



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

LOMAMI

AUDIT DE LA QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE
MALARIA (MRDQA) DANS 5 FORMATIONS SANITAIRES
(Ntunta, Vunayi, Muamba, Nkumba et Kemayi) DE LA ZONE
DE SANTE DE KABINDA

RAPPORT SYNTHÈSE MRDQA

Par

Roddy PANGA, Conseiller Provincial Measure Malaria Lomami
Patrick MUDIMBIYI, Analyste Assistant chargé de la SURVEPI DPS Lomami



Décembre 2021

RESUME

La mission MRDQA dans ces cinq sites de prestation, nous a permis de contribuer significativement à l'amélioration de la qualité des données à travers les facteurs qui enfreignent la qualité de données au niveau des centres de santé. Les recommandations ont été partagées avec les prestataires de soins de santé pour une matérialisation surtout que le deuxième passage sera considéré comme une phase d'évaluation du changement. Cette évaluation a été faite dans 5 points de prestation de la zone de santé de Kabinda, à l'aide de l'outil MRDQA nous avons cerné les aspects ci-après, dans le cadre de la gestion de l'information sanitaire :

- Toutes les FOSA auditées utilisent de canevas SNIS normé grâce à l'appui des projets MEASURE MALARIA, PRODS et PROSANI USAID qui reproduisent les canevas SNIS pour ces centres de santé ;
- Toutes les FOSA visitées ne déposent pas les deux canevas SNIS au BCZS pour réception, une recommandation a été formulée en ce sens pour correction ;
- le centre de santé Ntunta a un facteur de vérification nul parce que les SNIS archivés au T3 2021 n'étaient pas disponible, le registre de consultation curative n'avait pas données au T3 2021 et dans le DHIS2, les données n'étaient pas disponibles, dans les discussions, nous avons recommandé à l'UF Ntunta de mettre à jour toute la documentation pour le T3 2021 avant fin décembre 2021
- Cumul de données de la structure avec celles de poste de santé (centre de santé Kemayi)
- La plupart des FOSA évaluées ont de données inexactes pour le 5 indicateurs monitorés après vérification croisée (cross check) entre les données disponibles dans le document sources et celles logées dans le DHIS2 et entre le document sources et celles transcrites dans le rapport mensuel. Les actions ont été envisagées pour corriger ;
- La quasi-totalité des FOSA évaluées n'actualisent pas régulièrement les fiches de stock médicaments ; une CMM peut être utilisé pour une période de plus d'une année, alors que la consommation varie ;
- Les FOSA visitées maîtrisent chacune les cibles annuelles attendus pour différents indicateurs ; mais les analyses ne vont pas à fond, lors de monitoring à la base, pour voir le niveau d'utilisation des services offerts à la population par lesdites FOSA ;
- La gestion de médicament au niveau des formations sanitaires pose un sérieux problème, les résultats de l'audit renseignent qu'il y a plus des antipaludéens consommés moins de cas notifiés traités conformément à la politique nationale dans la plupart des FOSA. Après vérification, les gestionnaires de médicaments considèrent les quantités des antipaludiques livrées vers les tables de soins ou

vers les différents services des hôpitaux ou vers les postes de santé ou vers les sites de soins communautaires

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

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La grève des paramédicaux dans la plupart des FOSA au T3 2021 a perturbé le système d'information sanitaire au niveau de la DPS où nous avons noté une faible complétude et promptitude des données et certains indicateurs de surveillance, suivi-évaluation du paludisme ont connu une souffrance. C'est ainsi dans le cadre de l'amélioration du système de suivi-évaluation au niveau de la province de Lomami, l'USAID/PMI à travers le projet MEASURE MALARIA appui certains aspects de surveillance, suivi et évaluation du paludisme dans les 16 zones de santé, en vue d'accroître la production des données de qualité, leurs utilisations à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une prise de décision.

Les résultats issus de l'analyse de données SNIS/PNLP T3 2021 ont montré que la zone de santé de Kabinda avait un sérieux problème sur :

- ✓ La complétude des rapports où la plupart des data set étaient en souffrance ;
- ✓ Problème de cohérence entre les données de morbidité comparées avec les données GAS au niveau de l'InfoMED ;
- ✓ Faible performance des indicateurs de suivi-évaluation du paludisme dans la plupart des formations sanitaires de la zone de santé de Kabinda ;
- ✓ Présence des règles violées dans la plupart des formations sanitaires de la zone de santé de Kabinda au T3 2021 ;

Un plan de redressement été élaboré après la réunion et ces feedbacks sont partagés avec les ECZS pour améliorer. Il est question à ce jour d'organiser un premier passage en termes d'une mission conjointe MEASURE Malaria et BICR en utilisant l'outil Malaria RDQA afin de s'assurer de l'amélioration de la qualité des données dans la zone de santé de Kabinda (Nvunayi, Ntunta, Mwamba, Nkumba, Kemayi et HGR Kabinda).

II. BUT ET OBJECTIFS DE LA MISSION

2.1. Objectif général

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

2.2. Objectifs spécifiques

- 1) Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude et disponibilité des données de chaque FOSA ;
- 2) Vérifier les dimensions de la qualité de données (la complétude, la précision, l'exactitude, la promptitude, l'intégrité, l'exhaustivité, et la validité) ;

- 3) Evaluer les facteurs de vérifications entre les données transcrites dans les documents sources avec les rapports mensuels d'activités et les données logées dans le DHIS2 pour 5 indicateurs suivis pendant la mission mRDQA ;
- 4) Faire des vérifications croisées entre les éléments de données enregistrées dans le registre pour la consultation curative comparés avec celles transcrites dans le registre de laboratoire ;
- 5) Analyser la situation liée à la gestion des antipaludiques dans les structures visitées pour le compte de T3 2021 ;
- 6) Analyser la tendance des décès palustres au T2 2021 dans les structures visitées tout en faisant une comparaison entre le mois d'octobre 2020 et le mois d'octobre 2021 ;
- 7) Evaluer les capacités des structures dans la collecte et la production des données de qualité ;
- 8) Formuler des recommandations et actions correctrices pour améliorer la qualité des données à travers un plan de redressement par formation sanitaire visitée.

