquante et incorrecte ou trompeuse qui empêche les professionnels de santé d'identifier les causes réels des maux qui rongent la communauté, et risquent de planifier leurs actions plutôt sur les conséquences. C'est ainsi qu'en partant de ces observations, nous constatons que les données issues de la surveillance intégrée de la ZS/Ngaba sont incomplètes et irréelles.

Notons également que, les priorités des données de la SE de la ZS/Ngaba risqueraient de mal orienter la planification, l'attention, les ressources et la riposte pour la résolution des problèmes de la communauté.

V. CONCLUSION

Cette étude a porté sur « **l'évaluation de la fiabilité des données de la surveillance intégrée des maladies : dans la zone de santé de NGABA à Kinshasa** ». Nous savons qu'elle n'est pas parfaite mais elle ouvre un champ vaste de réflexion pour les futurs chercheurs. Ces données (informations) obtenues dans cette étude issues du système de la surveillance épidémiologique qui est considérée par le ministère de la santé de la RDC et par l'OMS (Afro 2003) comme l'un des principaux supports au développement sanitaire d'un pays.

Pour être utile et jouer ainsi son rôle, la surveillance intégrée des maladies doit fournir des informations fiables et pertinentes, c'est-à-dire elle doit être une approche attentive, vigilante, de production de l'information sanitaire utile en vue d'identifier et de définir les problèmes de santé publique nécessaires. C'est de cette façon que les autorités sanitaires, à quelque niveau qu'elles se trouvent peuvent cibler les maladies et les états de santé qui sont à

la base d'accroissement excessif de la mortalité et de la morbidité dans les aires de santé.

Dans le cadre de cette étude, nous sommes partis de l'interrogation suivante : « **si l'information (les données) issue de la surveillance épidémiologique présentée par la BCZS/Ngaba est-elle fiable, de façon à lui permettre d'identifier les vrais problèmes de santé prioritaires de la communauté de la ZS** ».

Le but de cette étude était d'évaluer la fiabilité des données issues de la SEI, c'est-à-dire voir si les données de la surveillance reçues et transmises par le BCZS/Ngaba correspondaient à la situation sanitaire réelle de la communauté en vue de contribuer à l'amélioration des planifications, des actions à entreprendre et des évaluations des activités de santé.

Pour y arriver, nous avons mené une étude transversale dans toute la zone de santé de Ngaba et distribué un questionnaire anonyme. Au cours de cette étude, nous avons analysé les facteurs pouvant influencer la santé de la communauté, notamment les facteurs historiques, les facteurs géographiques, démographiques, socio-économiques, sanitaires, des services de santé,...en nous référant au modèle sociologique de PINEAULT. De cette analyse, nous avons ressorti 17 problèmes classés par leur score. De cette classification, 15 problèmes ont obtenu un score supérieur ou égal à 10 point sur 20, c'est-à-dire pouvant être retenus comme prioritaires.

Comme fil conducteur de notre étude, nous avons émis les hypothèses de travail selon lesquelles :

- L'information, la formation ainsi que l'implication des acteurs à tous les niveaux d'intervention de soins dans les techniques de la SE nous permettront d'avoir d'informations sanitaires fiables ;
- La non fiabilité des données issues de la SE compromet la situation sanitaire en République Démocratique du Congo.

Au terme de cette étude menée dans 141 ménages repartis proportionnellement dans les six aires de santé que comprend la ZS de Ngaba, il ressort que :

- Le rapport de la surveillance du BCZS n'a ressorti que 44,4% des problèmes prioritaires de la communauté, alors que notre seuil d'acceptabilité est de 75% ;
- Les problèmes sanitaires, dégagés par la surveillance de la ZS comme prioritaires, se révèlent plutôt comme des manifestations de dépendance, des conséquences que des sources de difficultés. Ceci pourrait rendre moins efficace les tentatives de solutions ;
- Les données issues de la surveillance de la ZS de Ngaba sont incomplètes et incohérentes, ce qui réduit l'importance des indicateurs en sous-estimant les problèmes. Cette situation ne permettrait pas de ressortir les problèmes à faible seuil d'alerte ;
- Beaucoup d'informations sanitaires importantes échappent au contrôle

du BCZS/Ngaba parce que 47,2% de la population de cette ZS fréquentent les structures non intégrées et que ces dernières ne notifient pas au BCZS ensuite, 18,9% font recours à l'automédication.

