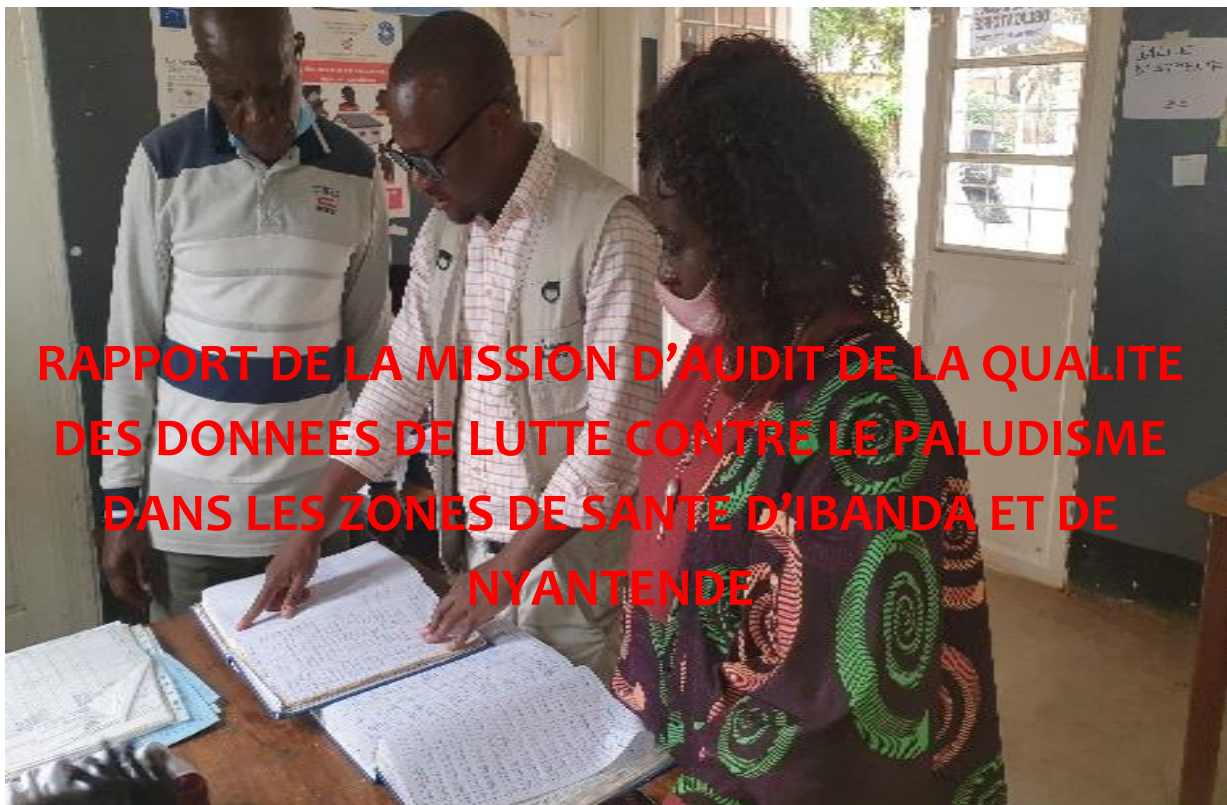




REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROVINCE DU SUD KIVU
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
B.P. 1899 BUKAVU



Elaboré par : Claudine ZAWADI/ PNL

Tony WAWINA/Measure Malaria

Décembre 2021

TABLE DES MATIERES

I.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	3-4
II.	OBJECTIFS DE LA MISSION.....	4
	2.1. Objectif général	4
	2.2. Objectifs spécifiques.....	4
III.	METHODOLOGIE	5
	3.1 Choix des indicateurs	5
	3.2 Outils exploités	5
	3.3 Techniques utilisés	5
IV.	DEROULEMENT	6
V.	PRESENTATION DES RESULTATS.....	6
	5.1 Exactitude et Actualité	6
	5.1.1 Exhaustivité et actualité du rapport.....	6
	5.1.2. Exhaustivité des éléments des données	7
	5.1.2. Exhaustivité des documents sources	8
	5.2. Exactitude des données.....	9
	5.3. Vérifications croisées.....	16
	5.4. Cohérence des données	17
	5.5. Evaluation du système de gestion des données.....	18
VI.	CONCLUSION.....	19
	ANNEXES	20
	1. PLAN DE REDRESSEMENT	20
	Annexe 1. Quelques photos prises lors de l'administration de l'outil MRDQA.....	24

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en RDC en général et de la Province du Sud-Kivu en particulier, représentant 36% de toutes les consultations externes et 30% des décès en 2019 au Sud-Kivu. Le rapport annuel du PNLP 2019 estimait 21.934.127 cas de paludisme et 13.072 décès.

Au niveau de la province du Sud-Kivu en 2020, 1 514 773 cas de paludisme ont été rapportés dont 872 décès. L'incidence du paludisme est de 190 pour 1000 personnes ce qui fait de la province soit parmi les 10 provinces avec un lourd fardeau de paludisme (HBHI). Le taux de létalité est de 0.39%

Ainsi dans l'objectif de réduire le fardeau dû à la morbidité et à la mortalité lié au paludisme, les différents partenaires ont adopté la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016–2030 (GTS) fournissant un cadre global permettant aux pays d'élaborer des programmes adaptés pour accélérer l'élimination du paludisme. Cette stratégie repose sur trois piliers dont l'un d'eux transforme la surveillance du paludisme en une intervention de base.

Celle-ci vise à produire des informations sur les cas de paludisme et les décès dus au paludisme. Ces informations sont utilisées pour prendre des décisions basées sur les évidences pour planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes de lutte antipaludique.

Les activités de lutte contre le paludisme rencontrent des nombreux défis liés dans la province du Sud-Kivu liés à la disponibilité des services (structures, prestataires, commodités) et l'accessibilité aux soins dans un contexte local de conflit dans certaines zones.

De ce fait plusieurs ZS rencontrent des difficultés pour atteindre les objectifs du plan stratégique national du PLNP et voire ont des couvertures extrêmement faibles de certains indicateurs.

Ainsi sont réalisés, dans le cadre de suivi et évaluation des activités de lutte contre le paludisme et la gestion de l'information sanitaire, la tenue des réunions d'analyses mensuelles et trimestrielles au niveau de la Coordination PNLP et des réunions d'analyse trimestrielle au niveau de la DPS.

C'est ainsi qu'est planifiée trimestriellement des missions d'audit de la qualité des données paludisme dans les ZS. Lesdites zones ayant été identifiées du fait de la faiblesse de la qualité de leurs données et de la performance de certains indicateurs.

Ainsi 5 ZS de la province ont fait l'objet de 2 visites successives (ZS Uvira, Nyangezi, Katana, Kalehe et Minova)

A l'issue de ces missions, des plans de redressement sont élaborés dans les différents sites de prestations visités basés sur les faiblesses constatées lors des différentes analyses en rapport avec l'exhaustivité et l'actualité des données, l'exactitude des données, les vérifications croisées, la cohérence des données et l'évaluation des systèmes.

Ces plans de redressement font l'objet d'une évaluation à l'issue d'un semestre avec une mission d'audit de la qualité des données visant les mêmes ZS et les mêmes sites de prestations visités.

A l'issue de la revue semestrielle des données de lutte contre le paludisme qui vient de se tenir du 14 au 16 aout 2021, certaines ZS ont été identifiées par rapport à la qualité moindre de leurs données ainsi que la contre-performance des indicateurs de lutte contre le paludisme.

Ainsi la présente mission d'audit de la qualité des données de lutte contre le paludisme avec l'outil MRDQA a été envisagée dans 2 ZS parmi celles-ci (ZS IBANDA et ZS NYANTENDE) et elle s'est déroulé du 06 au 09 novembre 2021.

II. OBJECTIFS DE LA MISSION

a. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité des données au niveau de la province du Sud-Kivu en général et dans les Zone de santé de NYANTENDE et d'IBANDA en particulier à travers l'audit des données et l'évaluation de la qualité des données des activités de lutte contre le paludisme dans les structures sanitaires qui les produisent et les utilisent.

b. Objectifs spécifiques :

Ils se déclinent comme suit :

- Vérifier la qualité de données rapportées en rapport avec 5 indicateurs sélectionnés au mois de juillet, aout et septembre 2021 ;
- Vérifier la capacité du système de gestion des données (collecte, contrôle et rapportage) au niveau des Fosa et BCZS
- Mettre en œuvre des mesures pour des plans de redressement appropriés afin de renforcer la gestion des données de qualité ;

- Suivre les améliorations de capacité et la performance de la gestion des données ainsi que le système de transmission.