III. CONTENU METHODOLOGIQUE

3.1. Sites de points de prestation et échantillonnage

La présente mission de contrôle et qualité des données malaria a été réalisée dans la zone de santé de Kabinda, province de Lomami. Le choix de la zone de santé de Kabinda est caractérisé par le fait que les complétudes des différentes Dataset étaient en souffrance après la mise en place de service minimum à la suite des grèves des paramédicaux au niveau de la province décrétée depuis le mois de juin 2021. Cependant dans la feuille de route du projet MEASURE Malaria, il est demandé qu'une mission d'audit de la qualité de données Malaria soit menée dans les différents sites de prestation afin d'apporter un accompagnement technique dans le processus d'amélioration de la qualité de données pour une prise de décision. Cette mission est considérée comme une baseline par rapport aux audits de la qualité de données malaria dans cette zone de santé, une deuxième visite sera programmée dans ces mêmes structures afin de mesurer le changement. S'agissant du choix des formations sanitaires, l'accessibilité a été un facteur motivateur.

C'est ainsi, nous avons constitué 5 points de prestations pour la zone de santé de Kabinda. Le Tableau1 ci-dessous reprend les différents points de prestation évalués pour la qualité des données de routine Malaria à travers l'outil mRDQA.

Tableau 1: Répartition des sites de prestation :

No.	Health facility name	Localisation				Supervision
		Ville/village	Zones de Santé	Région	Type de FOSA	Date de Supervision
1	Centre de Santé Muamba	Muamba	Kabinda	Lomami	Étatique	04/12/2021
2	Centre de Santé Vunayi	Vunayi	Kabinda	Lomami	Étatique	05/12/2021
3	Centre de Santé Kemayi	Luputa	Kabinda	Lomami	Étatique	06/12/2021
4	Centre de Santé Nkumba	Nkumba	Kabinda	Lomami	Étatique	07/12/2021
5	Centre de Santé Ntunta	Ntunta	Kabinda	Lomami	Étatique	08/12/2021

Ce tableau montre que 100% des structures visités appartiennent à l'état congolais, toutes les structures sont fonctionnelles en service minimum.

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 4 groupes indicateurs qui sont :

- ✓ **Pour les indicateurs liés à la prise en charge du paludisme**, voici les indicateurs sélectionnés :
 - Nombre de cas suspects testés par TDR,
 - Nombre de cas de paludisme grave confirmé,
 - 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 sélectionné :
 - Nombre des femmes enceintes ayant reçu la SP3 à la CPN
- ✓ **Pour les indicateurs liés à la gestion de commodités**, voici l'indicateur sélectionné :
 - Nombre des TDRs consommés
- ✓ **Pour les indicateurs permettant d'évaluer la cohérence de données dans le temps**, voici l'indicateur sélectionné :
 - Nombre de décès dûs au paludisme

Ces indicateurs ont été évalués pour la période allant de juillet à septembre 2021, soit le T3 2021. Pour chaque indicateur, la marge d'erreur acceptable était de 10% dans l'outil de collecte, sauf l'indicateur : nombre de décès dus au paludisme où la marge d'erreur acceptable est fixée à 20%. 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 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 à l'attention de l'ECZS et des tous les IT de la zone de santé de Kabinda au cours de la réunion de monitoring à la base tenue en date du 10 décembre 2021 au niveau du bureau central de la zone de santé, une vue globale sur la contre-performance et sur la performance a été présentée pour appropriation, afin 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. Avant la descente sur terrain, une séance de mise à jour sur l'utilisation de l'outil a été faite par le conseiller Provincial de Measure Malaria en province.

b. Analyse des données

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

c. Variable 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, fiche des clientes PF.
- **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 l'intervalle de 90% inclus et 110% inclus.
- **Exhaustivité des rapports** : Calculez le nombre de cellules qui devraient être complètes sur le rapport mensuel (excluez les cellules pour les services non

offerts par l'établissement). Comptez le nombre de cellules qui sont complètes (blanc, pas zéro) et calculez le pourcentage d'exhaustivité pour le rapport mensuel.

- **Sur rapportage** : le nombre élevé des cas dans le document de transmission en comparaison des documents source. Il se traduit par une couverture inférieure à 90% 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 supérieure à 110%.
- **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 en suivant la valeur du mois en cours par rapport à trois mois antérieurs de la même année.
- **Cross Check** : il s'agit d'une analyse de concordance entre les données disponibles dans le registre de consultation curative et les données enregistrées dans le registre de laboratoire.

d. Documents utilisés pendant la mission mRDQA

Au niveau des points de prestations, nous avons utilisé les documents ci-après :

- Registre de consultation curative ;
- Rapports mensuels SNIS
- Registre de consultation prénatale dans les structures qui ont intégrées cette activité ;
- Registre de consultation préscolaire dans les structures qui ont intégrées cette activité ;
- RUMER ;
- Registre de Laboratoire ;
- Fiches de stock des TDRs
- Fiches de stocks des antipaludiques (AL et ASAQ) ;
- Comptes rendus des réunions d'analyse de données à la base ;
- Les retro-informations du BCZS après l'analyse du SNIS
- Les fiches de malades

En dehors de ces documents, nous avons utilisé :

- Le DHIS2 pour extraire les données de morbidité et de mortalité ;
- InfoMED pour extraire les données GAS
- L'outil mRDQA pour auditer les données.

