



République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
Division Provinciale de la Santé

DU SANKURU

**AUDIT DE LA QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE MALARIA
(MRDQA) DANS LES ZONES DE SANTE DE DJALO NDJEKA**

RAPPORT SYNTHESE MRDQA

Par

**Dr Charles TETE NDJEKA, MCP PNLP
Dr Albert LODINGA ONYUMBE AT PNLP
Sylvain EKOLONGA, CP Measure Malaria**

Novembre 2021

Table des matières

RESUME.....	2
CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	Erreur ! Signet non défini.
I. But et Objectifs de la mission.....	Erreur ! Signet non défini.
Objectif général	Erreur ! Signet non défini.
Objectifs spécifiques	Erreur ! Signet non défini.
VI. Approches méthodologiques :.....	Erreur ! Signet non défini.
1. Sites de vérification :	Erreur ! Signet non défini.
2. Collecte et traitement des données :.....	5
a. Collecte des données	5
b. Analyse des données	5
V. Durée de la mission :	5
3.2 Collecte et traitement des données	5
a. Collectes des données.....	5
b. Analyse des données	7
c. Variable d'intérêt et définitions opérationnelles.....	7
IV.PRESENTATION DES RESULTATS.....	8
IV.1. EXHAUSTIVITE ET ACTUALITE	8
IV.2. EVALUATION DE L'EXACTITUDE DE DONNEES.....	11
IV.3. VERIFICATION CROISEE.....	16
IV.3.2. Vérification croisée :	17
IV.4. CONTROLE DE LA COHERENCE ET COHERENCE DANS LE TEMPS	Erreur ! Signet non défini.
IV.5. EVALUATION DU SYSTEME.....	Erreur ! Signet non défini.
CONCLUSION	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES	19
1. PLAN DE REDRESSEMENT	19
PHOTOS :.....	24

RESUME

L'absence de la qualité des données peut occasionner un préjudice dans la prise de décision basée sur les résultats trompeurs qui peuvent nuire à un programme par l'utilisation des ressources additionnelles, et parfois les objectifs ne seront pas atteints dans le temps et la satisfaction des utilisateurs sera mise en doute.

L'objectif de cette mission de neuf jours était de contribuer à l'amélioration de la qualité des données à travers la connaissance des facteurs qui enfreint la production des données de qualité, leur utilisation dans les Zones et de proposer des stratégies d'amélioration. Cette évaluation a été réalisée dans 06 points de prestation, dont 3 points de prestation pour la Zone de Santé de DIKUNGU et 3 dans la ZS de DJALO NDJEKA, à l'aide l'outil MRDQA, qui a divulgué les aspects ci-après :

- Certaines FOSA auditées surtout les structures de référence ont utilisé des outils de collecte des données non adaptés d'avril en juin (registre de consultation générale, Relevé épidémiologique hebdomadaire, ...) avec évidemment des répercussions sur l'exhaustivité et qualité des données ;
- Certaines FOSA évaluées ne renseignent pas sur la date de réception des rapports aux BCZS et donc, les rapports furent considérés comme non transmis dans le délai 56% ;
- Dans certaines aires de santé un cumul de données de la structure avec celles des postes de santé, mais sans traces de celles-ci dans les registres de CS (DJALO CATHOLIQUE et DJUWOLA) ;
- La qualité des données relatives aux cas de paludisme confirmés fut évaluée à 100% dans 02 formations sanitaires (CS OKAKO et CS DJALO METHODISTE) sur 06 sites, soit 33% des sites ;
- La qualité des données de couverture en SP3 à la CPN a été évaluée à 100% dans 03 points de prestations (CS OKAKO, HGR DJALO et CS DJALO METHODISTE) sur 06, soit 50% des structures à la suite du rapportage des données erronées ne se retrouvant sur le registre de CPN (CS DJUWOLA), erreur de transcription (HGR DIKUNGU) et le sous rapportage des données (CS DJALO CATHOLIQUE) ;
- Le mauvais circuit de collecte d'informations dans les Hôpitaux tendant à ne pas rapporter certains cas de paludisme ;
- L'évaluation du système fut évaluée à moins de 50% pour la majorité des sites visités (CS DJUWOLA, CS DJALO CATHOLIQUE, HGR DIKUNGU et HGR DJALO).

Au regard de tout ce qui précède, l'implication de toutes les parties prenantes (DPS, partenaires, BCZS et FOSA) dans la mise en œuvre du plan de remédiation produit avec la participation des acteurs de terrain, favoriserait encore plus d'amélioration de la qualité des données à tous les niveaux.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le système national d'information sanitaire contribue au suivi et évaluation, à la prise des décisions, à l'amélioration de la gouvernance et au renforcement du leadership dans le secteur de la santé. Cependant, il connaît encore de problèmes, notamment ceux relatifs à la qualité des données produites à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le cadre de la mise en œuvre de son plan national de développement du secteur de la santé, le Ministère de la Santé de la RDC bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires techniques et financiers dont PMI/USAID à travers le Projet Measure Malaria mis en œuvre dans 9 provinces dont le Sankuru.

Avec l'actualisation du nouveau cadre normatif, le pays a opté pour l'utilisation du DHIS2 pour la gestion des données au niveau de la Zone de santé. Le processus d'intégration a évolué avec l'utilisation des outils de collecte et rapportage des données, la formation des prestataires, la dotation en équipement informatique (laptop, Modem et VSAT). Les efforts déployés dans le système par différents acteurs avec l'appui des partenaires techniques et financiers ont permis d'améliorer de manière générale la disponibilité des données dans toutes les Zones de santé.

Par ailleurs, malgré cette évolution positive de la disponibilité des données dans le DHIS2, le SNIS reste encore buté au problème de qualité des données. La mauvaise qualité des données, selon les évaluations antérieures, s'explique par la faible disponibilité des outils, la multiplicité de la demande des mêmes éléments des données, le non-alignement de certains programmes spécialisés, la faible analyse des données etc.

Le processus d'amélioration de la qualité des données passe par les évaluations régulières de la qualité des données, qui inclut d'une part le contrôle de la qualité des données à priori et à posteriori.

Ainsi, dans le cadre de l'appui de PMI Projet Measure Malaria, une évaluation initiale de la qualité des données dans la deuxième vague des zones de santé d'intervention s'avère indispensable dans la mesure où elle permettra de se faire une idée sur le niveau de base de la qualité ainsi que des facteurs associés à la mauvaise qualité dans ces ZS en vue de permettre l'élaboration d'un plan d'accompagnement technique et financier efficace au processus d'amélioration de la qualité.

C'est dans ce cadre que cette dernière va se réaliser sur base de l'analyse des données faites au T2 2021 dans 2 zones de santé à savoir : Djalo Ndjeka et Dikungu.

II. But et Objectifs de la mission

Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité des données à travers la connaissance des facteurs qui entachent la qualité de la production et l'utilisation des données dans les Zones de santé en vue de proposer des stratégies d'amélioration.

Objectifs spécifiques

- 1) Évaluer la performance de rapportage en termes de disponibilité, actualité et exhaustivité, cohérence interne dans le temps des rapports et données dans les documents sources ainsi que la promptitude desdits rapports transmis au niveau hiérarchique ;
- 2) Evaluer la capacité de chaque structure à collecter et à produire les données de qualité, à travers leur système de gestion ;
- 3) Déterminer les actions correctrices à mettre en place pour améliorer la qualité de l'information sanitaire du paludisme à travers un plan de redressement.

III. Résultats attendus

Au terme de la mission d'évaluation de la qualité des données de routine, les résultats suivants sont attendus :

- 1) Les performances de rapportage des structures visitées sont évaluées dans les Zones de santé ciblées ;
- 2) Les capacités du système de gestion des données de chacune des zones de santé, de l'ensemble des sites sont évaluées ;
- 3) Le plan de redressement par sites visitées et Bureaux Centraux des Zones de santé est élaboré afin d'améliorer le système de gestion des données.