III. RESULTATS ATTEINTS

- ✓ La portée de la vérification de la qualité des données a été déterminée ;
- ✓ La conception et la mise en œuvre du système de gestion et de notification des données ont été évaluées ;
- ✓ Les résultats des indicateurs sélectionnés ont été tracés et vérifiés ;
- ✓ Des nouvelles conclusions et recommandations ont été élaborées et présentées ;
- ✓ Un nouveau plan de redressement de la qualité des données a été élaboré pour chaque structure évaluée ;

IV. METHODOLOGIE

a. Choix des indicateurs

Eu égard aux objectifs, notre méthodologie avait retenu ce qui suit :

Le choix a été basé sur la liste d'indicateurs rapportés dans le système. C'est ainsi que les indicateurs suivants ont été sélectionnés pour évaluer la qualité des données avec l'outil MRDQA sont :

- Nombre de cas suspects testés
- Nombre de cas de paludisme grave confirmé
- Nombre de cas de paludisme simple confirmé au TDR traité selon la politique nationale
- Nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3
- Nombre de TDR consommé

b. Les outils à exploiter :

- Base des données DHIS2 pour une première confrontation
- Rapport SNIS transmis au niveau du BCZS
- Fiche et registre de consultation Soins curatifs
- Fiches et registre de consultation préscolaire ou de CPS
- Fiche et registre de consultation prénatale
- Rapport SNIS archivé au niveau de la structure
- Rapports et cahier de supervision
- Comptes rendus de différentes réunions d'analyse des données tenues au cours de la période concernée par l'évaluation
- Tout autre document utile pour performer les vérifications au niveau du BCZ, HGR et CS.

c. Techniques utilisées :

- ✓ L'observation,
- ✓ La revue documentaire par comparaison des données dans les différents outils
- ✓ L'interview
- ✓ L'audit avec l'outil MRDQA

Y. COMPOSITION ET PERIODE DE LA MISSION

- ✓ **Composition :**
 - Claudine ZAWADI (PNLP)
 - Dr Tony WAWINA (CP MEASURE Malaria)
- ✓ **Période de la mission :** du 06 au 09 décembre 2021

VI. DEROULEMENT

Lieu	Activités	Date	Jour
ZS IBANDA	Briefing BCZ, Audit au CS Ibanda et CS Vavassori	06/12/2021	Lundi
	Audit HGR Panzi et Restitution BCZ	07/12/2021	Mardi
ZS NYANTENDE	Briefing BCZ, Audit au CS Mumosho	08/12/2021	Mercredi
	Audit HGR Nyantende et restitution BCZ	09/12/2021	Jeudi

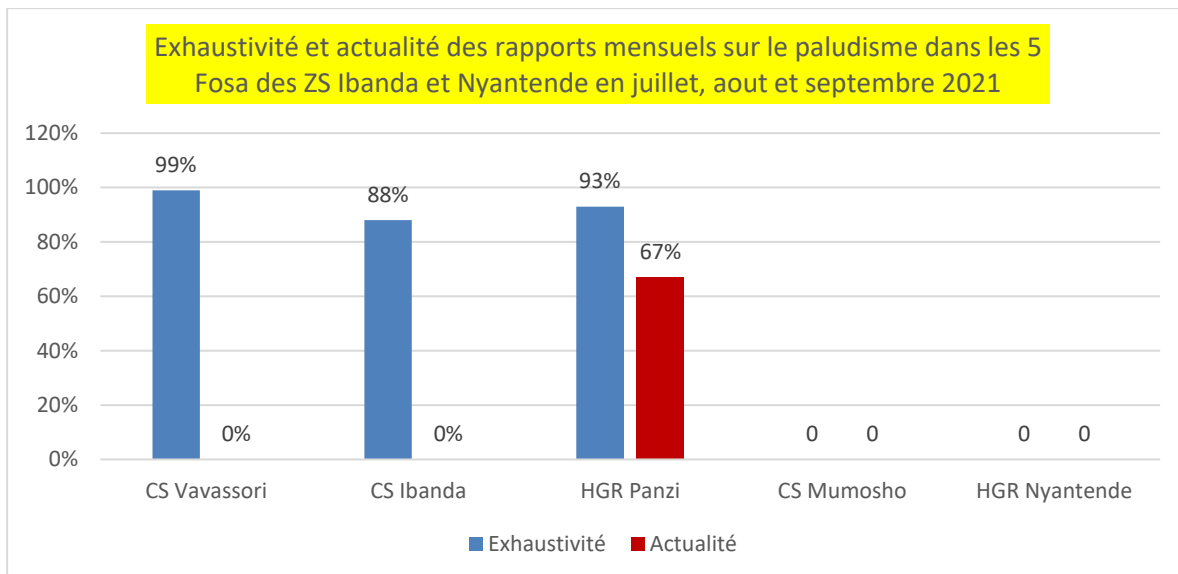
VII. PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats sont présentés par étape d'analyse. Il est présenté d'abord l'exactitude et l'actualité des rapports, puis l'exactitude des données, la vérification croisée entre divers documents sources, la cohérence des données et l'évaluation du système de gestion des données.

5.1. EXACTITUDE ET ACTUALITE

Les analyses reprennent l'exhaustivité et l'actualité du rapport mensuel sur le paludisme, l'exhaustivité des éléments des données et l'exhaustivité du document source.

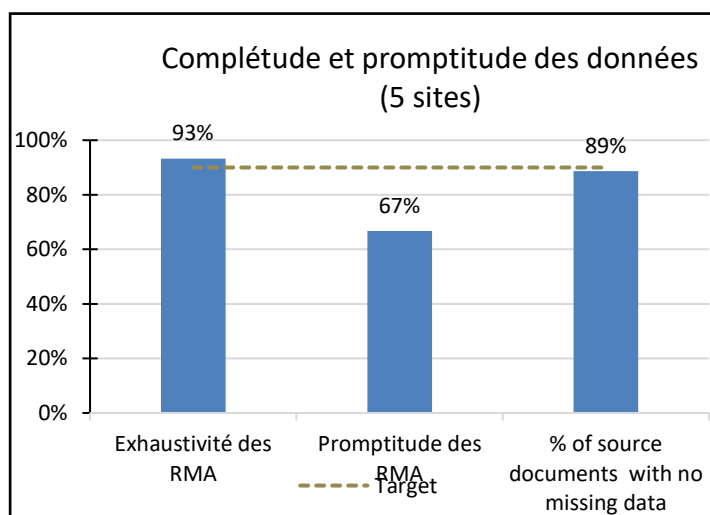
5.1.1. Exhaustivité et actualité du rapport mensuel sur le paludisme



Ce graphique démontre la tendance de deux variables statiques. Concernant la variable exhaustivité, on note que la majorité des formations sanitaires visitées lors de l’audit de qualité de données ont une bonne complétude des cellules du canevas SNIS, dont la complétude moyenne est 93% pour 3 sites de prestation évalués. 2 sites de prestation de la ZS Nyantende n’ont pas été évalués pour cause de non-disponibilité des canevas Snis. Les CS Ibanda (88%) et l’HGR Kamituga (93%) de la ZS Ibanda ont plusieurs cellules du canevas SNIS vides. Certains CS ne rapportent pas les informations liées à gestion de médicaments (SIGL FOSA) et d’autres ne calculent pas le taux de perte (CS Ibanda)

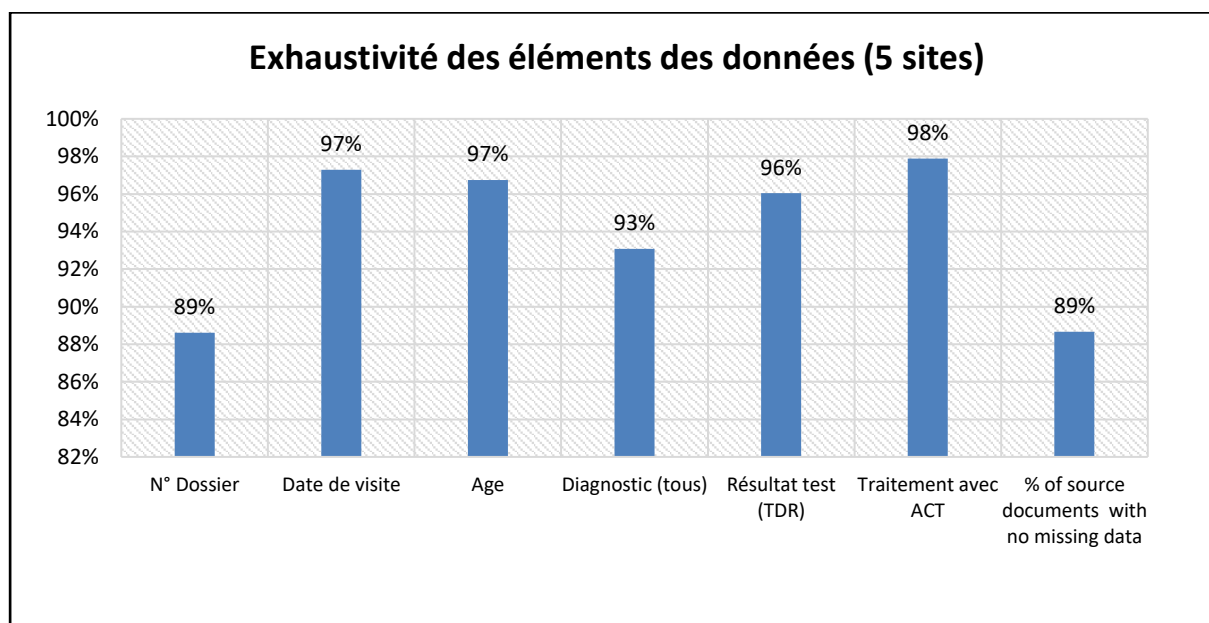
Concernant l’actualité du rapport mensuel (promptitude des rapports), la moyenne des sites des prestations est très faible et est de 22%. Seul l’HGR Panzi a une promptitude de 67% (qui est en deçà du seuil de 90%). Deux structures ont enregistré 0% (CS Vavassori et CS Ibanda). Cette faible promptitude est due au manque d’accusé de réception sur la copie archivée à la structure.