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

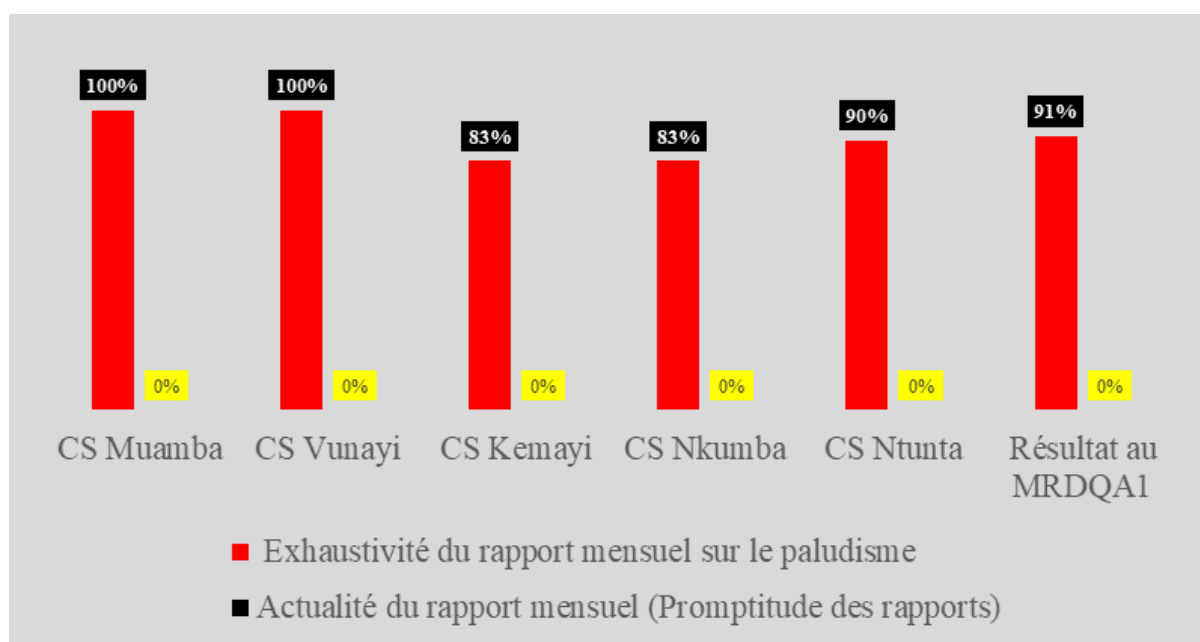


Figure 1: Exhaustivité et actualité du rapport mensuel sur le Paludisme

Ce graphique démontre la tendance de deux variables statiques :

Pour ce qui est de l'Exhaustivité de données dans le rapport SNIS, il dénote que deux structures ont une exhaustivité de données à 100% dans les rapports, pour la période évaluée. Il s'agit des CS Muamba et CS Vunayi. Mais les trois autres formations sanitaires visitées lors de l'audit de qualité de données ont un problème sur la complétude des toutes les cellules du canevas SNIS, il s'agit de CS Kemayi, CS Nkumba et CS Ntunta soit une exhaustivité respective de 83% ; 83% et 90%. Ces trois structures n'ont pas complété certaines cellules du tableau SIGL FOSA au niveau des rapports SNIS, nous leurs avons recommandés de compléter toutes les cellules du SNIS parce que chaque cellule du SNIS est une variable pouvant générer un indicateur. La moyenne par rapport à l'exhaustivité des données est de 91% sur l'ensemble. S'agissant de l'actualité du rapport mensuel (promptitude des rapports), le résultat moyen est de 0% sur l'ensemble des structures auditées. Cette contre-performance est due au fait que ces structures n'envoient pas deux rapports SNIS aux

BCZS pour réception, un seul rapport pour le BCZS est partagé, mais l'archive de la structure restée au centre de santé. Nous avons recommandé à ces structures d'envoyer deux canevas de rapports pour réception à partir du mois d'Octobre 2021.

Tableau 2: Comparaison entre les nombres cellules pour les canevas SNIS normés par rapport aux canevas SNIS utilisés par les FOSA

Structures Visitées	Nbres des cellules dans SNIS Normés	Cellules escomptées pour le canevas SNIS utilisé	Ecart entre les Cellules des SNIS normés et les cellules escomptées du SNIS actuel	Cellules complétées dans le SNIS actuel	Ecart entre les cellules escomptées et les cellules complétées
CS Muamba	174	174	0	174	0
CS Vunayi	174	174	0	174	0
CS Kemayi	174	174	0	144	30
CS Nkumba	174	174	0	144	30
CS Ntunta	174	174	0	156	18

Ce tableau confirme que toutes les structures sanitaires évaluées utilisent les canevas SNIS qui sont adaptés avec le nouveau cadre normatif SNIS, grâce à l'appui des partenaires MEASURE MALARIA et PROSANI, aucun écart constaté entre nombres de cellules dans les SNIS normés par rapport aux nombres de cellules dans les SNIS que les FOSA utilisent présentement. Pour les structures (CS Kemayi, CS Nkumba et CS Ntunta) qui n'ont pas complété toutes cellules dans leurs rapports, nous leurs avons recommandés d'améliorer après notre mission d'audit.