VI. Approches méthodologiques :

1. Sites de vérification :

La mission MARDQA va se réalisée dans 3 ZS parmi lesquelles toutes rurales tenant compte de leur complétude (supérieure à 80%) et de la performance des indicateurs programmatiques (performante et moins performante) ;

Au niveau de chaque ZS, il sera choisi 3 FO.SA (un HGR ou CSR et 2 CS) ;

Tableau 1 : Répartition des sites par zone de santé

N°	Zones de santé	Sites point de prestation	Date de visite
1	DIKUNGU	CS OKAKO	18 Novembre 2021
		HGR DIKUNGU	19 Novembre 2021
		CS DJUWOLA	20 Novembre 2021
2	DJALO NDJEKA	CS DJALO CATHO	22 Novembre 2021
		CS DJALO METHO	23 Novembre 2021
		HGR DJALO	24 Novembre 2021

2. Collecte et traitement des données :

a. Collecte des données

La collecte des données a concerné la période allant d'Avril à juin 2021, précisément les indicateurs ci-dessous :

- Nombre des cas suspects testés au TDR ;
- Nombre des cas de paludisme grave ;
- Nombre des cas de paludisme simple traités selon la politique ;
- Nombre des femmes enceintes ayant reçu 3 doses SP ;

Les données ont été collectées par revue documentaire à travers les documents sources, de performance et de transmission. Un entretien avec les prestataires et une observation ont été également de mise, mais aussi un briefing et un débriefing des équipes visitées après la mission par structures et ZS.

L'outil MRDQA a été utilisé pour collecter les données et passer en revue le système de gestion des données.

b. Analyse des données

L'Outil MRDQA en Excel, génère automatiquement les résultats sous forme des graphiques et tableaux qui ont été analysés et interprétés.

V. Durée de la mission :

La mission sera conduite durant :

- 09 jours dans la zone de santé à savoir Dikungu et Djalo Ndjeka (le voyage, le travail et restitution des résultats aux Equipes Cadre des Zones de santé), soit 3 jours de travail et 2 jours de voyage aller-retour.

3.2 Collecte et traitement des données

a. Collectes des données

L'audit de la qualité des données de routine pour le paludisme a concerné 2 groupes indicateurs qui sont :

- ✓ **Pour les indicateurs liés à la prise en charge du paludisme**, voici les indicateurs sélectionnés :

- Nombre de cas suspects testés au TDR
- Nombre de cas de paludisme grave
- Nombre de cas de paludisme simple confirmés traités conformément à la politique nationale

✓ **Pour les indicateurs liés à la prévention du paludisme, voici l'indicateur évalué :**

- Nombre des femmes enceintes ayant reçu la SP 3 à la CPN

Ces indicateurs ont été évalués pour la période allant d'avril-Juin 2021, soit le T2 2021. Pour chaque indicateur, la marge d'erreur acceptable était de 10% paramétré dans l'outil de collecte. Pour collecter les données, nous avons combiné l'évaluation quantitative et qualitative à travers la revue documentaire dans différents outils (documents sources, documents performés/DHIS2 et outils de transmission), l'entretien avec les prestataires et l'observation directe de certaines pratiques et connaissances. Un feedback d'abord verbal et ensuite écrit était fait dans le registre de supervision pour chaque point de prestation afin que ces derniers mettent en place un plan de suivi de recommandations issues de l'audit de qualité de données Malaria, la restitution était faite aussi à l'intention des ECZS de 2 ZS pour que ceux dernières puissent prendre certaines actions non seulement pour les structures visitées, mais partager avec les autres Unités Fonctionnelles des structures non visitées pour que la qualité de données soit accrue au niveau des Zones de Santé.

L'outil Malaria RDQA a facilité de collecter les données et de passer en revue le système de gestion des données.

Etant une nouvelle approche dans l'audit de qualité de données, le Conseiller Provincial de Measure Malaria en province a organisé une séance d'orientation des Cadres de DPS sur l'utilisation et la méthodologie de l'outil MRDQA pour une compréhension commune afin d'éviter certains biais pendant la mise en œuvre de l'activité dans les zones de santé sélectionnées. L'équipe était composée d'un Cadre du Bureau Information Sanitaire et un Conseiller Provincial Measure Malaria. A chaque point de prestation, un membre de l'ECZS (Superviseur S&E ou Point Focal Paludisme) nous accompagna afin de s'approprient de l'activité.

Du coté prestataires, les biais d'information étaient réduits par l'explication de la méthodologie de travail, et a facilité la collecte des données avec l'Outil Malaria RDQA aux évaluateurs.

b. Analyse des données

L'Outil MRDQA en version Excel, générerait automatiquement les résultats sous forme des graphiques et tableaux.

c. Variables d'intérêt et définitions opérationnelles

Il est défini à ce niveau quelques concepts clés utilisés, afin d'avoir la même compréhension. Il s'agit de :

- **Documents sources** : sont de différents documents qui servent à collecter de données au niveau d'une structure de santé avant sa transmission au niveau supérieur. C'est le cas des registres au niveau centres de santé, registre CPN, registre CPS, etc....
- **Documents de transmission** : Dans le contexte de la santé, sont des outils qui servent aux unités fonctionnelles de transmettre les données du Centre de Santé/HGR vers le bureau central de la zone de santé. C'est le cas des canevas des rapports mensuels (Canevas SNIS Centre de Santé et/ou Canevas SNIS HGR).
- **Document performé** : tout autre document jugé utile à la vérification des données. Tel est le cas du registre de laboratoire, les fiches de stock, fiches des malades.
- **Exactitude des données** : Elle se rapporte à l'Egalité entre la valeur collectée et celle transmise, ou lorsque la différence entre les deux valeurs est inférieure ou égale à 10%, et se situe souvent entre de l'intervalle de 90% inclus et 110% inclus.
- **Exhaustivité des rapports**
- **Sur rapportage** : le nombre élevé des cas dans le document de transmission en comparaison des documents source. Il se traduit par une couverture supérieure à 110% étant donné que les données agrégées des outils de transmission sont prises comme valeur de référence.
- **Sous rapportage** : est l'inverse du sur rapportage se traduisant par une couverture inférieure à 90%.
- **Le Ratio de cohérence** : Rapport entre la valeur du mois en cours et celle du même mois de l'année précédente. Si la valeur est différente de plus de 20 % (c'est-à-dire $<0,8$ ou $>1,2$), cela peut indiquer un problème de qualité des

données et aussi un problème d'utilisation de service. Il se traduit aussi suivant la valeur du mois en cours par rapport à trois mois antérieurs de la même année.

IV. PRESENTATION DES RESULTATS

Les données issues de cette évaluation seront présentées sous forme de graphiques et tableaux en vue de montrer certaines tendances en rapport avec les 5 indicateurs suivis sur base des aspects ci-après : Exhaustivité et Actualité, Evaluation de l'exactitude de données, la vérification croisée, le Contrôle de la cohérence et Cohérence dans le temps et Evaluation du Système.