5.1.2. Exhaustivité des éléments des données



L’Analyse de l’exhaustivité des rapports mensuels au niveau des 5 sites de prestations a noté un taux de 89% des rapports sans données manquantes avec des variations selon les sites visités (en deçà du seuil de 90%). Quant à la complétude, elle est bonne à 93% mais la promptitude laisse à désirer avec 67% avec des variations par site allant de 0% à 67%

5.1.3. Exhaustivité des documents sources



Les résultats issus de cette représentation graphique montrent que seuls les éléments des données Date de visite, âge, résultat test (TDR) et Traitement avec ACT n'ont pas ou peu connu de problème de rapportage dans les registres de consultation curative, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu une information manquante ou une quantité insignifiante à ces variables par rapport au cas de paludisme au cours de la période évaluée dans toutes les structures auditées. Tous les autres éléments des données : Numéro Dossier et Diagnostic ont connu des problèmes de rapportage dans les registres de consultation curative liés aux données manquantes. Les structures ci-après sont concernées :

- **HGR Panzi** (225 malades sans numéro dossier), (12 malades sans date), (371 malades sans diagnostics), (11 malades dont les traitements aux ACT ne sont pas mentionnés), (20 malades sans résultats de TDR), (36 malades sans âge) et (371 Nombre de données manquantes dans au moins 1 des 6 colonnes énumérées ci-dessus) dans le registre de consultation curative ;
- **CS Vavassori** (123 malades sans numéro dossier), (25 malades sans date de visite), (42 malades sans diagnostics), dans le registre de consultation curative ; (31 malades sans résultats de test TDR), (14 malades dont les traitements aux ACT ne sont pas mentionnés) et (98 Nombre de données manquantes dans au moins 1 des 6 colonnes énumérées ci-dessus) dans le registre de consultation curative ;
- **CS Ibanda** (45 malades sans diagnostic), (37 malades sans résultats de test TDR), et (12 malades sans numéro de dossier), (26 malades dont les traitements aux ACT ne sont pas mentionnés) dans le registre de consultation curative et enfin (56 Nombre de données manquantes dans au moins 1 des 6 colonnes énumérées ci-dessus) dans le registre de consultation curative ;
- **CS Mumosho** (125 malades sans numéro dossier), (24 sans dates), (56 sans âge), (18 malades sans diagnostics), dans le registre de consultation curative ; (32 malades sans

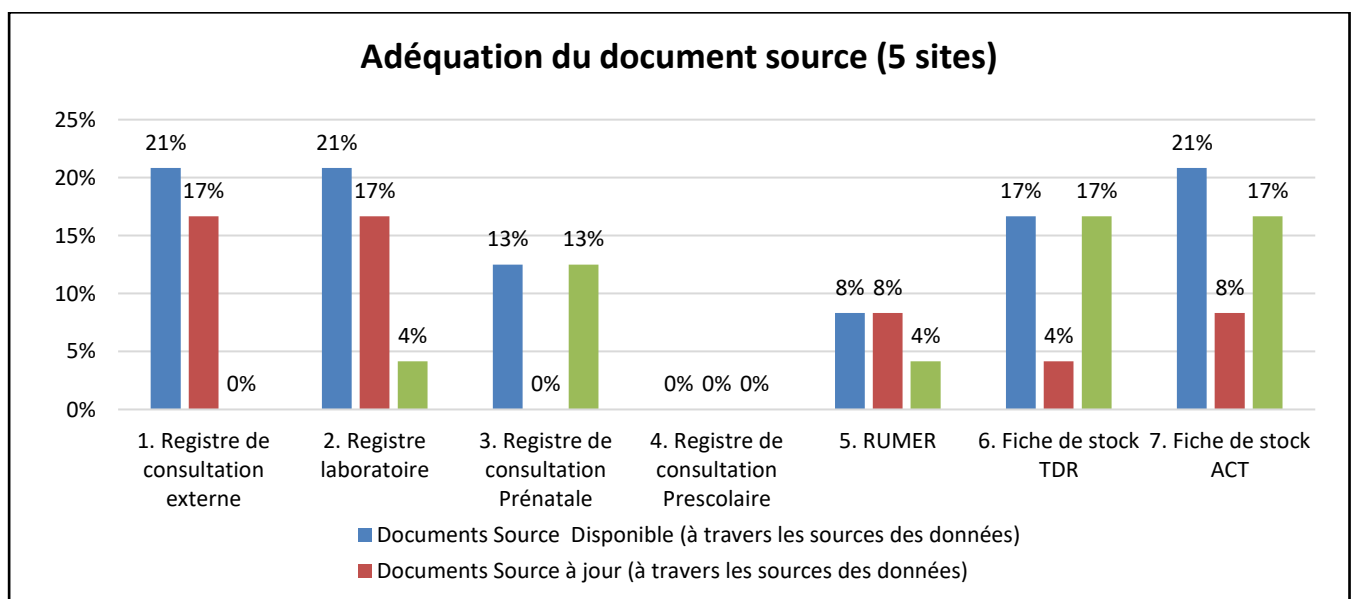
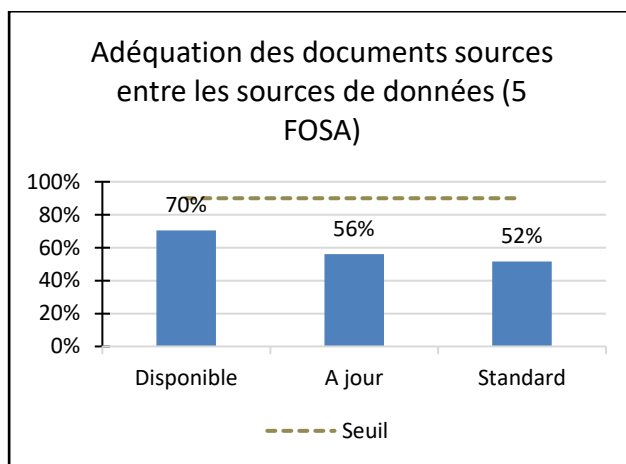
résultats de test TDR), (23 malades dont les traitements aux ACT ne sont pas mentionnés) et (84 Nombre de données manquantes dans au moins 1 des 6 colonnes énumérées ci-dessus) dans le registre de consultation curative ;

- **HGR Nyantende** (109 malades sans numéro dossier), (56 sans dates), (54 malades sans âge), (68 malades sans diagnostics), (77 malades sans résultats de test TDR), (39 malades dont les traitements aux ACT ne sont pas mentionnés) dans le registre de consultation curative et enfin (111 Nombre de données manquantes dans au moins 1 des 6 colonnes énumérées ci-dessus) dans le registre de consultation curative ;

Et donc l'exhaustivité des éléments de données dans le registre de consultation curative par rapport aux 6 variables monitorées lors de la visite dans ces FOSA est de **93%**.

5.2. EXACTITUDE DES DONNEES

5.2.1 Facteurs de vérification de l'exactitude des données



Les résultats issus de ce tableau et graphiques ont montré que par rapport à **l'exhaustivité des documents sources**, la convenance entre les trois variables (disponibilité des documents sources, mise à jour des informations dans le document et l'utilisation des outils standards) pose un problème dans tous les points de prestations évalués.

La disponibilité des documents est de 70% en moyenne est la faible disponibilité des registres de consultation prénatales, préscolaires et les fiches de stock de TDR, des ACT et le Rumer.

Pour **la mise à jour de documents sources** au niveau des FOSA visités, on a une moyenne de 56%. Les fiches de stock des ACT, des TDR, le Rumeur et les registres de consultation externe et celui de laboratoire ne sont pas tous à jour.

Quant à **la disponibilité des outils standards** du nouveau cadre normatif, l'évaluation faite montre que les registres de consultation dont les formats standards ne se retrouvent pas dans les Fosa (52%). Ils sont soit tracés à la main et souvent en dehors des normes et par conséquent perte des informations importantes.

En ce qui concerne l'adéquation des documents sources avec, une faiblesse est constatée pour tous les outils que ce soit en termes de disponibilité, de mise à jour et la standardisation des outils (il est plus marquant pour le registre CPS, le registre CPN et le registre de laboratoire).