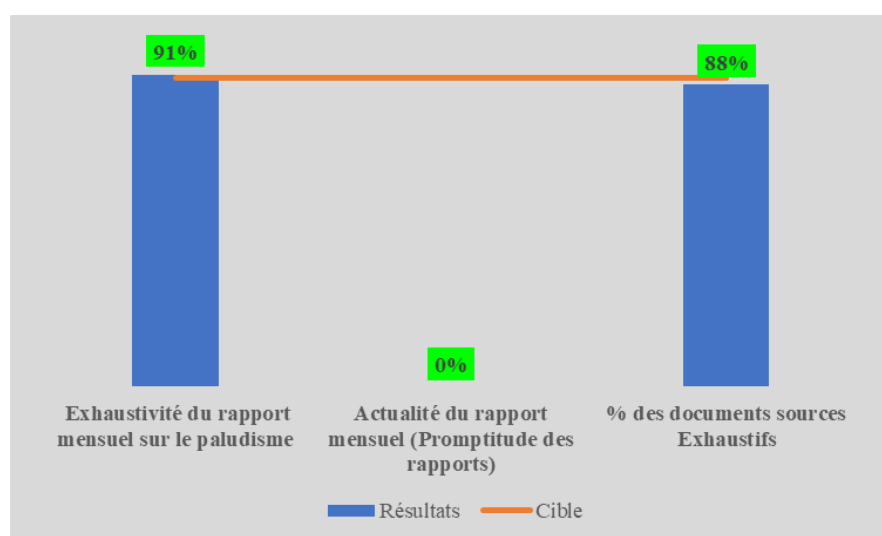


Figure 2: Exhaustivité et promptitude des rapports

Le graphique ci-dessous résume l'exhaustivité et la promptitude des rapports pour la période évaluée (Juillet-Septembre 2021) pour les 5 points de prestations visités, ce dernier affirme que le Target de 90% est atteint seulement pour la variable exhaustivité du rapport mensuel.

Les variables actualité du rapport mensuel et % de documents sources exhaustifs restent en souffrance, les observations partagées avec les prestataires de points de prestations concernées vont permettre à booster cet indicateur dans les jours avenir.

b. Exhaustivité des éléments de données

L'évaluation liée à l'exhaustivité des éléments de données a consisté à la vérification de données manquantes sur base des 6 variables mentionnées dont les données ont été collectées à partir du registre de consultation curative tenue par les unités fonctionnelles des FOSA et à partir des fiches des malades.

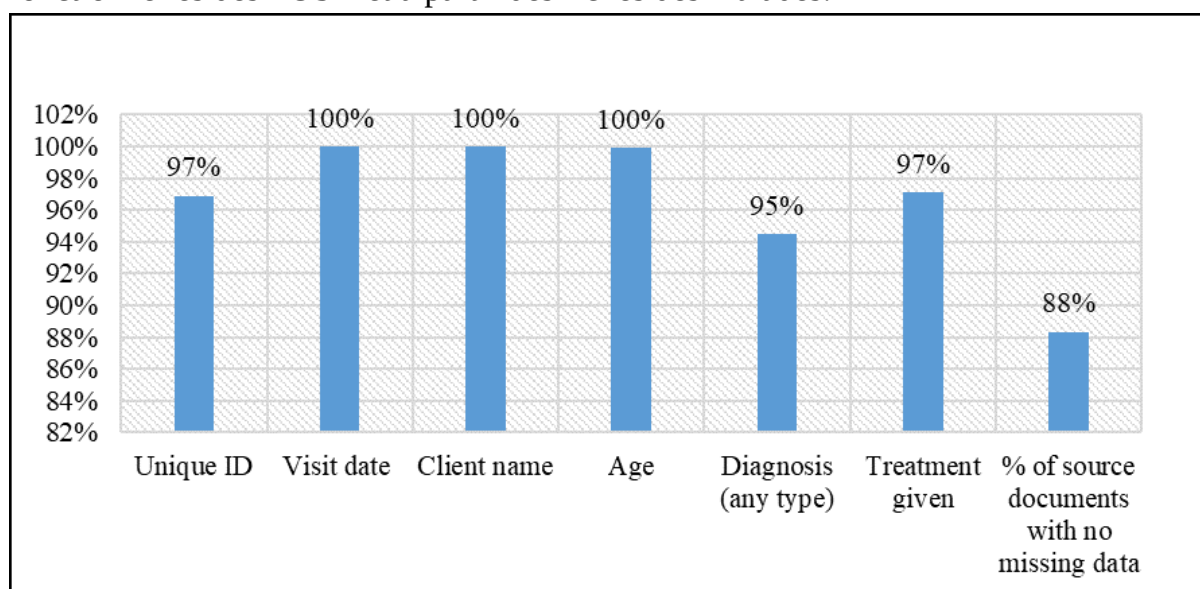


Figure 3: Exhaustivité des éléments de données

Les résultats issus de cette représentation graphique montrent, les variables : Data de visite des malades, Noms de patient et âges des malades n'ont pas connu un problème de rapportage dans les registres de consultation curative et au niveau des fiches de malades, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu des informations manquantes à ces variables par rapport au cas de paludisme. Mais les variables, comme Numéro dossier (97%) ; Diagnostic des patients au paludisme (95%) et Traitement aux antipaludéens (97%) ont connu des problèmes liés aux données manquantes dans le registre de consultation curative ou au niveau des fiches de malades, les détails ci-après dans les structures visitées :

- ✓ **Numéros dossiers** : 145 malades n'avaient pas des numéros dossiers (CS Vunayi : un malade, CS Kemayi : 38 malades, CS Nkumba : 97 malades, CS Ntunta : 9 malades), seul le centre de santé Muamba où la conformité était correcte en rapport avec cette variable. Le réceptionniste du centre de santé Nkumba n'enregistre pas le numéro dossier des malades dans la plupart, certains malades ne sont pas enregistrés dans le registre de consultation curative mais avec des fiches disponibles et d'autres malades sont enregistrés mais sans fiches élaborées. Une recommandation a été formulée à l'attention des tous les prestataires pour que ces derniers commencent à enregistrer systématiquement les malades dans différentes sources au même moment.
- ✓ **Diagnostics (Tous)** : 278 malades sans les résultats d'un examen biologique du paludisme. Toutes les structures visitées sont concernées : CS Vunayi : un

malade, CS Muamba : 20 malades ; CS Kemayi : 68 malades ; CS Ntunta : 99 malades et CS Nkumba : 90 malades. Le problème se situe au niveau de la mise à jour des fiches de malades par les prestataires, nous avons recommandé aux prestataires d'enregistrer toutes les informations médicales sur la fiche de malade qui seront transcrites fidèlement dans le registre ;

- ✓ **Traitements aux antipaludiques** : 156 malades avec paludisme confirmé sans mentionner le type de molécule d'antipaludique que les prestataires ont prescrit pour la prise en charge de cas. 4 structures sont concernées, il s'agit de CS Muamba : 20 malades ; CS Kemayi : 13 malades ; CS Nkumba : 58 malades et CS Ntunta : 65 malades.