Comment pourrait-on alors espérer résoudre les problèmes de cette communauté avec ces données biaisées qui conduiraient alors les efforts des planifications vers d'autres cibles ? Au vue de ces éléments, nous confirmons nos hypothèses selon lesquelles l'information, la formation ainsi que l'implication des acteurs (formels ou informels) à tous les niveaux d'intervention de soins dans ce processus de la surveillance intégrée nous permettront d'avoir d'informations sanitaires fiables et que la non fiabilité des données épidémiologiques compromet la situation sanitaire en République Démocratique du Congo. Celles-ci sont corroborées par plusieurs auteurs dont LUTZ, MONIER, PINEAULT, JENICER⁸,...qui insistent sur la nécessité d'étudier les différents aspects de la vie communautaire pour connaître ses besoins.

IMPLICATION ET SUGGESTION DE L'ETUDE

Au niveau de la pratique des soins

L'exécution de soins tant en milieu hospitalier que dans la communauté fait partie intégrante du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national qui a besoin d'un appui en information pertinente et fiable

⁸ JENICER, M et CLEROUX, R ; (1987), épidémiologie, principes techniques applicables, 4^{ème} tirage, edisem, st Hyancithe, 45p.

(OMS, 1981). Cette étude a montré que la non formation, la non implication des acteurs de la santé à la surveillance épidémiologique intégrée et la non fiabilité des données (l'information) conduiraient à l'exécution des soins non essentiels, et sans impact direct sur la population ; tout projet y afférent serait inefficace car le vrai problème n'aura pas été repéré.

Au niveau de la formation classique et continue

Cette étude fournit des renseignements pertinents qui militent pour l'intégration des techniques de surveillance épidémiologique dans la formation classique des professionnels de santé. Ainsi, les personnes qui contribuent, qui interviennent, qui participent au système doivent être convenablement formées à leurs tâches, dans le cadre d'une formation initiale puis d'une formation permanente en cours d'emploi. Dans le cadre d'une approche intégrée multi maladies, la formation à l'épidémiologie de terrain offrira des compétences générales et spécifiques de surveillance et d'intervention qui pourront être utilisées pratiquement à tous les échelons du système et pour répondre aux besoins en rapport avec n'importe quelle maladie.

Des compétences générales en matière de surveillance et d'intervention sont essentielles dans le cas de l'émergence de maladies qui n'avaient pas été prévues par le système de surveillance. Des cours de formation en épidémiologie de terrain devraient être dispensés dans tout le pays. Aussi, la formation aux techniques de laboratoire devrait également s'inscrire dans une approche intégrée multi

maladie qui utilise la même technique ou analogue (microscopie, sérologie, par exemple) pour diagnostiquer plusieurs maladies. L'approche intégrée de la formation ou non à la formation du système de la surveillance et aux techniciens de laboratoire à la formation en épidémiologie et aux techniques de laboratoire épidémiologique, pour faire en sorte que chaque groupe comprenne mieux les besoins et méthodes de surveillance.