IV.1. EXHAUSTIVITE ET ACTUALITE

a. Exhaustivité et actualité du rapport mensuel sur le Paludisme

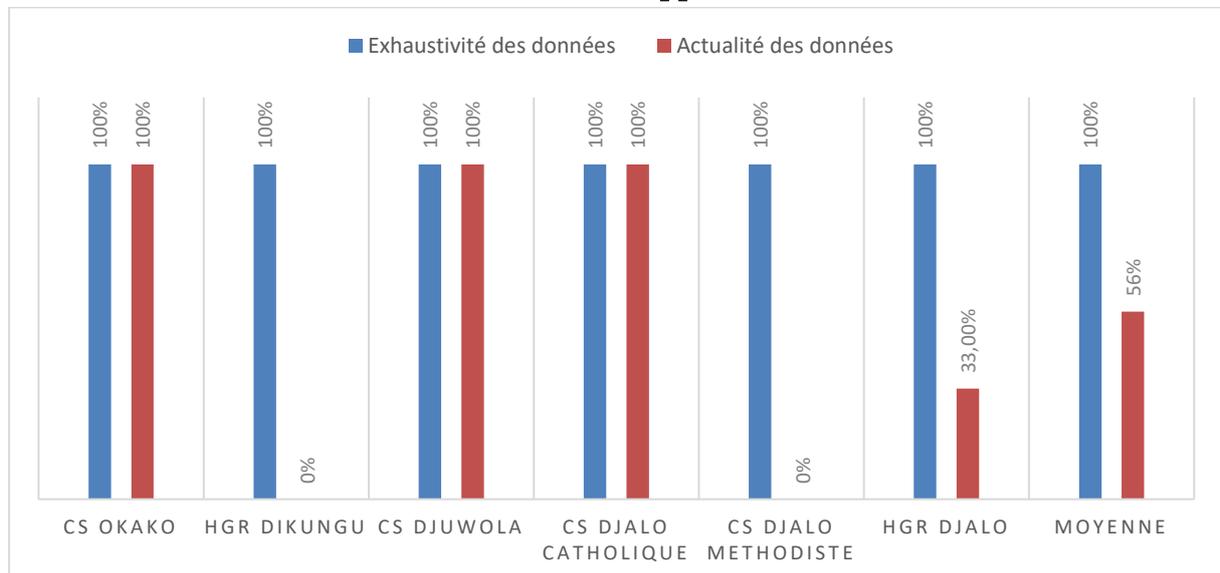


Figure 1: Exhaustivité et actualité du rapport mensuel sur le Paludisme

Concernant la variable d'exhaustivité, toutes les formations sanitaires visitées n'ont rencontré aucun problème sur la complétude des cellules du canevas SNIS dans la partie de données du paludisme. La complétude est donc de 100% partout. S'agissant de l'actualité des rapports mensuels (promptitude des rapports), le résultat moyen est de 56% sur l'ensemble des structures auditées, dont 03 structures (CS) sur 06 sites, soit 50% ont enregistrées une promptitude de 100%. Néanmoins, 01 structure (CS), soit 17% avait une promptitude à 33% et 02 structure (CS), soit 33% n'avaient aucun rapport transmis dans le délai. Cette faible promptitude est due au manque d'information (CS DJALO METHODISTE) et une négligence de la part des prestataires (HGR DIKUNGU et HGR DJALO).

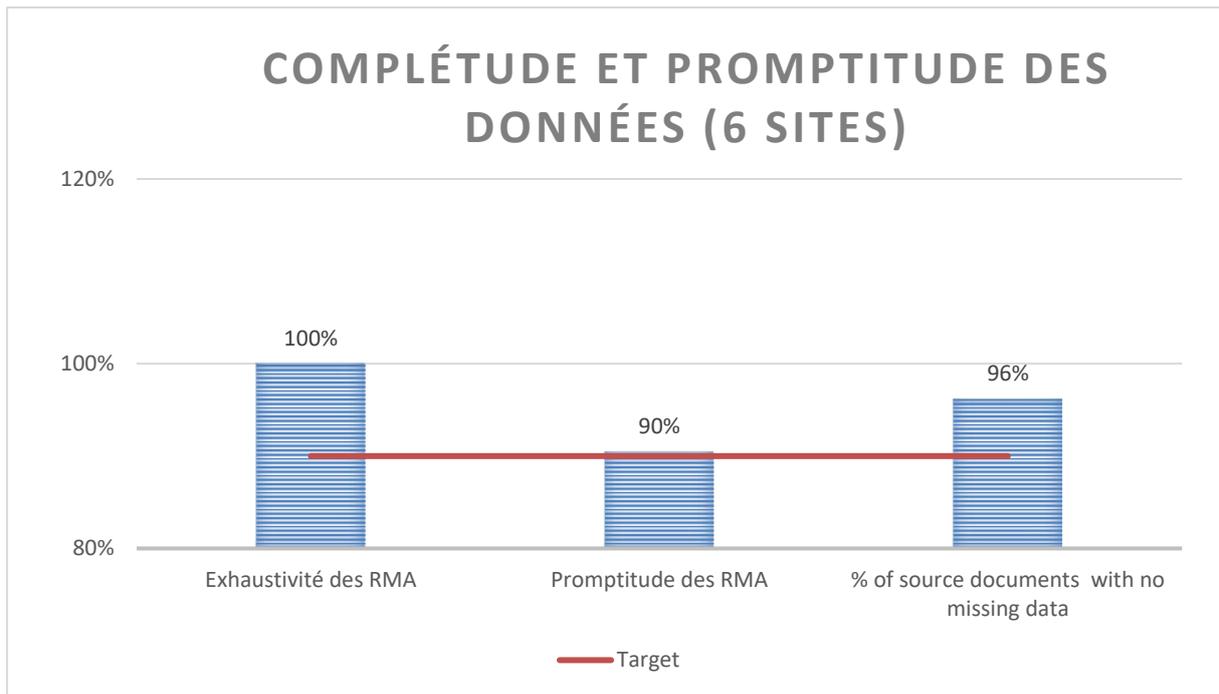


Figure 2: Exhaustivité et promptitude des rapports

Le graphique ci-dessus décrit l'exhaustivité et la promptitude des rapports pour la période allant d'Avril-Juin 2021 dans 06 points de prestations visités. En effet, le Target de 100% a été atteint pour la première variable (exhaustivité), tandis que 96% pour la proportion des documents sources exhaustifs et enfin 90% pour la promptitude des rapports.

b. Exhaustivité des éléments de données

L'évaluation liée à l'exhaustivité des éléments de données s'est basée sur la vérification de données manquantes sur base de 6 variables mentionnées dans le graphique 2 au niveau du registre de consultation curative tenu par les unités fonctionnelles des FOSA.

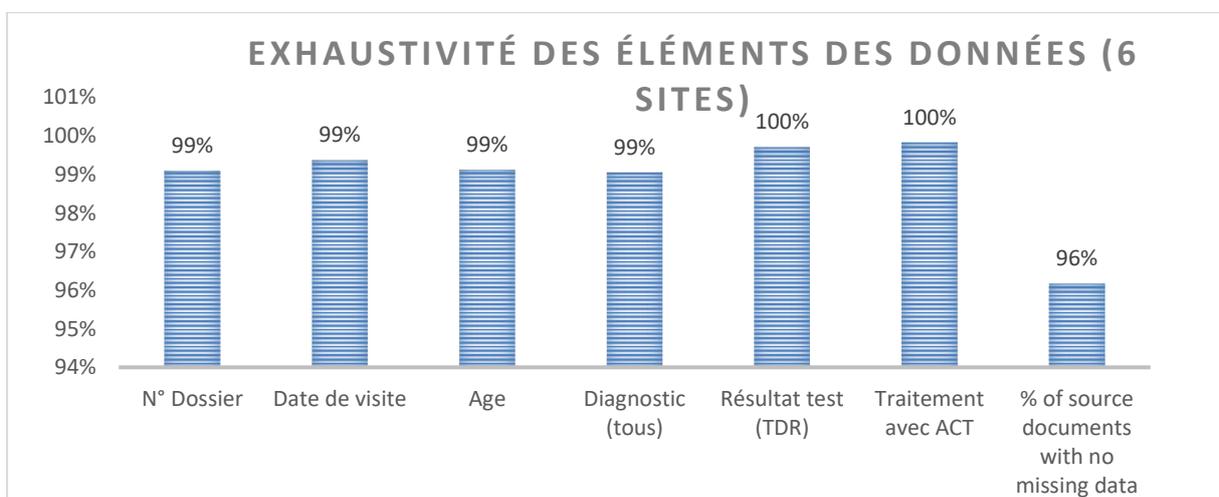


Figure 3: Exhaustivité des éléments de données

Ces résultats prouvent en suffisance que toutes les variables n'ont pas croisés un problème de rapportage dans les registres de consultation curative, parce qu'il n'y a aucune information manquante à ces variables par rapport aux cas de paludisme au cours de la période évaluée (Avril à juin 2021) dans toutes les structures auditées.