Eu-égard à ce qui précède, nous avons demandé à tous les IT de superviser au quotidien tous les outils de gestion de données utilisés au niveau des formations sanitaires pour une bonne conformité des données. Enfin 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 88%, il y a un gap de 10% des données manquantes dans les registres.

c. Exhaustivité du document sources

Tableau 3: Exhaustivité du document sources

	Disponible	A jours	Standard
Registre de consultation externe	100%	0%	100%
Registre de Laboratoire	17%	100%	17%
Registre CPN	100%	33%	100%
Registre CPS	100%	0%	100%
RUMER	100%	0%	100%
Fiches des stocks TDR	100%	0%	100%
Fiche des Stocks ACT	100%	0%	100%
Moyenne	88%	19%	88%

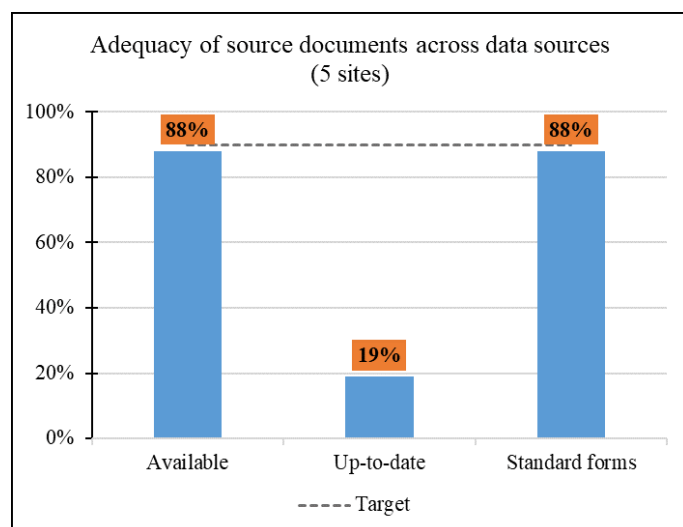


Figure 4: Adéquation des documents sources pour les points de prestations évalués

Les résultats ci-haut ont montré que la convenance entre les trois variables (Disponibilité du document, 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 de document est de 88%, le gap de 11% se situe au niveau des **registres laboratoires** où la moyenne en termes de disponibilité de ce document dans les structures monitorées est 17%, les centres de Muamba, Kemayi, Nkumba et Ntunta étaient à la base de cette contre-performance, parce que ces structures n'avaient pas ce registre au niveau de la structure pendant notre évaluation avec motif que l'activité de

laboratoire n'est pas intégrée dans leurs structures. Dans les discussions, nous leurs avons rappelé que selon le nouveau cadre normatif, un centre de santé doit avoir un registre de laboratoire où tous les examens biologiques doivent être transcrits y compris les TDRs-Malaria.

S'agissant de **la mise à jour de documents sources** au niveau des FOSA visités la moyenne était de 19%. À part le registre de laboratoire du centre de santé Vunayi. La plupart des outils de gestion de données ne sont pas à jour dans les formations sanitaires visitées, les prestataires ont évoqué la grève au T3 2021 comme raison majeure de la contre-performance, dans les discussions nous leurs avons recommandé de mettre à jour tous les outils gestion de données.

Quant à **la disponibilité des outils standards** du nouveau cadre normatif, les résultats de notre évaluation montrent que 88% des structures auditées ont des outils normés en moyenne. L'appui des partenaires MEASURE MALARIA, PROSANI USAID et PRODS a permis d'améliorer la performance de cette variable au niveau de la province. Le fait de ne pas avoir le registre de Laboratoire dans les centres de santé (Kemayi, Nkumba, Ntunta et Muamba) a tiré cet indicateur vers le bas.

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 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.
- Le cross check entre les données disponibles dans le registre de consultation curative et les données enregistrées dans le registre de laboratoire.

La marge d'erreur acceptable a été de 10% soit un intervalle compris entre $\geq 90\%$, $\leq 110\%$, sauf l'indicateur : nombre de décès dus au paludisme où la marge d'erreur acceptable est fixée à 20%.