A la nation (au gouvernement)

La responsabilité de la performance du système de santé d'un pays incombe en dernier ressort au gouvernement. La santé de la population constitue toujours une priorité nationale. Compte tenu des sommes qu'elle consacre à la santé, la RDC est loin d'être aussi performante qu'elle le devrait. Ce sont des pauvres qui souffrent le plus des effets de cette défaillance (Forum mondial de la santé, 1997, Op Cit.). Au sein du gouvernement, des nombreux ministères privilégient le secteur public et négligent souvent le secteur privé pour le financement et la prestation des soins, alors que ce dernier est dans bien des cas, beaucoup plus important. C'est pourquoi, un plan national visant à renforcer la surveillance des maladies prioritaires est le point de départ d'un engagement à long terme auquel le gouvernement et le pays tout entier devront s'en tenir à tous les niveaux. La réussite de la surveillance nationale dépend en grande partie de cette volonté politique au plus haut sommet des institutions.

A l'équipe du BCZS de Ngaba

A l'équipe cadre du BCZS de

Ngaba, nous suggérons :

- L'organisation et la participation aux ateliers et séminaires de formation sur la surveillance intégrée des maladies à l'intention de tous les professionnels de santé (privés, publics) ;
- Les supervisions régulières sur la SEI;
- La mise à la disposition de toutes les structures sanitaires des canevas sur la SE ;
- L'exploitation du système des rapports de la SE, l'élaboration et l'envoi des informations en privilégiant le feed back ;
- L'organisation semestrielle d'enquêtes des ménages pour compléter les données de la surveillance de routine.

Aux organisations MEDICUS MUNDI NAVARRA et MEDICUS MUNDI BIZKA partenaires de la ZS/Ngaba

Parce que la surveillance des maladies est un élément fondamental de tout système d'information sanitaire, et donc aussi du système d'information national de santé, un partenariat avec les organismes de développement (qu'ils soient internationaux, gouvernementaux ou non gouvernementaux) est essentiel pour améliorer les systèmes nationaux de surveillance et d'intervention.

C'est particulièrement vrai dans le cadre de la réforme du secteur de la santé et d'autres projets de développement à long terme. Ce partenariat doit tenir compte des aspects sociocommunautaires initiées en matière de

santé. C'est pourquoi nous suggérons :

- L'implication active de tous les acteurs dans la surveillance épidémiologique et son appui dans les formations sanitaires de la ZS de Ngaba ;
- De consolider les laboratoires à la surveillance épidémiologique à travers la mise en place « d'un réseau de laboratoires opérationnels » et le renforcement de laboratoires de référence (de l'HGR) ;
- L'appui à la recherche-action dans la ZS de Ngaba.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ABBATT et MAIJA, (1990), Formation continue des personnels de santé, OMS, Genève, Bruxelles, 189p ;
- 2) D'ALTILIA, J. A. et coll., (1996), Système d'information sanitaire, AEDES, Bruxelles, 167p ;
- 3) DEKETELE, J-M, (1978), Docimologie, introduction aux concepts et méthodes, CRP, Kinshasa, 87p ;
- 4) Dictionnaire Larousse, (2003), Le Petit Larousse illustré, éd. Larousse, Paris, 1750p ;
- 5) Dictionnaire Le Robert (2005), Le Robert-Sejer, Paris, 175p
- 6) Dr GRO HARMEL B., Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Viip ;
- 7) EDJO ONEHESE, T, (1990), un système simplifié de collecte des informations sanitaires qui inclus un minimum des indicateurs et qui