Exhaustivité du document sources

Tableau 1: Exhaustivité du document sources

	Disponibilité	A jour	Formulaire standard
Registre de consultation externe	100%	67%	83%
Registre laboratoire	33%	17%	17%
Registre de consultation Prénatale	100%	33%	100%
Registre de consultation Préscolaire	67%	17%	67%
RUMER	100%	33%	100%
Fiche de stock TDR	83%	50%	83%
Fiche de stock ACT	83%	50%	83%
Moyenne	81%	38%	76%

Les résultats ci-contre montrent la convenance entre les trois variables (la disponibilité, la tenue à jour, formulaire standard) La disponibilité des documents a connu des soucis surtout par rapport aux registres de laboratoire et celui de consultation préscolaire. La mise à jour des informations n'a pas marché dans tous documents, mais avec plus d'acuité sur le registre de laboratoire et celui de la consultation préscolaire suivi de ceux de la consultation prénatale et RUMER. L'utilisation des outils non standards a été constatée dans les documents, mais surtout à rapport au registre de laboratoire (17%) et celui de consultation préscolaire (67%).

Cela étant, La disponibilité de documents est de 81%, le gap se situe au niveau de 05 sur 07 outils (registres de laboratoire, de consultation prénatale). **La mise à jour de documents sources** au niveau des FOSA visitées avait la moyenne de 38% :

- Les registres de laboratoire, de consultation préscolaire et la fiche de stock des TDR et fiche de stock ACT ont été des outils le moins mis à jour avec un résultat moyen de 38%.

Quant à **la disponibilité des outils standards** du nouveau cadre normatif, les résultats de notre évaluation montrent qu'il n'y a que le RUMER et consultation prénatale seulement ont été conforme aux normes (100%) ;

L'outil dont la version utilisée est la moins conforme aux normes était le registre de laboratoire (05 structures sur 06 ne disposaient pas une version standard (CS OKAKO, CS DJUWOLA, HGR DIKUNGU, CS DJALO CATHOLIQUE et CS DJALO METHODISTE.

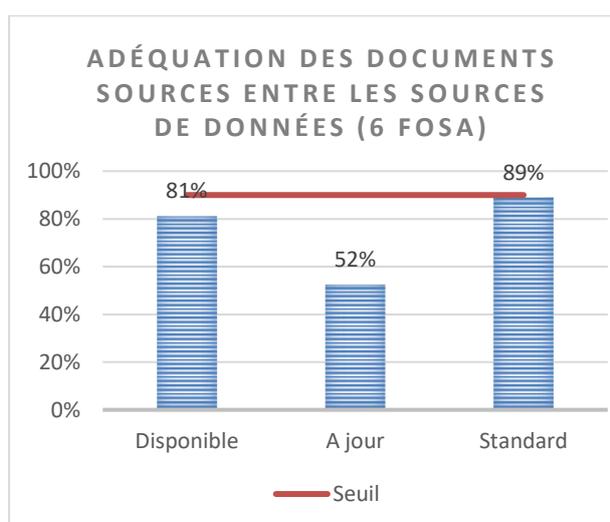


Figure 4: Adéquation des documents sources pour les points de prestations évalués

IV.2. EVALUATION DE L'EXACTITUDE DE DONNEES

Cette évaluation consiste à calculer :

- Le facteur de vérification entre la valeur mensuelle recomptée dans le document source par rapport à celle rapportée dans le rapport SNIS en dure ;
- Le facteur de vérification entre la valeur mensuelle recomptée dans le document source par rapport à celle rapportée dans le DHIS2 lors de la saisie de données par les ECZS.

La marge d'erreur acceptable a été de 10% soit un intervalle compris entre $\geq 90\%$, $\leq 110\%$.

Ainsi, voici la distribution de l'exactitude de données par indicateur suivi lors d'audit MRDQA :

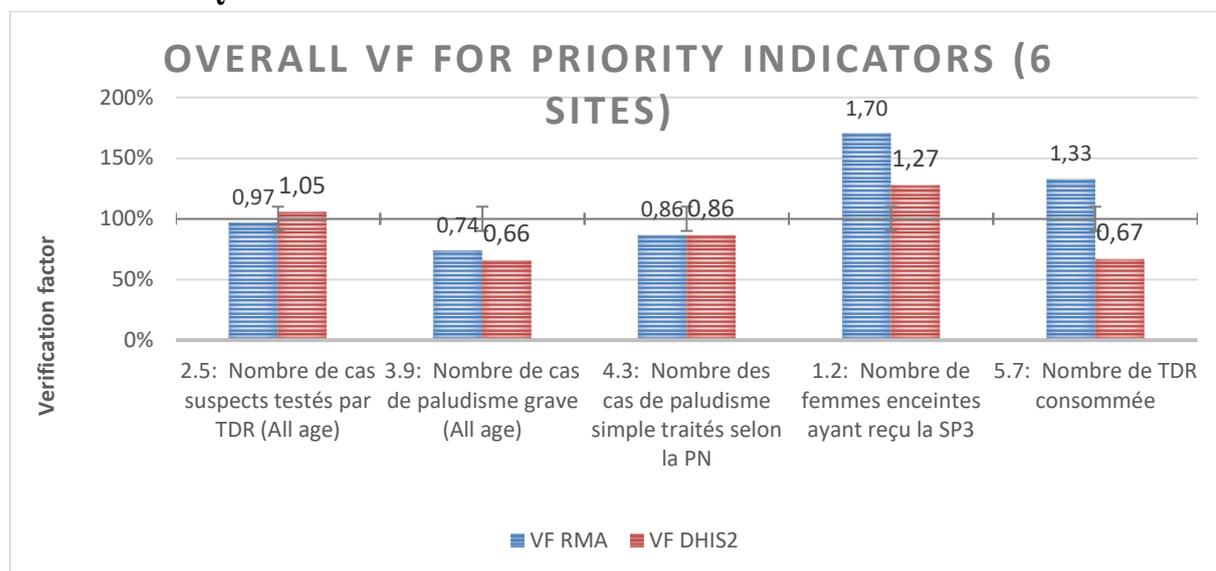


Figure 5 Facteur de vérification de l'exactitude de données par indicateur pour les 9 points de prestations évalués

Un indicateur sur 5 (nombre de cas suspects testés au TDR) avait un facteur de vérification de l'exactitude entre 90 à 110% pour les deux variables (VF RMA et VF DHIS2). Les restes avaient un facteur soit inférieur 90% ou soit supérieur 110%, résultats entravés par suite au non rapportage des cas de paludisme enregistrés directement en hospitalisation (malades hospitalisés pour une autre cause, mais qui par la suite, présente le paludisme aux HGR DIKUNGU et DJALO), manque de certaines données (cas suspects au TDR au mois de mai à l'HGR DIKUNGU), rapportage des données venant de la tête de l'IT et non des registres (CS DJUWOLA), la mauvaise définition des cas de paludisme traités selon la PN, le sous rapportage de certaines données.