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

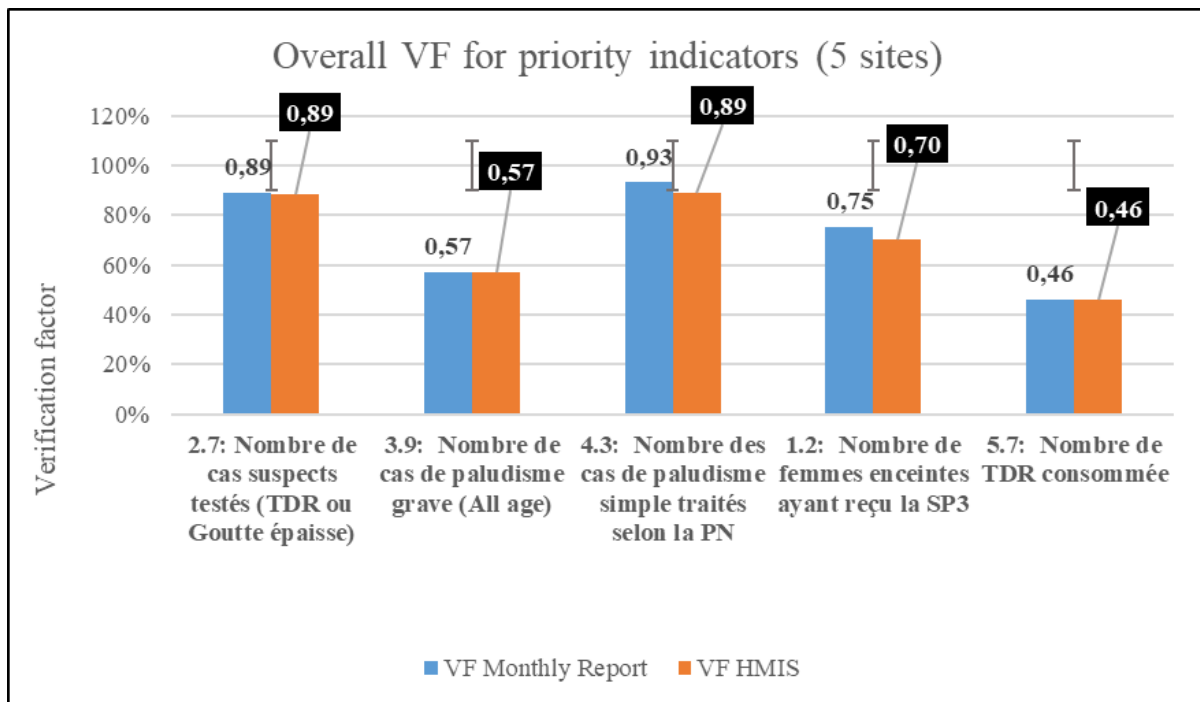


Figure 5: Facteur de vérification de l'exactitude de données par indicateur pour le 5 points de prestations évalués

Ce graphique a révélé que 1 sur 5 indicateurs (Nombres des cas de paludisme simple traités selon la PN) a un facteur de vérification de l'exactitude inférieur à 90% pour la variable de vérification croisée entre le registre de consultation curative avec les rapports mensuels de T3 2021. Ceci démontre que les données disponibles pour ces structures au T3 2021 sont des mauvaises qualités parce que le facteur de vérification entre les données disponibles dans les registres sont différentes avec les données rapportées dans le SNIS et celles saisies dans le DHIS2. Après analyse avec les acteurs, nous avons déduit les problèmes ci-après : la non mise à jour des registres (curatif et RUMER au T3 2021, problèmes de sous rapportage de cas, cumul de données avec les autres structures non paramétrées dans le DHIS2 cas du CS Kemayi et rupture en antipaludiques dans certaines FOSA au cours de T3 2021, Certains prestataires avaient des problèmes de comptage de la donnée au niveau du registre. Dans les discussions, nous avons recommandé aux structures de mettre à jour tous les registres et outils de collecte des données, les responsables des centres de santé doivent superviser la tenue des outils hebdomadairement pour s'assurer que la collecte de données bonne dans différents registres par les prestataires des centres de santé. Pour le centre de santé Kemayi qui fait le cumul mensuel avec les données d'un poste de santé non paramétré dans le DHIS2, nous avons recommandé à l'IT de cumuler les données du poste de santé non paramétré avec les données d'un autre poste de santé paramétré en attendant que la structure à problème soit paramétrée après la mise à jour la pyramide sanitaire au mois de janvier 2021. S'agissant des erreurs arithmétiques commissent pas les prestations lors de la compilation de données, nous avons recommandé aux IT d'accompagner chaque prestataire sur le calcul de sommation de données au niveau de chaque page du registre avec le report de la page précédente.