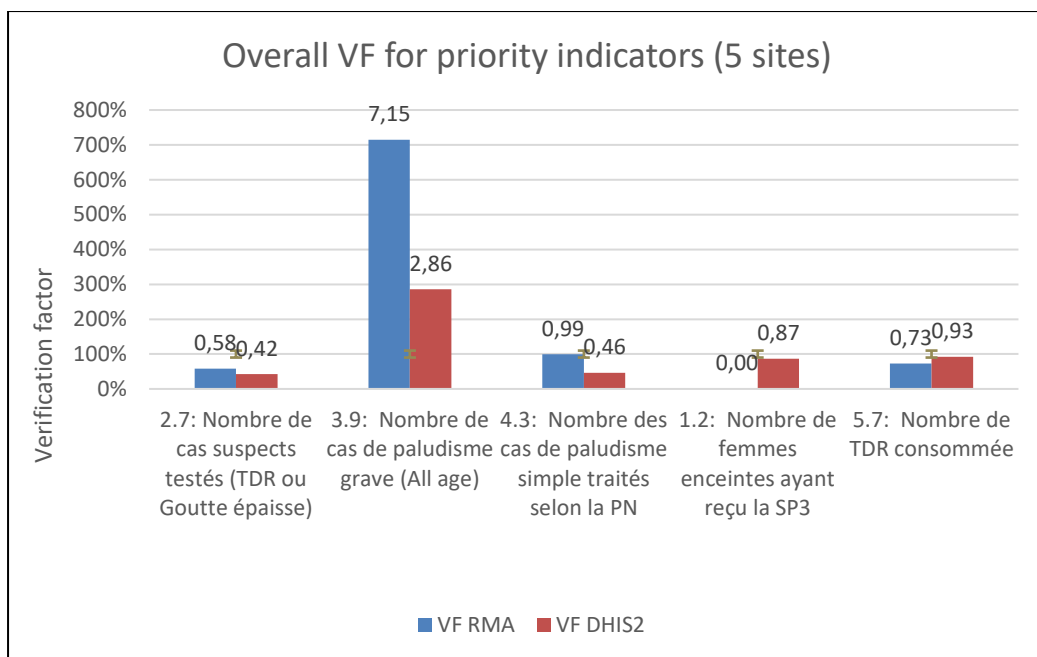
5.2. EXACTITUDE DES DONNEES

Cette évaluation consiste à calculer :

- Le facteur de vérification entre la valeur mensuelle recomptée dans le document source par rapport à la valeur mensuelle rapportée dans le rapport SNIS en dure ;
 - Le facteur de vérification entre la valeur mensuelle recomptée dans le document source par rapport à la valeur mensuelle 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 $\geq 90\%$, $\leq 110\%$

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

5.2.1 Facteurs de vérification de l'exactitude des données



La valeur transmise à l'unité supérieure était exacte lorsque la différence avec la valeur collectée était de moins de 10%, soit allant de 91 à 110%.

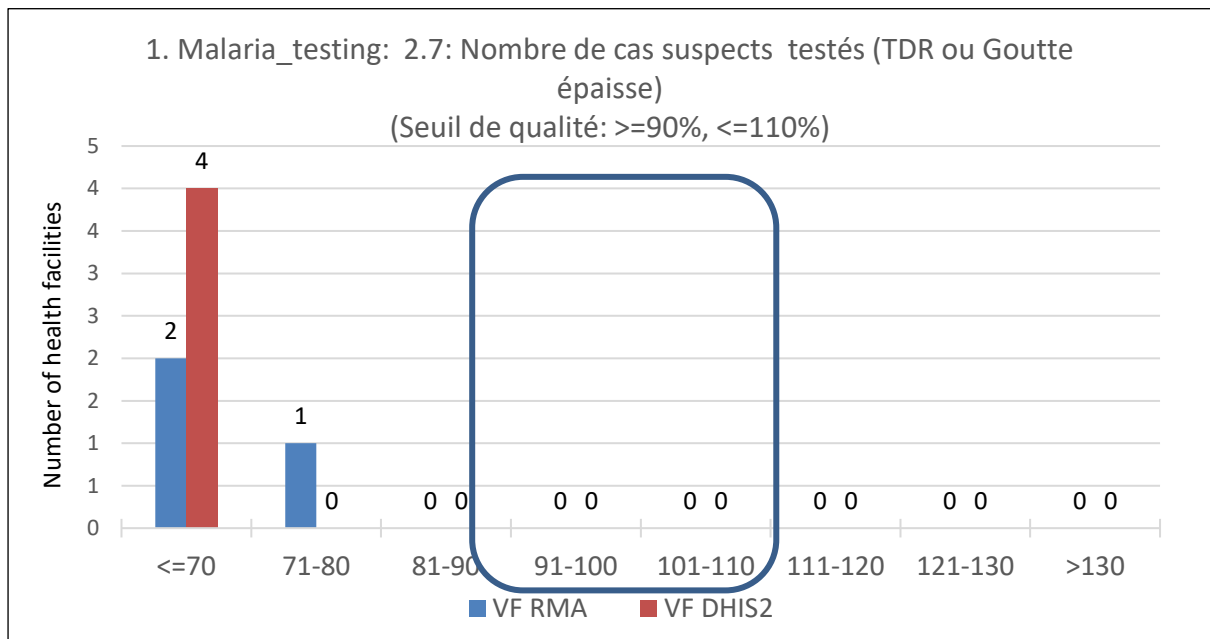
De manière générale, l'exactitude des données par rapport à tous les indicateurs n'est pas bonne pour tous les sites visités car les facteurs de vérification pour tous les indicateurs pour les sites pris dans leur globalité sont soit inférieurs à 90% ou supérieurs à 110%. Les indicateurs par rapport aux cas suspects testés et les TDR consommés ont marqué beaucoup d'incohérences que les autres

Pris individuel aucune structure n'a pu avoir toutes les mesures de vérification croisée que ce soit avec le RMA ou le DHIS2 pour cause des données manquantes dans les documents sources. D'où nécessité d'un accompagnement de proximité dans la gestion des données pour améliorer leur qualité.

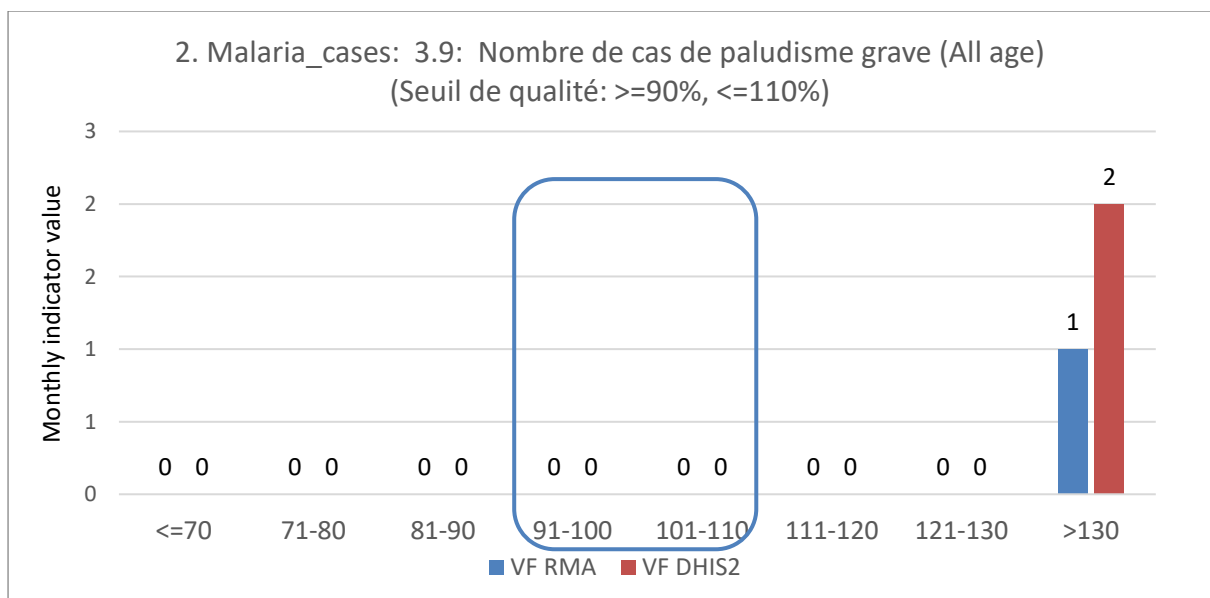
Pour les autres sites de prestation, en général les valeurs recomptées dans les documents sources sont différentes (soit supérieurs au-delà de 1,10 ou inférieurs en dessous de 0,90) de celles se trouvant dans les rapports SNIS et celles encodées dans le DHIS2. C'est comme nous venons de le constater. La situation est similaire dans tous les sites de prestation.

Donc la qualité des données fait défaut car pour presque tous les indicateurs et dans tous les sites des prestations, les facteurs de vérification sont en deçà de 90% ou au-delà de 110%.