IV.2.1. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de cas testés au TDR ou GE

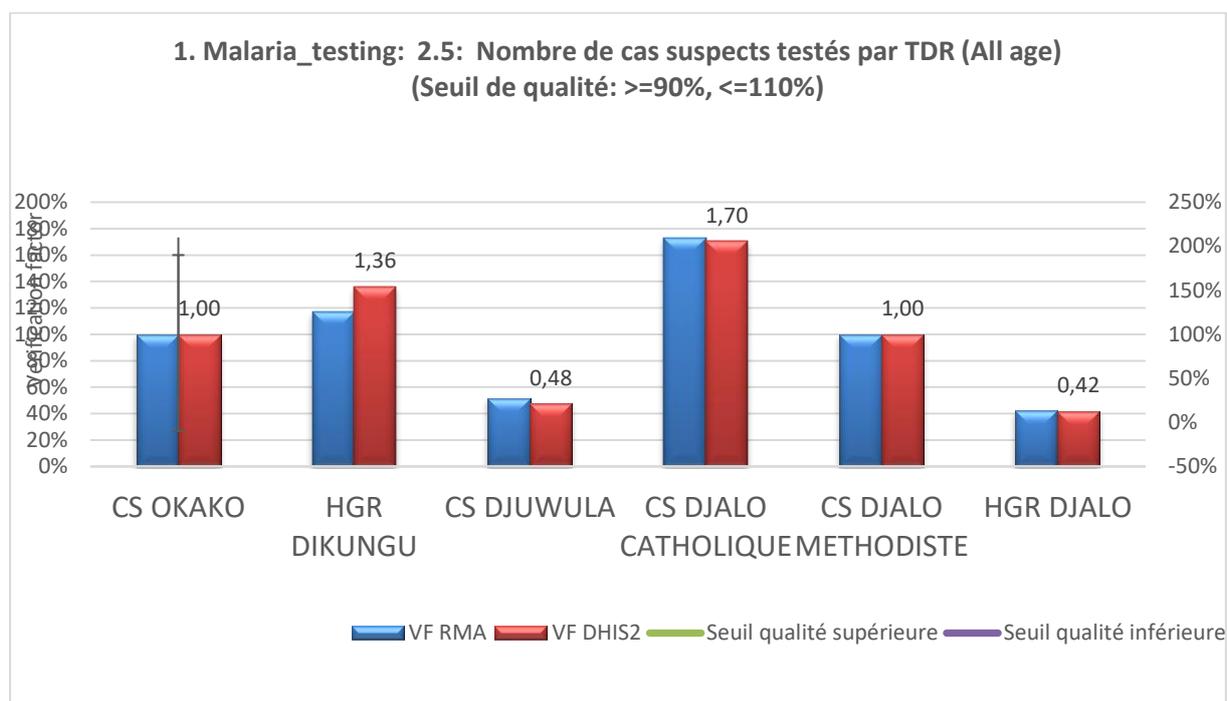


Figure 6 : Facteur de vérification pour le nombre de cas suspects testés. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

La distribution de l'exactitude aux structures visitées par rapport aux cas suspects testés au TDR/GE montre que : 02 structures (CS OKAKO et DJALO METHODISTE) sur 06 points de prestation, soit 33,3% sont dans l'intervalle comprise entre 91%-110% d'exactitude dont 2 sur 2 structures l'ont été pour les deux VF (Document source et RMA).

Les autres structures ont élucidé plusieurs raisons liées à la non-exactitude de données après triangulations dans différentes sources de données entre les deux variables. Il s'agit de : Du non-transcription de certaines consultations curatives dans le registre de consultation curative (non-enregistrement de certains TDR réalisés), manque de certaines données (HGR DIKUNGU), non rapportage de certaines données (CS DJUWOLA).

IV.2.2. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de cas de paludisme traité selon la PN

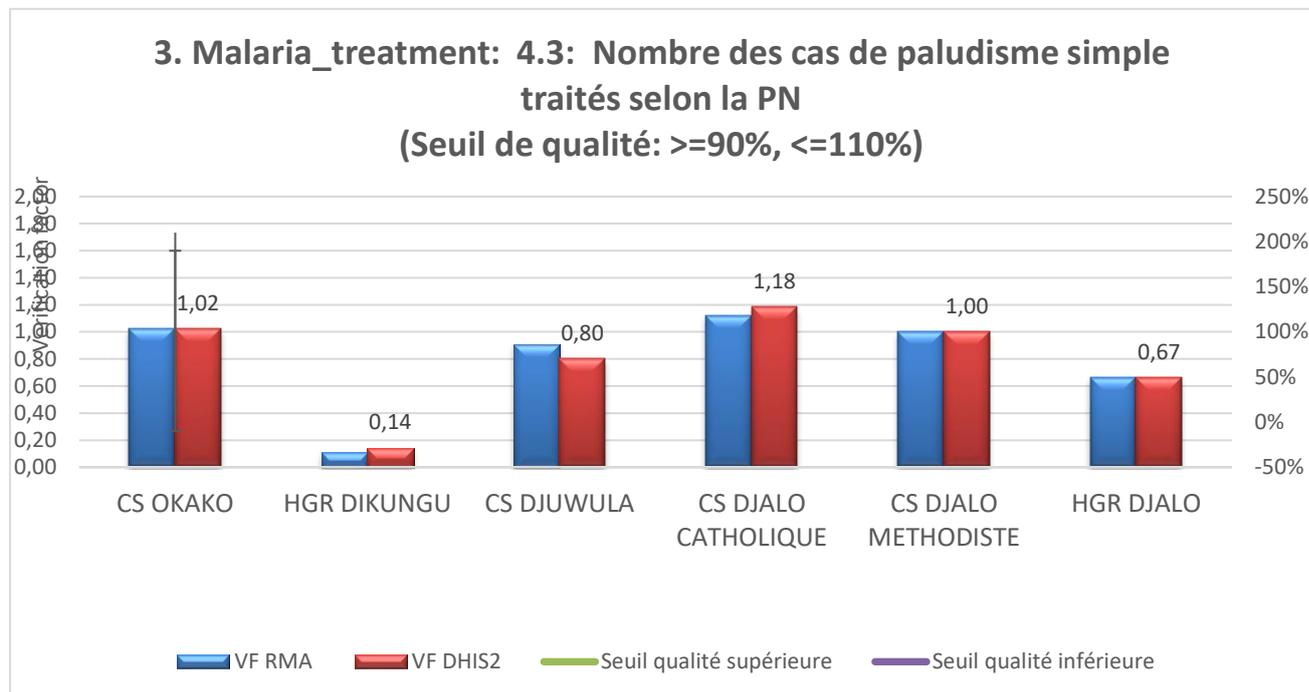


Figure 7 : Facteur de vérification pour le nombre de cas traité selon la PN. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

Le résultat de l'audit de la qualité de données avec un focus sur les cas paludisme traité selon la PN indique presque la même situation que celle des cas suspects testés au TDR : 02 structures (CS OKAKO et DJALO METHODISTE) sur 06 points de prestation, soit 33,3% sont dans l'intervalle comprise entre 91%-110% d'exactitude dont 2 sur 2 structures l'ont été pour les deux VF (Document source et RMA).

D'autres structures ont indiqué plusieurs raisons liées à la non-exactitude de données après triangulations dans différentes sources de données entre les deux variables. Il s'agit de : l'absence du registre de consultation ayant les données d'avril et mai (HGR DIKUNGU), le non-rapportage des cas de paludisme grave sous prétexte qu'ils ne sont pas traités au CS (CS DJUWOLA), cumul des données des PS dans le formulaire de rapportage et non sur le registre (CS DJALO CATHOLIQUE) et le sous rapportage des données (HGR DJALO).