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

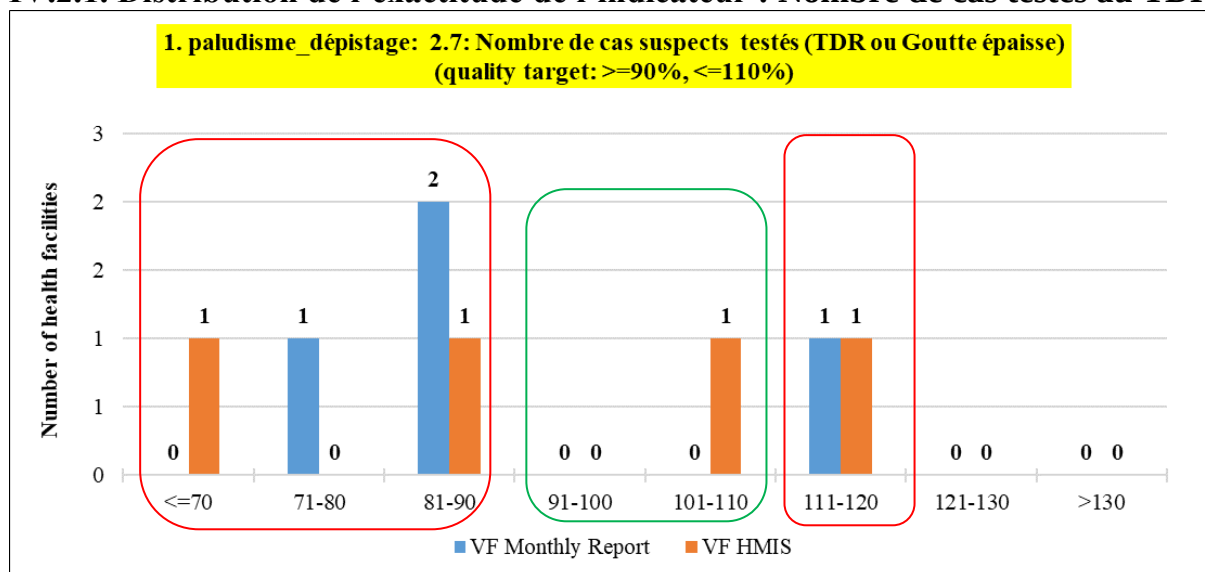


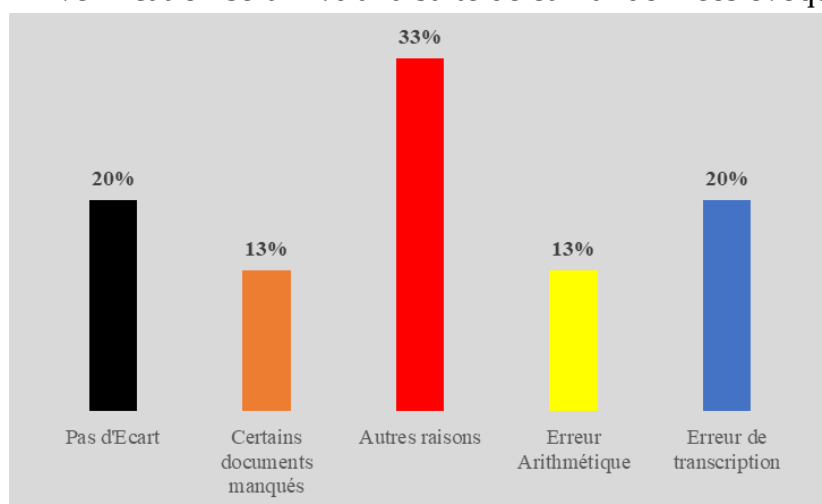
Figure 6: Facteur de vérification pour le nombre de cas suspects testés. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

Ce graphique montre la distribution de l'exactitude au niveau des 4 sur 5 points de prestation vus par rapport à cet indicateur, le centre de santé Ntunta a un facteur de vérification nul parce que les SNIS archivés au T3 2021 n'étaient pas disponibles, le registre de consultation curative n'avait pas données au T3 2021 et dans le DHIS2, les données n'étaient pas disponibles, dans les discussions, nous avons recommandé à l'UF Ntunta de mettre à jour toute la documentation pour le T3 2021 avant fin décembre 2021. D'où la distribution de l'exactitude de données s'est focalisée dans quatre structures, dont voici le détail :

- En ce qui concerne le facteur de vérification entre le document source (registre de consultation curative et les rapports SNIS en dure (CF Monthly Repot), il denoté que le centre de santé Nkumba se situe dans l'intervalle de l'objectif (91-110%) soit 108%. Le centre de santé Vunayi a un taux d'exactitude au-delà du target soit 111% ; dans les discussions, les erreurs de transcription sont l'une des raisons favorisant cette contre-performance, nous avons recommandé à l'IT de passer en revue la tenue des outils des gestions au niveau de la structure. Les centres de santé de Muamba et Nkumba ont un facteur de vérification respectivement de 88% et 83%, après l'analyse croisée entre deux documents sources, cette contre-performance est due aux manques de certains documents pendant notre évaluation pour le CS Muamba et au mauvais comptage de données dans le registre par les prestataires pour le centre de santé de Nkumba, nous avons demandé à l'IT de Mumba d'archiver correctement les outils de gestion au niveau de la structure et à l'IT de Nkumba d'accomganer ses prestataires dans la comptage de données du registre pendant la transcription dans le canevas SNIS chaque mois. Et enfin, le centre de santé de Kemayi a un facteur d'exactitude de 73% à la suite de cumul de données avec un poste de santé non paramétré dans le DHIS2, nous avons

recommandé à l'IT de cumuler les données de ce poste de santé avec les données d'un poste de santé paramétré pour vue que les données de l'aire de santé soient consolidées dans le système en attendant la mise à jour de la pyramide sanitaire en 2022.

- Quant au facteur de vérification entre les données collectées dans le registre de consultation curative avec celles saisies dans le DHIS2 (VF HIMS), les résultats de notre évaluation montrent le centre de santé Nkumba se situe de l'intervalle du target soit un facteur de vérification de 108%. Le centre de santé de Vunayi a un facteur de vérification de 111%, la contre-performance est due aux erreurs de transcription pendant le remplissage du SNIS. Le centre de santé de Muamba a un facteur de vérification de 89% à la suite de manque de certains documents pendant la mission mRDQA ; enfin le centre de santé Kemayi a un très faible facteur de vérification soit 47% à la suite de cumul données évoqué ci-haut.



Sur base de contre-performance constatées pendant la mission, 20% des FOSA n'ont pas connu d'écart par rapport à cet indicateur, 20% ont évoqué les erreurs de transcription entre différents documents qui seront corrigées au deuxième passages, 33% de FOSA ont donné d'autres raisons qui ont contribué à cette contre-performance, 13% ont élucidé les erreurs arithmétiques et 13% des FOSA n'avaient pas certaines documentations pour évaluer l'indicateur.

Figure 7: Distribution des raisons pour les cas suspects testés au TDRs

IV.2.2. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de cas de paludisme grave