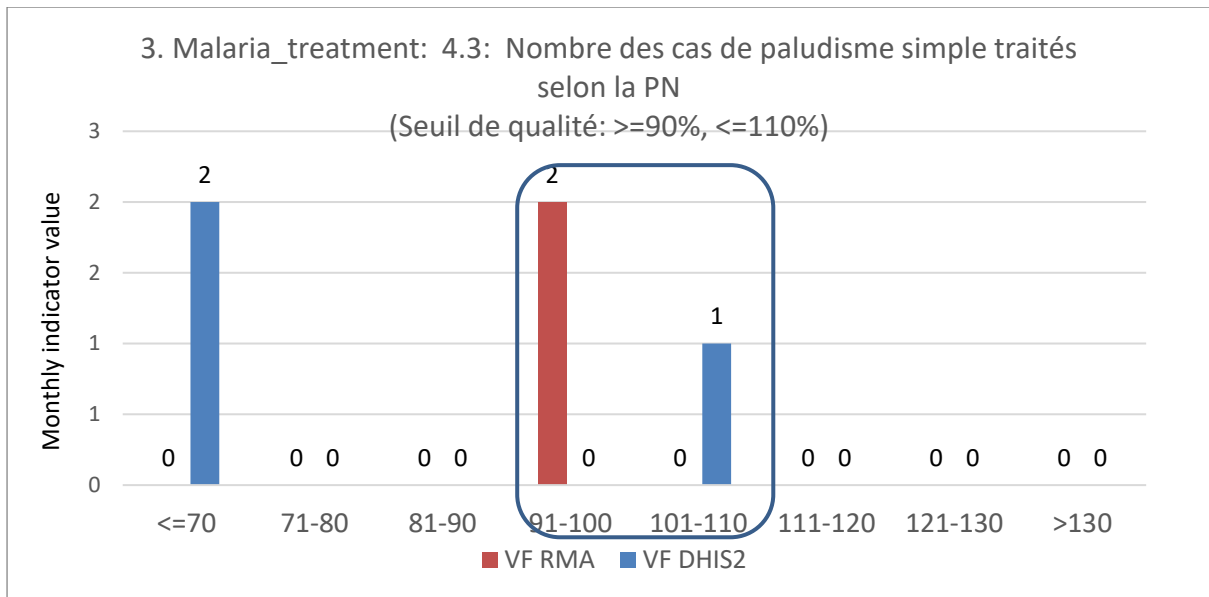
5.2.2 Résultats détaillés de la précision des données par indicateur



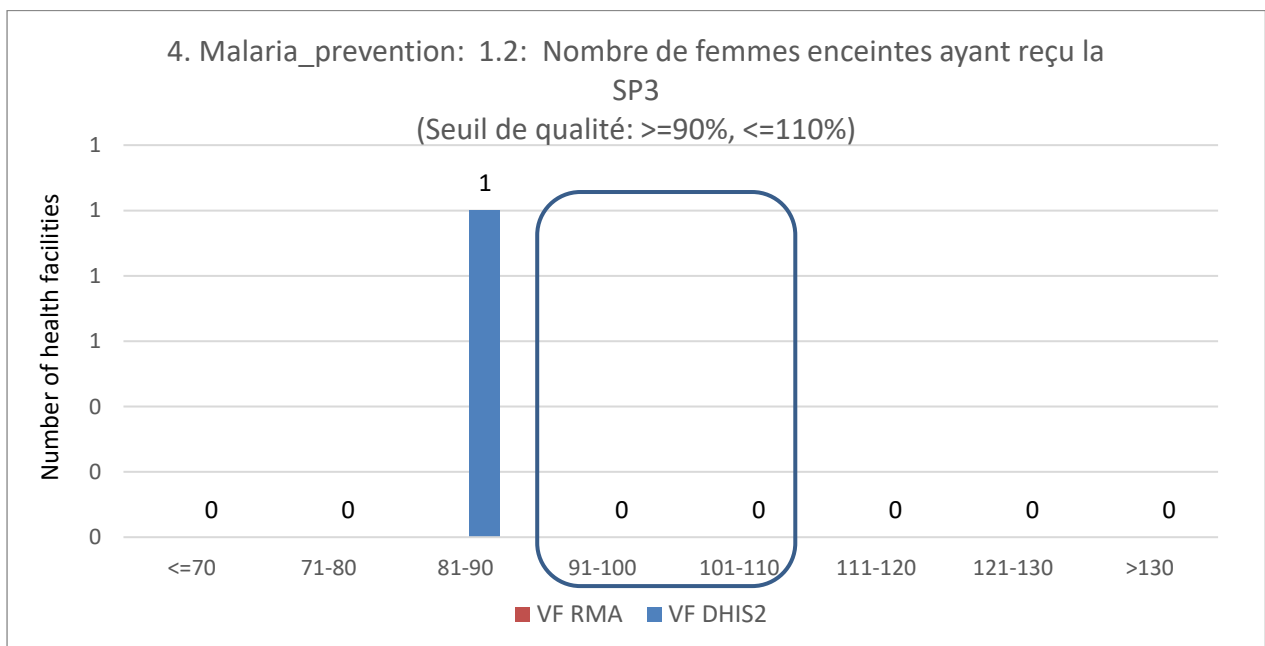
De ce graphique, il ressort pour cet indicateur par rapport au VF RMA aucune Fosa n'a atteint un seuil de précision des données acceptable. 2 ont un seuil $< 70\%$ (HGR Panzi et CS Vavassori) et le CS Ibanda a 78%. Pour le VF DHIS2, la situation est similaire avec seulement 4 Fosa qui ont de seuil de précision $< 70\%$.



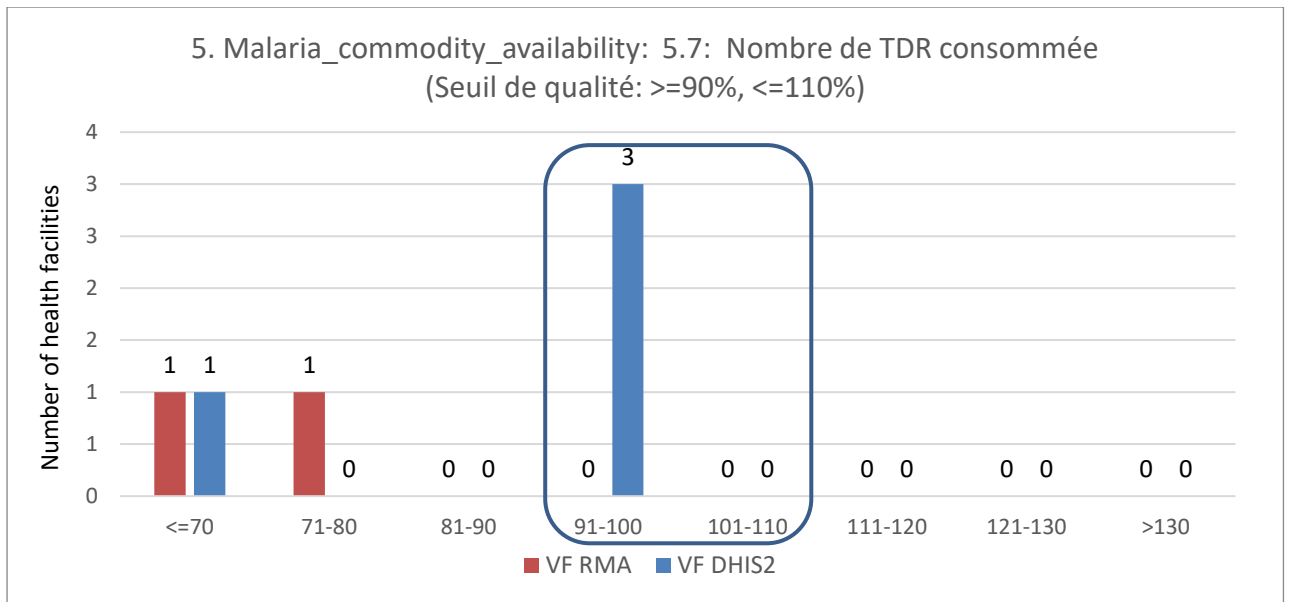
Pour cet indicateur aussi, et le VF RMA et le VF DHIS2 aucune structure n'atteint le seuil de précision. 2 Fosa pour le VF DHIS2 (HGR Panzi et HGR Nyantende) et 1 pour le VF RMA (HGR Panzi) ont un seuil de précision des données $> 130\%$.