- maximise l'utilisation des données pour résoudre les problèmes sanitaires, in Pricor, Brochure n°7, Center of human services, Bethesda, 34p ;
- 8) HENNART, O et TONGLET, R, (1991), Santé et développement, école de santé publique, UCB, Bruxelles, 143p ;
- 9) JENICEK, M et CLEROUX, R ; (1987), Epidémiologie, Principes-Techniques-Applications, 4^{ème} tirage, Edisem, St Hyacinthe, 453p ;
- 10) LUTZ, W (1986), Utilisation de l'information disponible, Ecole de santé publique, Rennes, 79p ;
- 11) MC MAHON, (1993), Si vous êtes chargé de....., OMS, Genève ;
- 12) MONEKOSSO, G. I. (1990) Relever le défi de la crise de la santé en Afrique d'ici l'an 2000, 2^{ème} éd. OMS, Brazzaville, 87p ;
- 13) MONNIER, J. et coll. (1980), Santé publique, Santé de la communauté, Sirep, Villeurbanne, 448p ;
- 14) OMS, (1981a), Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Serie Santé pour Tous, n°4, OMS Genève, 102p ;
- 15) PINEAULT, R et DAVELUY, C., (1995), Planification de santé-concepts-méthodes-stratégies, Editions Nouvelles, Montréal, 480p ;
- 16) TAYLOR, E.C., (1984a), Application de la recherche sur les systèmes de santé, in cahier de Santé Publique, no 78, OMS, Genève, 67p.
- 17) Agence de la santé publique au Canada (ASPC), Notes internationales : Approche intégrée de la surveillance des maladies transmissibles, Volume 26-07, 1^{er} avril 2000, Canada, pp 2-3 ;
- 18) AKUMBAKINAYO MUIINIDA, D., (2003), Initiation à la recherche scientifique, de la recherche à la collecte des données, notes de cours, inédites, G3 EASI, ISTM/KINSHASA, 44p ;
- 19) Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique et coll., Guide technique pour la surveillance intégrée des maladies et riposte dans la région africaine, Harare, Zimbabwe, fév. 2003, 17p ;
- 20) BOFOYA KOMBA, B., (2007), Statistique pour économistes, inédites, notes de cours, Université de Kinshasa, 175p ;
- 21) Centre de coopération internationale en santé et développement (CCIDS), le projet action BIOMALI, Bénin, 2P ;
- 22) Déogracias KATSUVA S., (2003), Evaluation de la qualité de l'information sanitaire de la zone de BOMONGO dans la province de l'équateur, Mémoire de L2 EASI, ISTM/Kinshasa, 66p ;
- 23) Europe Aïd office, (Mars 2001), Manuel « Gestion du cycle de projet », 42p ;
- 24) Forum Mondial de la santé, Revue internationale de développement sanitaire, volume 18, n°3/4, 1997, OMS, Genève, 283p ;
- 25) Manuel sur l'enquête à indicateurs multiples : Résultats de la fin de la décennie-Unicef, 2000 ;
- 26) Ministère de la santé de la RDC, (1999), Recueil d'informations sanitaires, ISA,

- Kinshasa, 443p ;
- 27) Ministère de la santé publique de la RDC (2002), information sanitaire, Module VII, formation des cadres des zones de santé, pp 22-24 ;
 - 28) Ministère de la santé de la RDC, avec l'appui de l'OMS, (février 2003), Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et riposte, Direction de lutte contre la malaria, Kinshasa, pp 26-46 ;
 - 29) Ministère de la santé publique de la RDC, (Nov. 2005), Guide prise en charge des épidémies dans la zone de santé, 24p ;
 - 30) MUTUMBI A., Cours de la santé internationale, L2 santé communautaire, 2008, ISTM/Kinshasa ;
 - 31) OMS/Afro, (fév. 2003), Guide technique pour la surveillance intégrée des maladies et riposte, Kinshasa, RDC, 12p ;
 - 32) Programme d'appui transitoire au secteur de santé (PATS), 2001, guide pour la préparation et la présentation d'un projet, 9p ;
 - 33) Projet d'appui à la surveillance épidémiologique intégrée phase 2 (PASEI2), 16 Mai 2003, Ouagadougou, Burkina-Faso, 1p ;
 - 34) Unicef (2000), Manuel sur l'enquête à indicateurs multiples : résultat de la fin de la décennie.

* FIABILITE DES DONNEES DE SURVEILLANCE INTEGREE DES MALADIES
DANS LA ZONE DE SANTE DE NGABA, A KINSHASA, R D CONGO

Received 8 September 2022; Accepted 03 October 2022
Available online 4 December 2022