IV.2.5. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre des femmes enceintes ayant reçu la SP3 à la CPN

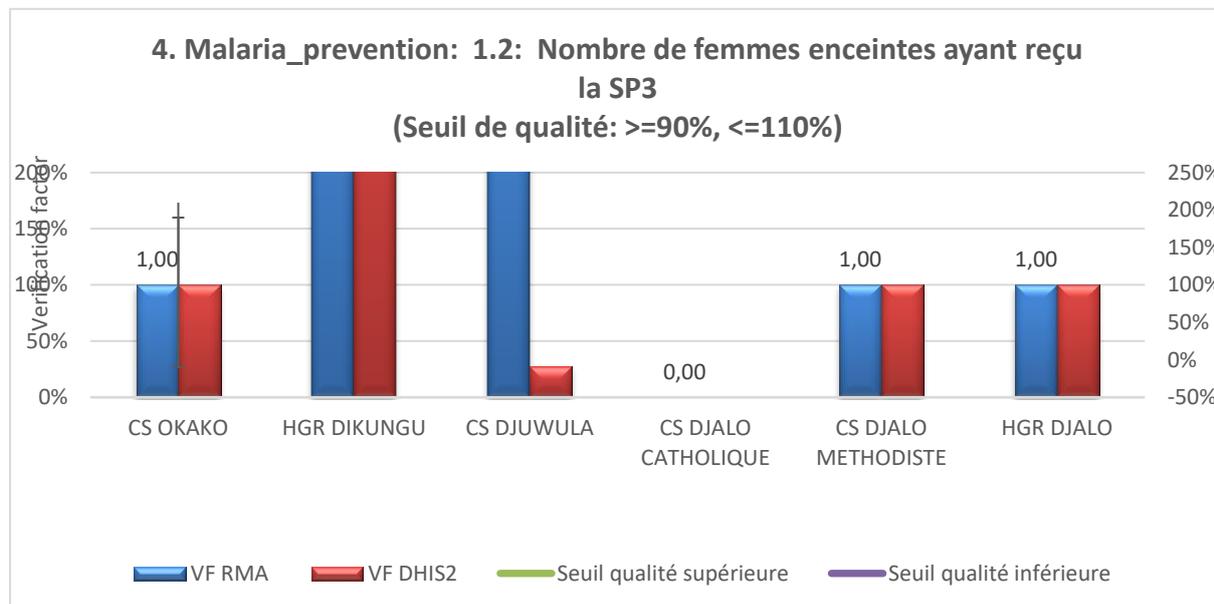


Figure 8 : Facteur de vérification pour le nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP2. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

Le résultat retrace que 3 structures (CS OKAKO, CS, CS DJALO METHODISTE et HGR DJALO) sur 06 points de prestation soit 50% sont dans l'intervalle comprise entre 91%-110% d'exactitude dont 3 sur 3 structures sont à la fois pour VF RMA et DHIS2. Les autres établissements ne se retrouvant pas dans l'intervalle acceptable pour des raisons ci-après : cumul des données des PS dans le formulaire de rapportage (CS DJUWOLA) et sans traces sur le registre de CPN, sous rapportage des données de la SP administrée, erreur de transcription (HGR DIKUNGU).

IV.2.5. Distribution des raisons des écarts par indicateur

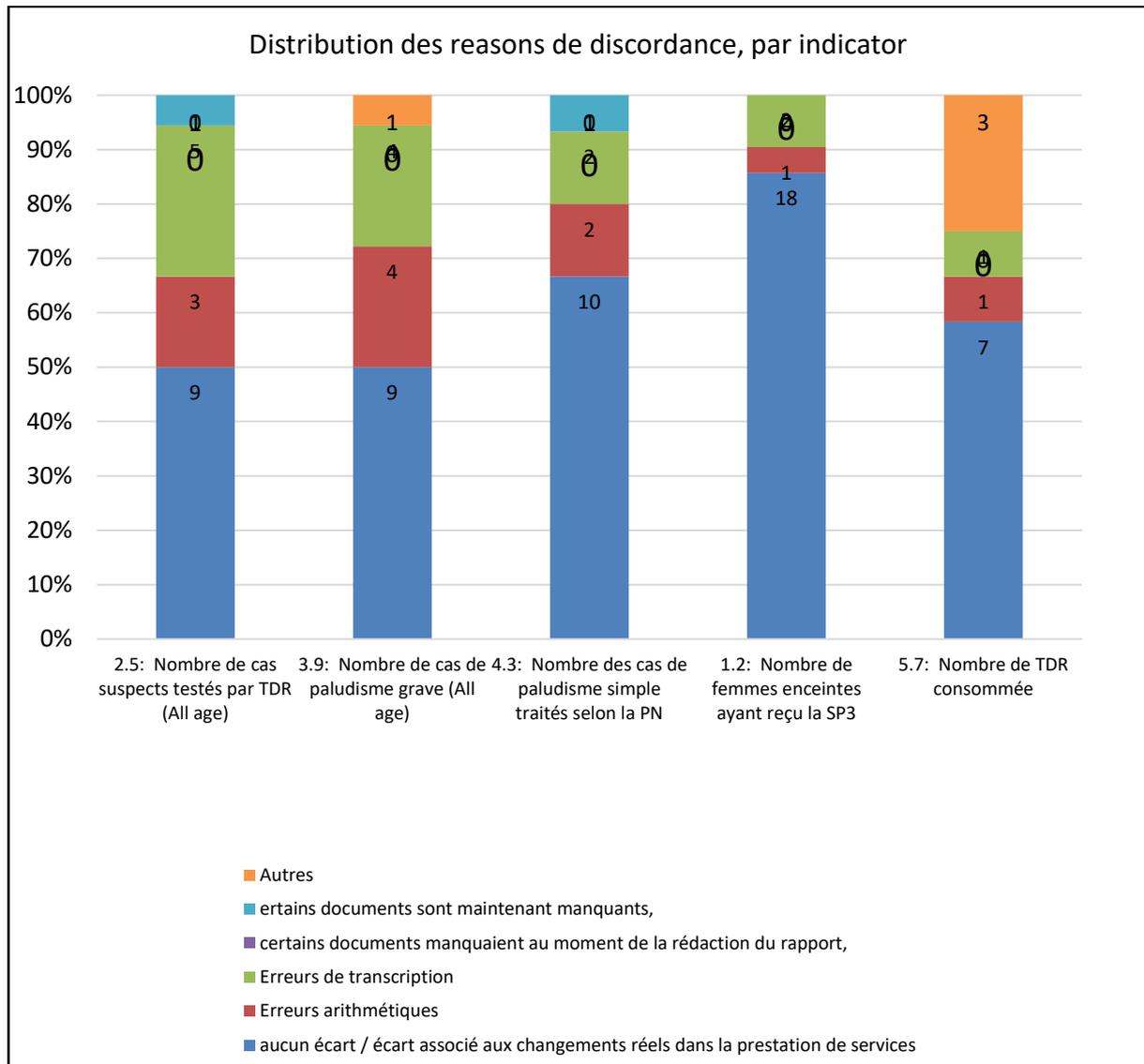


Figure 8 : Raisons d'écarts des données

Par rapport à l'analyse des raisons d'écarts pour les cas suspects testés : sont dues à l'absence des documents pendant le MRDQA et erreur de transcription.

- Pour les cas suspects testés au TDR, l'erreur de transcription vient en tête (9) suivi de certains documents manquants lors de la visite (5) ;
- Pour le nombre des cas de paludisme grave, c'est toujours l'erreur de transcription vient en tête (9) suivi de l'erreur de transcription et erreurs arithmétiques avec la même valeur (4) ;
- Pour les cas de paludisme traités selon la PN, c'est la même situation, l'erreur de transcription vient en tête (10) suivi de l'erreur de transcription et erreurs arithmétiques avec la même valeur (2) ;
- Pour les TDR consommés, c'est plutôt l'erreur de transcription (7) suivi d'autres raisons (3).