Pour cet indicateur par rapport au VF RMA seul 2 Fosa (CS Vavassori et CS Ibanda) ont un seuil de précision des données acceptable et c'est encore le CS Vavassori qui l'est pour le VF DHIS2

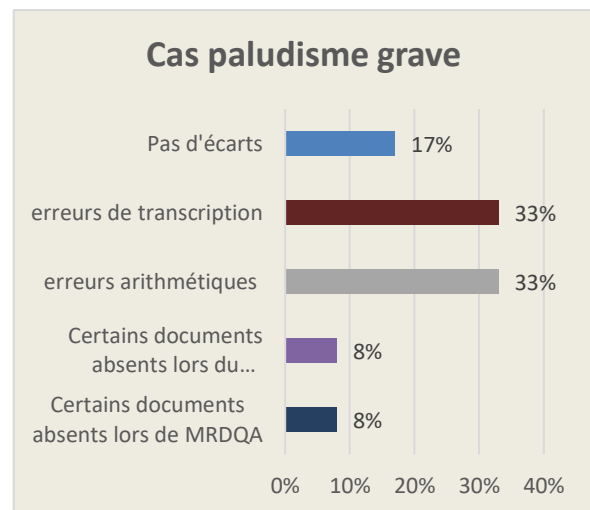
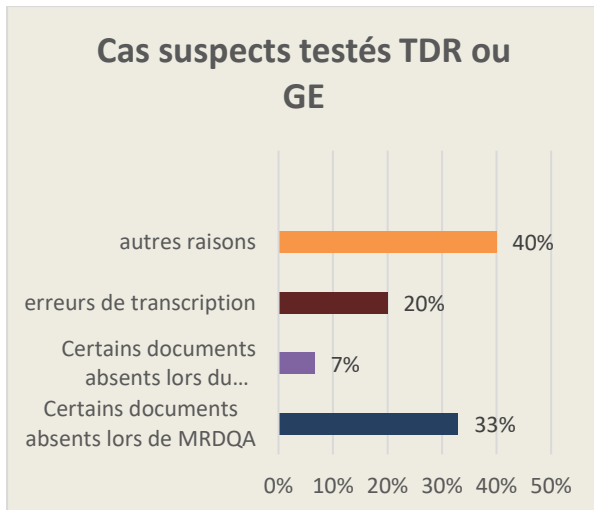


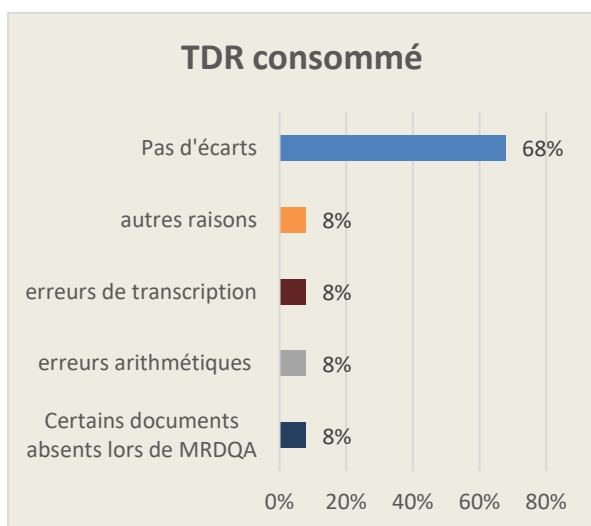
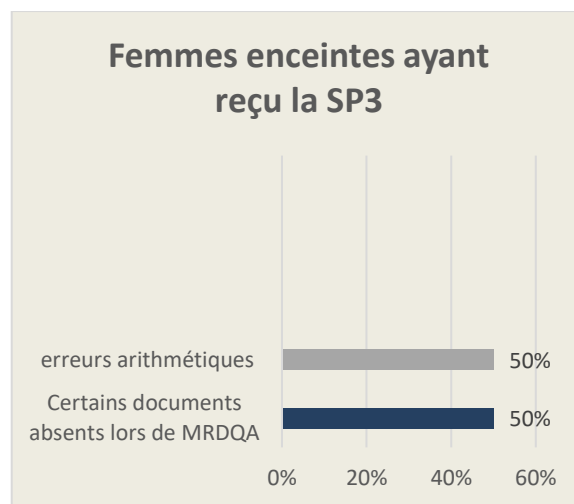
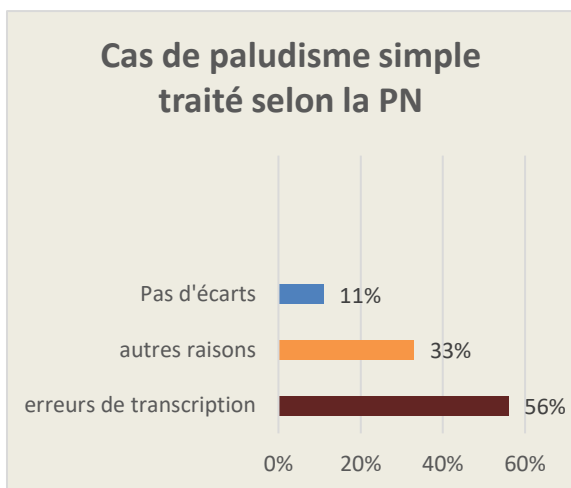
Pour cet indicateur, et le VF RMA et le VF DHIS2 aucune structure n'atteint le seuil de précision. Seul le CS Mumosho a été évalué et son seuil de précision des données est de 87% pour le VF DHIS2



Pour cet indicateur par rapport au VF DHIS2 seul 3 Fosa (CS Vavassori, CS Mumosho et HGR Nyantende) ont un seuil de précision des données acceptable et aucune Fosa pour le VF RMA

5.2.3 Distribution des raisons des écarts par indicateur





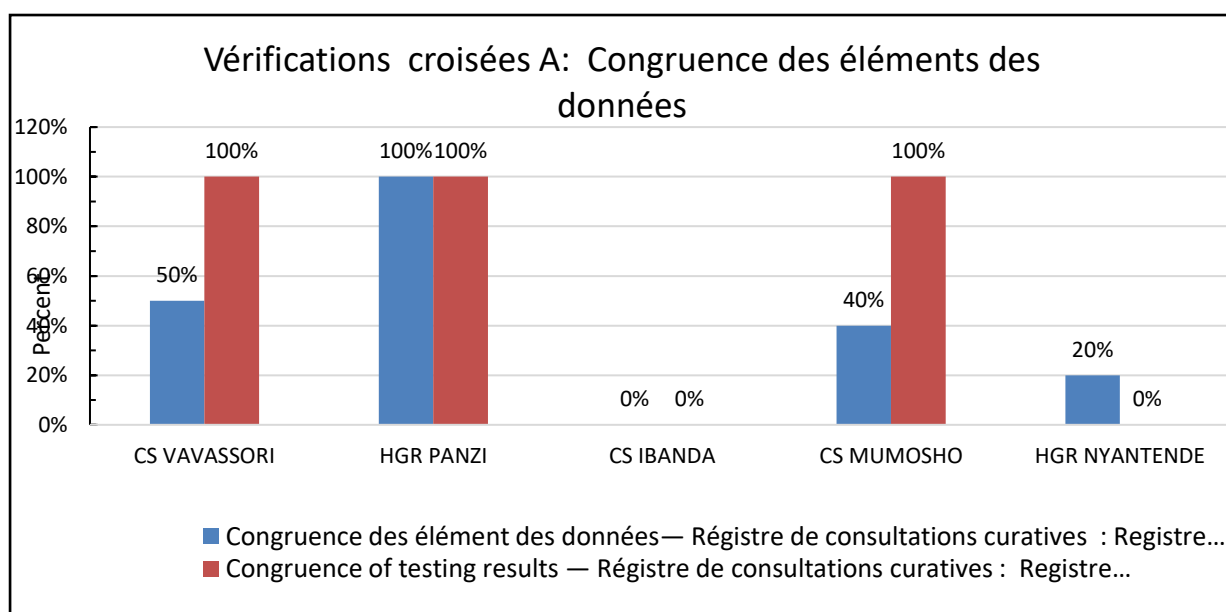
Après analyse des données nous avons constatés que la distribution des raisons pour chaque indicateur monitoré pendant le MRDQA dans les 5 points de prestation justifiant la contre-performance pour chaque indicateur dont nous devons mettre des actions pour améliorer la qualité de données dans les formations sanitaires, les raisons partagées pour la majorité des cas sont les suivantes :

- **Erreurs de transcription de document source vers le canevas SNIS** : cette raison concerne les indicateurs (Cas paludisme confirmés traités selon la PN, Cas paludisme grave tout âge, cas suspects testés au TDR et le nombre des TDR consommés). Cette erreur concerne les structures suivantes CS Vavassori et HGR Panzi (ZS Ibanda) et CS Mumosho (ZS Nyantende)
- **Erreurs de arithmétiques de document source vers le canevas SNIS** : cette raison concerne tous les indicateurs (Cas paludisme grave tout âge, nombre des femmes

ayant reçu la SP3 et le nombre des TDR consommé). Elle concerne toutes les structures sauf le CS Ibanda.

- **Pas d'écart entre les données de différentes sources de document ou écart du au changement dans les prestations des services** : cette raison concerne les indicateurs ci-après : nombre de cas de paludisme grave tout âge, nombre de cas paludisme simple confirmés traités selon la PN et nombre de TDR consommé. Cette raison concerne toutes les structures sauf le CS Ibanda (ZS Ibanda).
- **Absence de document lors de rapportage mensuel au niveau de la formation sanitaire** : cette raison concerne deux indicateurs à savoir le nombre de cas de paludisme grave tout âge et le nombre de TDR consommé. Seul l'HGR Panzi est concerné.
- **Manque de certains documents pendant le MRDQA** : cette raison concerne tous les indicateurs sauf les cas de paludisme simple confirmé traité selon la PN. Cette raison concerne 3 structures à savoir l'HGR Panzi et le CS Vavassori (ZS Ibanda) et l'HGR Nyantende.
- **Autres raisons** concernent 3 indicateurs à savoir les cas paludisme confirmés traités selon la PN, cas suspects testés au TDR et le nombre des TDR consommés. Toutes les structures sauf CS Vavassori. Ces raisons sont les diagnostics ne sont pas mentionnés dans le registre de consultation du pédiatre à l'HGR Panzi, le non-encodage des données pour les 3 mois dans le DHIS2 (CS Ibanda, CS Mumosho et HGR Nyantende), etc...

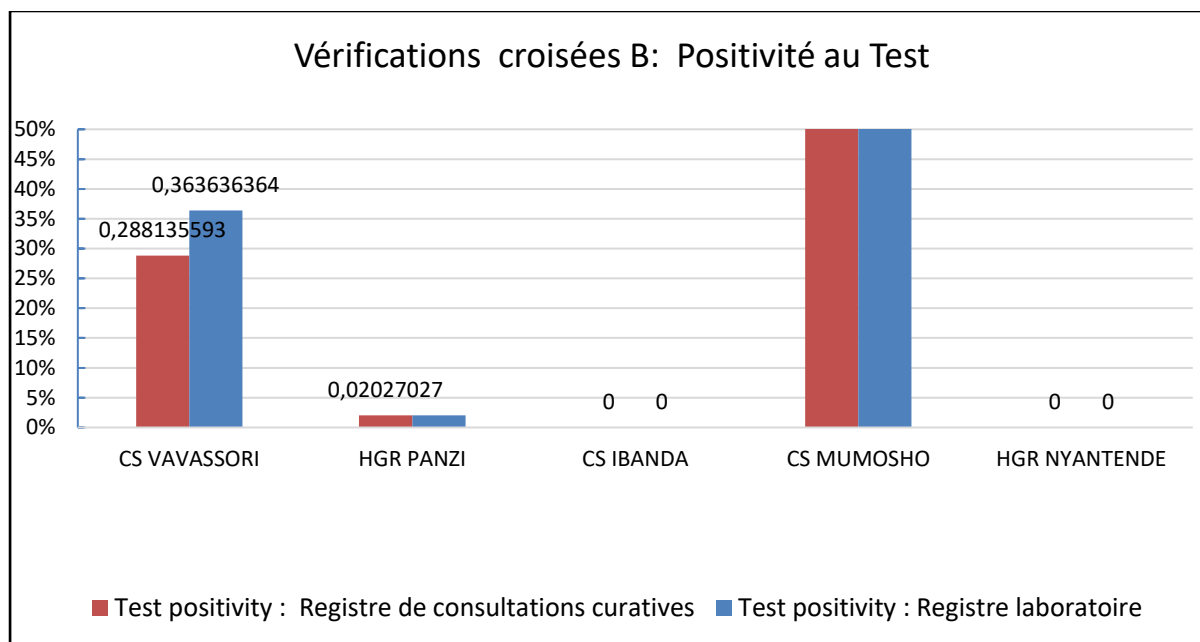
5.3. VERIFICATIONS CROISEES



En rapport avec les vérifications croisées entre divers documents sources, elle a été effectuée dans tous les sites avec disponibilité des outils de collecte des données bien

même qu'ils ne sont pas normés mais présents et parfois même tracés à la main dans un document d'une autre activité. Ceci prêtant à confusion lors de la vérification.

La concordance des éléments des données entre le registre de consultation externe et celui du laboratoire est satisfaisante à HGR Panzi (100%). Par contre, elle l'est moins au CS Vavassori (50%), encore moins au CS Mumosho (40%) et pire encore à l'HGR Nyantende (20%). La concordance des résultats au test est satisfaisante pour les 3 structures (100%) sauf l'HGR Nyantende (0%). Le CS Ibanda n'ayant pas de laboratoire et les résultats négatifs n'étant pas repris dans les registres a été difficile à évaluer.

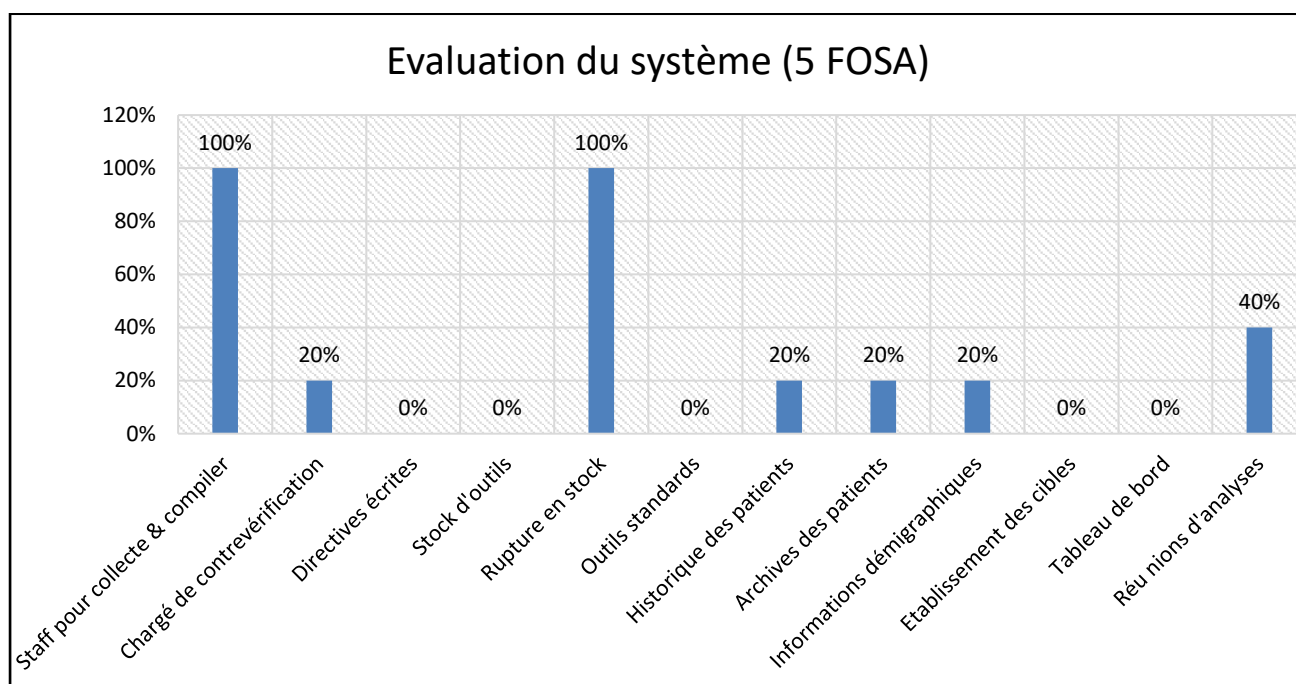


Par rapport à la positivité au test, les différences se retrouvent dans tous les sites évalués où nous avons un taux de positivité élevée entre le registre de consultation externe et celui du laboratoire notamment au CS Vavassori et CS Mumosho. Par contre il n'y aucune différence à l'HGR Panzi entre les deux documents sources avec un taux de positivité très faible.

5.4. COHERENCE DES DONNEES

Par rapport à la cohérence des données comparées mensuellement et annuellement, le ratio de cohérence annuel est nul de même que celui mensuel car pendant la période d'évaluation les décès enregistrés dans les différents sites étaient nuls sauf pour HGR Nyangezi (un décès en juin 2021) et HGR Panzi (un décès en juillet 2021). Mais aussi il reste à signaler les hôpitaux (Exemple l'HGR Panzi et Nyantende) ne rapportent pas de cas des décès dus au paludisme suite à la non-maitrise de la définition clinique des décès dus au paludisme (donc les décès sont liés aux complications et rapportés comme tel en lieu et place de la pathologie d'origine).

5.5. EVALUATION DU SYSTEME DE GESTION DES DONNEES



Par rapport à la gestion des données il faut noter qu'elle accuse plusieurs insuffisances dû à savoir :

- L'inexistence du système de révision des données avant leur transmission au niveau hiérarchique,
- Le manque de sous bassement (job description) pour la répartition des tâches d'enregistrement des données donc chaque activité doit avoir un responsable ou un répondant,
- La rupture des outils standards dans les FOSA avec pour conséquence l'utilisation des outils non standards pour la collecte de données et surtout sans suivre les normes,
- La non-application de contrôle de la qualité des données et mécanisme de sauvegarde
- Le manque de formation des prestataires sur le SNIS harmonisé, analyse et utilisation des données pour les 2 ZS, la dernière formation date de plus de 5 ans et surtout pour les anciennes versions
- Le manque des directives écrites sur la collecte de données et l'analyse des données sur le paludisme
- Le manque des cibles pour suivre les progrès accomplis dans l'atteinte des buts et objectifs en matière de prévention et de traitement du paludisme

Par ailleurs, les prestataires des sites de prestation connaissaient les informations à inclure dans les rapports, la destination des rapports et leur périodicité. Ils connaissaient également le circuit de l'information sanitaire malgré le faible taux de promptitude constaté.