IV.3. VERIFICATION CROISEE

IV.3.1. Vérification croisée entre le Registre de consultation curative et le Registre de Laboratoire ou fiches de consultation curative avec un target = 90%

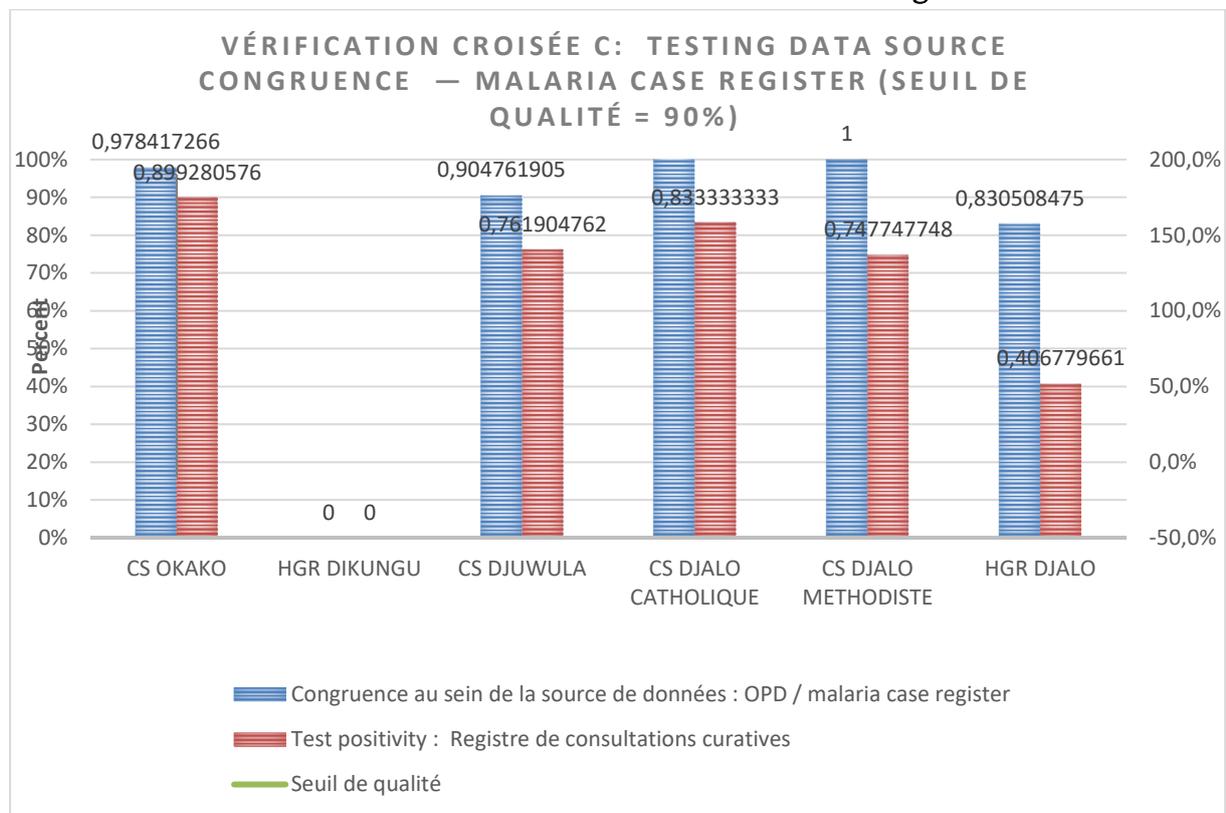


Figure 8 : Vérification croisée C

La vérification croisée par rapport aux données de TDR et cas de paludisme enregistrés ont montré que 03 structures (CS OKAKO, CS DJUWOLA et CS DJALO METHODISTE) avaient un seuil de qualité d'au moins 90%. Alors que deux structures (CS DJALO CATHOLIQUE et HGR DJALO) avaient un seuil soit inférieur ou supérieur à 90%. Une structure n'avait pas des valeurs (HGR DIKUNGU).

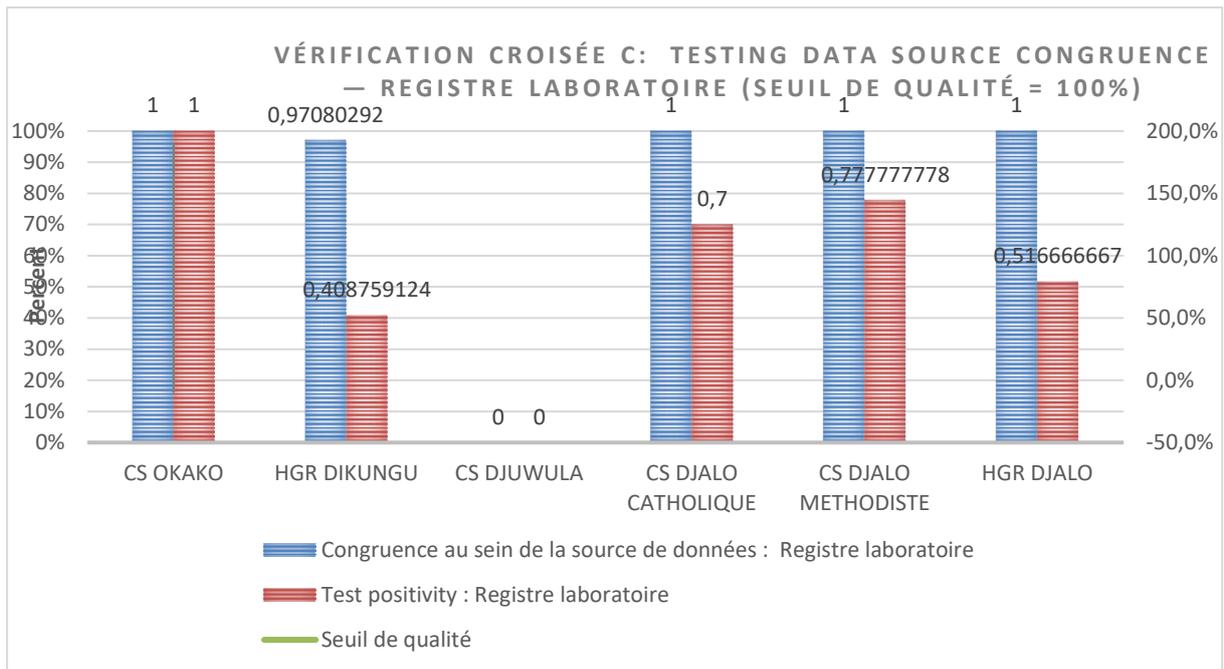


Figure 11 : Vérification croisée C

La vérification croisée par rapport aux données de TDR et cas de paludisme enregistrés ont montré que 04 structures (CS OKAKO, CS DJALO CATHOLIQUE, CS DJALO METHODISTE et HGR DJALO) sur 06 avaient un seuil de qualité de 100%, soit 67% des structures.

IV.4. EVALUATION DU SYSTEME

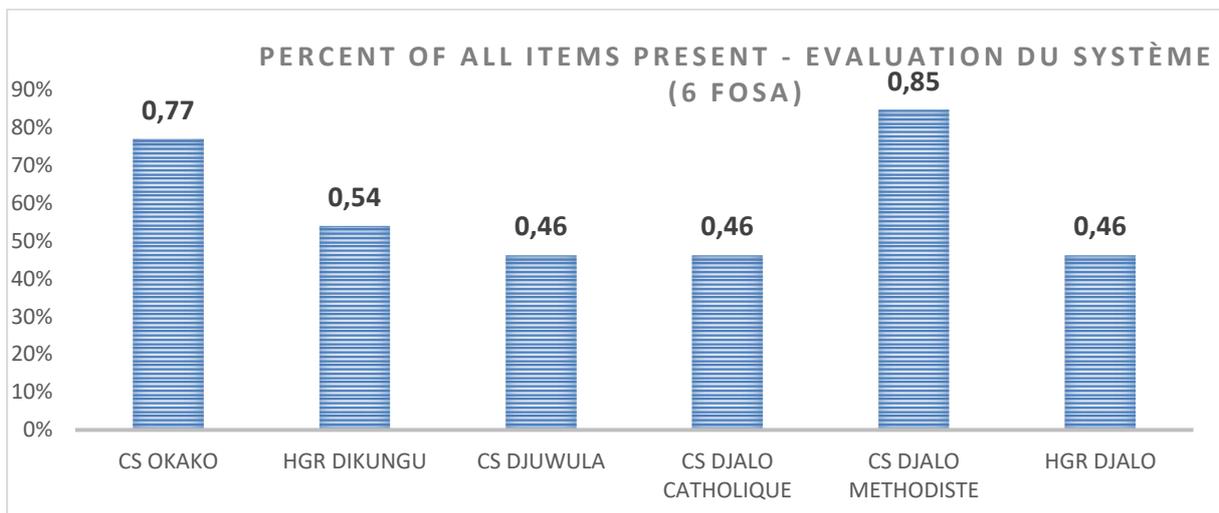


Figure 11 : Evaluation du système

Les résultats de l'évaluation du système dans les sites visités est l'image typique de la qualité des données dans lesquels sites. Les 02 structures (CS OKAKO et CS DJALO METHODISTE) qui des proportions à plus de 70% avaient d'une manière générale des données acceptables.