Au niveau des BCZ, le système souffre aussi de plusieurs faiblesses notamment :

- L'inexistence du système de révision des données avant leur encodage dans le DHIS2 et transmission au niveau hiérarchique,
- L'absence de feedbacks écrits adressés aux prestataires,
- L'absence du mécanisme de sauvegarde et de mise à jour des données,
- L'absence de rapport de validation des données, et manque de registres dans la gestion des erreurs.
- Manque de suivi des courbes de monitoring des cas et décès dans les formations sanitaires

VIII. CONCLUSION

La mission de MRDQA a été financée par MEASURE MALARIA, nous avons visité deux ZS et nous sommes passés dans trois CS (2 à Ibanda et un à Nyantende), deux hôpitaux généraux et puis au BCZ pour la restitution à l'ECZ et un accompagnement par rapport au contrôle de qualité en utilisant le logiciel DHIS2.

Le grand défi est la faible disponibilité des outils de collecte des données qui entrave la qualité des données, les réunions d'analyses ne se tiennent pas selon les normes à tous les niveaux, la majorité des FOSA n'ont pas les nouveaux outils harmonisés SNIS version 2020 (registres) alors que celles-ci sont disponibles aux BCZ et utilisent en lieu place des outils non normés. Il a été constaté que lors de la revue mensuelle les FOSA ne corrigent pas les données parce qu'il n'y a pas des feedbacks écrits dans toutes les trois zones de santé.

Le nouvel outil MRDQA avait facilité la collecte et l'analyse des données, pour lesquels les résultats obtenus ont conduit à la production d'un plan de renforcement des capacités dont la mise en œuvre contribuerait à l'amélioration de la qualité des données de routine à tous les niveaux.

L'implication de toutes les parties prenantes est donc indispensable pour accompagner la mise en œuvre des plans de redressement dans les Zones de santé ayant fait l'objet de cette mission, c'est pourquoi nous suggérons un respect du calendrier tous les 3 à 6 mois revisiter les mêmes structures enfin d'évaluer les recommandations laissées et leur niveau de performance après notre passage

ANNEXES

1. PLANS DE REDRESSEMENT

ZS IBANDA

HGR PANZI

N°	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable	Délai
1	Les incohérences et les écarts entre les données de différentes sources	Faire la triangulation (contre-vérification) pour déterminer l'exactitude des données	DN	Continu
2	La faible disponibilité voire la rupture de certains outils (Registre de labo, d'hospitalisation, d'accueil, ...)	Passer la commande des registres au niveau du BCZ	DN	Immédiat
3	Le sous rapportage des cas de décès au niveau de l'Hôpital	Rendre disponible un registre des décès et mettre en place un système de contre vérification et de discussion avec le staff médical des cas des décès	MD	Continu
4	Pas de suivi de performance des indicateurs de LAP et analyse des données faite	Tenir régulièrement les réunions d'analyse des données avec CR	DN	Mensuel
5	Absence du tableau de bord avec indicateurs paludisme	Tracer le tableau de bord pour le suivi des indicateurs de lutte contre le paludisme	DN	Mensuel
6	Présence des Artésunate suppositoires au niveau de la pharmacie de l'HGR	Remettre les 20 suppositoires qui reste au niveau du BCZS	DN	Immédiat

CS VAVASSORI

Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
Les incohérences et les écarts entre les données de différentes sources (document source et rapport SNIS)	Faire la triangulation (contre-vérification) pour déterminer l'exactitude des données	IT	Continu
Faible disponibilité de outils de gestion des données et d'intrants	Réquisionner les registres et autres outils au niveau du BCZ	IT	Immédiat

(rupture pour certains registres depuis un temps)			
Mauvaise tenue des outils de gestion des données et des médicaments (mauvais remplissage de registre curatif, case vide, fiches de stocks non à jour, pas d'inventaire)	Remplir correctement les outils de gestion selon les normes (voir manuel des procédures) et faire régulièrement une contre vérification des données avant leur transmission	IT	Continu
Non réalisation des réunions d'analyse et validation des données	Tenir régulièrement les réunions d'analyse et de validation des données au CS avant leur transmission au BCZ	IT	Mensuel

CS IBANDA CHARLES MBOGHA

N°	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Faible disponibilité ou Absence d'outils de gestion	Disponibiliser tous les outils pour leur exploitation et les fiches de gestion pour une bonne gestion d'intrants	IT	Continu
2	Le monitoring mensuel des données et les courbes de suivi des indicateurs paludisme ne sont pas affichés	Tracer et afficher les courbes de monitoring des cas de paludisme simple et faire un suivi des indicateurs clés de LP	IT	Mensuel
3	Absence des réunions d'analyse intégrant les indicateurs de lutte contre le paludisme et Incohérence des données entre les documents sources et les documents de transmission	Encourager et renforcer les analyses des données Palu en insistant sur les indicateurs clés et leurs cibles Faire une contre vérification des données et les triangulations des données entre différents documents	IT	Mensuel
4	Trop de vides dans les rapports SNIS	Remplir toutes les cases vides dans les SNIS	IT	Mensuel
5	Mauvais remplissage dans le registre CPN	Remplir correctement toutes les rubriques dans le registre CPN	L'Infirmier Chargé de l'activité	Continu
6	Le calcul de cumul et le report non fait	Faire le calcul de cumul et le report à la fin de chaque page du registre	IT	Continu

7	Non maîtrise de la définition des cas	Solliciter au BCZS une séance de briefing sur la lutte contre le paludisme	IT	Mensuel
8	TDR systématique	Réaliser le TDR que chez le patient présentant de la fièvre	Tout le corps soignant	Continu
9	TDR et GE partout négatif	Respecter le timing pour la réalisation de TDR pour une bonne lecture du résultat	Tout le corps soignant	Continu
10	TDR négatif traité comme paludisme simple	Respecter la politique nationale de lutte contre le paludisme et prescrire le traitement de première intention pour le paludisme simple	IT	Continu

ZS NYANTENDE

HGR NYANTENDE

N°	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Canevas SNIS et autres outils non disponible	Disponibiliser tous les outils pour leur exploitation pendant les visites de supervision	DN	Mensuel
2	Non enregistrement des cas de TDR sortis négatifs	Enregistrer tous les TDR réalisées, les positifs et les négatifs	DN	Continu
3	Faible organisation d'analyse des données Paludisme	Tenir régulièrement l'analyse des données de LP en insistant sur les indicateurs clés	DN	Mensuel
4	Mauvaise tenue des registres (beaucoup de cases vides)	Bien tenir les registres et compléter correctement toutes les rubriques	Technicien Labo/DN	Continu

CS MUMOSHO

N°	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Non tenue de la réunion d'analyse des données	Organiser régulièrement les réunions d'analyse des données	IT	Mensuel
2	Faible taux de complétude et promptitude interne des données	Remplir correctement les outils de collecte de données selon le manuel des procédures de remplissage des outils	IT	Mensuel
3	TDR négatif traité comme paludisme simple	Solliciter une séance de briefing sur la PEC du paludisme	IT	Mensuel
4	Cas non testé confirmé positif et traité	Respecter la politique nationale de lutte contre le paludisme et tester tous les cas de fièvre	Tout personnel soignant	Continu
5	Non-respect de la politique sur la prise en charge du paludisme par certains prestataires	Organiser une restitution des acquis de la formation aux autres membres de l'équipe	IT	Mensuel
6	Erreurs et incohérences des données dans presque tous les outils de collecte des données	Organiser une contre vérification des données avant de les transmettre au niveau hiérarchique	IT	Mensuel
7	6 cas de patients avec carnet mais non enregistrés dans le registre de consultation	Enregistrer tous les nouveaux cas pour une bonne traçabilité	Personnel soignant	Continu
8	Absence d'un tableau de bord avec indicateurs paludisme	Tracer et afficher les courbes de monitoring des cas de paludisme simple et faire un suivi des indicateurs clés de LP	IT	Mensuel

2. GALERIE PHOTOS

The image shows a detailed prenatal consultation register. The header includes 'REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO' and 'MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE'. The specific center is 'C.S VAVASSORI DU 25/9/2021'. The register is organized into columns for patient details (name, address, age, sex), visit dates (V1, V2, V3, V4, V5), and various clinical indicators (RISQUE, FER, SP, VAT, MIBED, etc.). The entries are handwritten and include names like 'CHARLOTTE', 'SIFA', 'BOLONZA', 'BENATI', 'SABOLE', 'PASCALINE', 'CIRAGANT', 'ASIFUA', 'MUTILLA', 'ZNYTA', 'MARIÈSE', 'FAMUSU', 'MADO', 'ESPERANCE', 'GORA', 'MUTANDAM', 'MARIATU', and 'KUTUSA'. The register is dated '25/9/2021' and has a version number 'Version 06/5 2017' at the bottom.

Mauvais remplissage du registre de consultation prénatale au CS Vavassori (ZS Ibanda)



Outil harmonisé approvisionné avec l'appui de PMI Measure Malaria



Photo de famille avec l'équipe HGR Panzi

Fait à BUKAVU le 20 /12/2021

1. Claudine ZAWADI
2. Dr Tony WAWINA