CONCLUSION

Les Zones de santé visitées avaient été sélectionnées par le fait qu'il fallait suivre une autre série, mais aussi tenant compte de leur accessibilité géographique. Cette mission d'audit de la qualité de données a permis d'identifier des facteurs supplémentaires qui ne favorisent pas, la collecte, la qualité des données du paludisme, ainsi que l'analyse des données pour lesquels les résultats obtenus ont conduit à la diffusion d'un plan de redressement dont la mise en œuvre permettrait d'améliorer d'avantage la qualité des données de routine à tous les niveaux.

L'implication de toutes les parties prenantes est donc très importante pour suivre régulièrement la mise en œuvre du plan de redressement dans les six FOSA de prestation ayant fait l'objet de cette mission. Nous exhortons les ECZS qui ont participées à cette mission de partager toutes les faiblesses constatées pendant la mission d'audit avec les autres IT lors du monitoring de données du mois de décembre prochain qui sera tenue aux BCZS pour que tous s'approprient des observations issues de cette mission, étant donné que les faiblesses sont presque les mêmes dans formations sanitaires.

ANNEXES

PLAN DE REDRESSEMENT

1. CS OKAKO

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
2	Non tenue à jour de plusieurs registres	Accompagner la chargée de la pharmacie, CPS et maternité sur la tenue à jour des registres de leurs activités	IT	7 Jours	
3	Rupture de stock des fiches de malades (format standard)	Faire la commande des outils SNIS manquants	IT	Immédiat	
5	Faible suivi des indicateurs du paludisme	Tracer, afficher et tenir à jour le tableau de suivi des indicateurs du paludisme	IT	Chaque mois	

2. HGR DIKUNGU

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Absence et non tenue à jour de plusieurs outils (registres et fiches de stock)	Mettre en place et accompagner la chargée de la pharmacie sur la tenue à jour des outils (registres et fiches de stock ACT et TDR)	DN, MDH	15 Jours	
	Données incohérentes dans la FOSA	Rapporter tous les cas de paludisme (ceux présentant la fièvre en hospitalisation y compris)	Chef de Sce, DN	à chaque occasion	
2		Suivre le travail effectif du chargé de vérification des données de l'HGR (MDH)	MCZ, IS SNIS	Chaque fin du mois	
3		Tenir des réunions d'analyse qualitatives des données,	Chef de Sce, DN, MDH	Chaque mois	
	Faire la synthèse des occurrences au bas de chaque page des registres	à chaque occasion			

	Faible suivi des indicateurs du paludisme	Tracer, afficher et tenir à jour le tableau de suivi des indicateurs du paludisme	DN	Chaque mois	
	Absence du registre de consultation curative pour avril et mai	Assurer le suivi de l'archivage correctement les données	DN	Chaque mois	

3. CS DJUWOLA

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Mauvaise tenue des outils de gestion des médicaments	Accompagner le préposé à la pharmacie sur la tenue des fiches de stocks et RUMER suivant les normes	IT	15 Jours	
2	Données incohérentes dans la FOSA	Rapporter les données tirées des outils de gestion SNIS et non de la tête de l'IT	IT	à chaque occasion	
		Désigner et suivre le travail effectif du chargé de vérification des données du CS	IT	Chaque fin du mois	
		Tenir des réunions d'analyse qualitative des données,	IT, équipe du CS	Chaque mois	
		Faire la synthèse des occurrences au bas de chaque page des registres		à chaque occasion	
3	Faible suivi des indicateurs du paludisme	Tracer, afficher et tenir à jour le tableau de suivi des indicateurs du paludisme	IT	Chaque mois	
4	Absence des fiches des malades pour	Assurer le suivi de l'archivage correct des données (dossier des malades)	IT	Chaque mois	

plupart des malades				
---------------------	--	--	--	--

4. CS DJALO CATHOLIQUE

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Des cibles et données démographiques non disponibles au CS	Rendre disponible des cibles et informations démographiques au CS	IT	15 jours	
2	Non tenue à jour de plusieurs outils (registres et fiches de stock)	Accompagner la chargée de la pharmacie sur la tenue à jour des outils (registres et fiches de stock ACT et TDR	IT	à chaque occasion	
3	Données incohérentes dans la FOSA	Transcrire régulièrement les données à travers tous les outils, y compris celles des Postes de Santé	IT	à chaque occasion	
		Désigner et suivre le travail effectif du chargé de vérification des données du CS	IT	Chaque fin du mois	
		Tenir des réunions d'analyse qualitatives des données,	IT, équipe du CS	Chaque mois	
		Faire la synthèse des occurrences au bas de chaque page des registres		à chaque occasion	
4	Faible suivi des indicateurs du paludisme	Tracer, afficher et tenir à jour le tableau de suivi des indicateurs du paludisme	IT	Chaque mois	
5	Absence du bon système d'archivage des données fiches	Assurer le suivi de l'archivage correct des données (dossier des malades)	IT	Chaque mois	

	des malades y compris				
--	-----------------------	--	--	--	--

5. CS DJALO METHODISTE

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
2	Non tenue à jour de plusieurs registres par suite du mouvement de grève des professionnels de santé non-médecins	Accompagner la chargée de la pharmacie, CPS, consultation curative et maternité sur la tenue à jour des registres de leurs activités	IT	15 Jours	
3	Rupture de stock des fiches de malades (format standard)	Faire la commande des outils SNIS manquants	IT	Immédiat	
	Faible suivi des indicateurs du paludisme	Tracer, afficher et tenir à jour le tableau de suivi des indicateurs du paludisme	IT	Chaque mois	
	Absence d'acquiescées de réception des rapports mensuels au BCZS	Faire signer la réception des rapports au BCZS	IT	Chaque mois	
5	Absence des retro informations venant du BCZS	Faire régulièrement des retro informations écrites aux FO.SA pour amélioration de la qualité des données et performances	MCZS, IS (tous)	Chaque mois	

6. HGR DJALO

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Non tenue à jour de plusieurs outils (registres)	Accompagner la chargée de la pharmacie, laboratoire et CPN sur la tenue à jour des outils (registres et fiches de stock ACT et TDR)	DN, MDH	15 Jours	
2	Données incohérentes dans la FOSA	Rapporter tous les cas de paludisme (ceux présentant la fièvre en hospitalisation y compris)	Chef de Sce, DN	à chaque occasion	
		Désigner et suivre le travail du chargé de vérification des données de l'HGR (MDH ou DNA)	MCZ, IS SNIS	Chaque fin du mois	

		Tenir des réunions d'analyse qualitative des données,	Chef de Sce, DN, MDH	Chaque mois	
		Faire la synthèse des occurrences au bas de chaque page des registres		à chaque occasion	
	Faible suivi des indicateurs du paludisme	Tracer, afficher et tenir à jour le tableau de suivi des indicateurs du paludisme	DN	Chaque mois	
3	Rupture de stock des outils SNIS	Evaluer les besoins en outils SNIS et passer la commande au BCZS	Chef de Sce, DN	10 jours	

Annexes :

1. QUELQUES PHOTOS :

MRDQA au CS Okako, novembre 2021



MRDQA à l'HGR Dikungu, novembre 2021



MRDQA au CS Djalo Catholique, novembre 2021



Restitution MRDQA au BCZS Djalo auprès des IT, novembre 2021



MRDQA au CS Djalo Catholique, novembre 2021