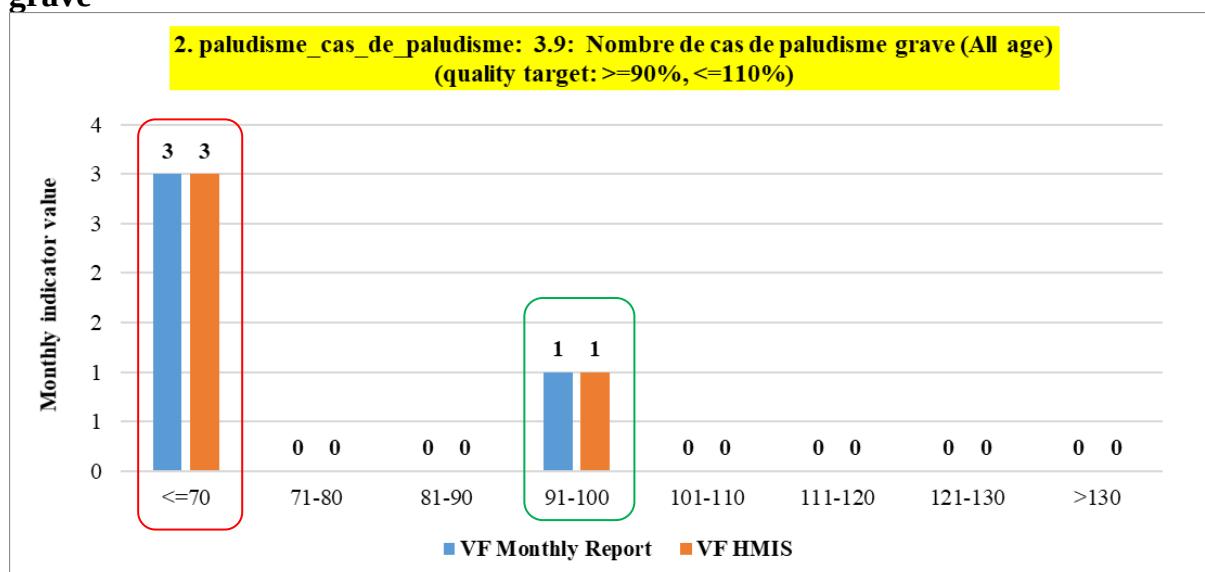


Figure 8: Facteur de vérification pour le nombre de cas de paludisme grave. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

Le résultat de l'audit de la qualité de données avec un focus sur le paludisme montre à suffisance que la qualité de données souffre dans la plupart des points de prestation visités par rapport aux deux variables de vérification de l'exactitude. Signalons que le centre de santé Ntunta a un facteur de vérification nulle pour ces deux variables pour des raisons évoquées au niveau de la figure 7. Et donc le facteur de vérification pour cet indicateur est suivi dans 4 structures sur 5 structures visitées :

- En ce qui concerne le facteur de vérification entre le document source (registre de consultation curative et les rapports SNIS en dure (CF Monthly Repot), l'analyse montre que seul le centre de santé vunayi a exactitude de 100%, nous avons encouragé l'UT de continuer dans cet élan. 3 formations sanitaires ont un facteur de vérification inférieur à 70%, il s'agit de Muamba (11%), Kemayi (50%) et Nkumba (67%), cette contre-performance est due aux manquants de certains documents pendant notre évaluation (CS Muamba), aux erreurs de transcriptions du registre vers le canevas SNIS par les prestataires (CS Nkumba) et aux erreurs arithmétiques dans le registre où nous avons constaté un problème de mauvais comptage de totaux dans les registres. Les recommandations ont été partagées avec les UF pour améliorer la qualité de données dans différents sources de données.
- Pour le facteur de vérification entre les données collectées dans le registre de consultation curative avec celles saisies dans le DHIS2 (VF HIMS), la situation est identique du facteur de vérification précédent. La matérialisation des recommandations issues de cette mission permettra aux FOSA d'être plus performantes lors du deuxième passage MRDQA.

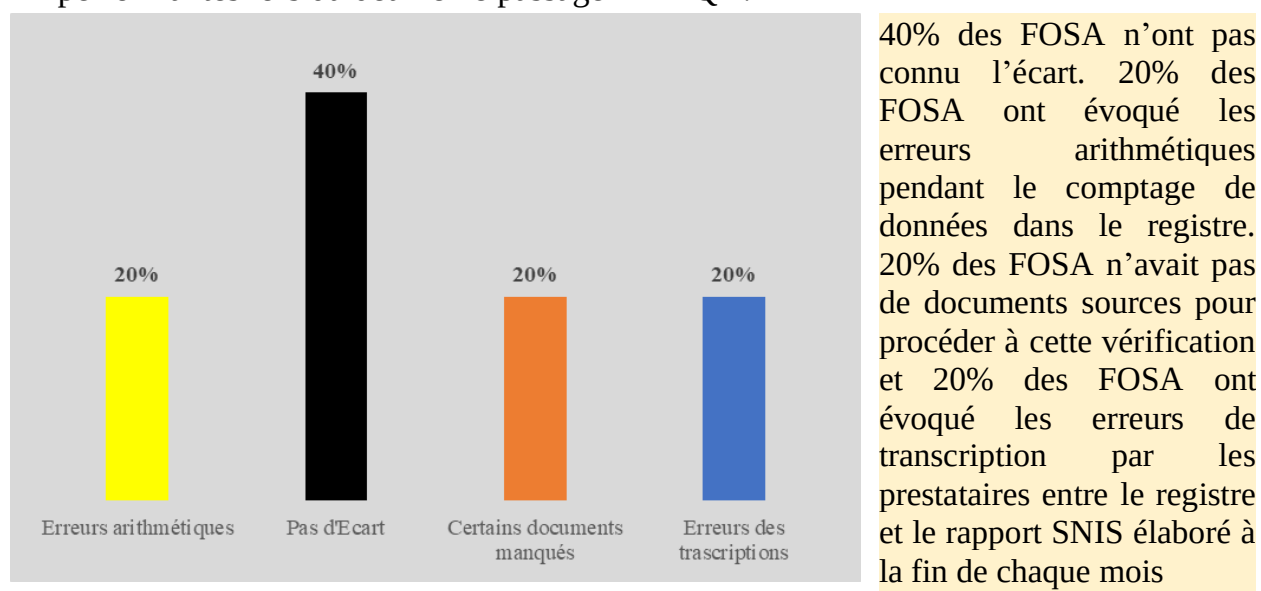


Figure 9: Distribution des raisons pour le nombre cas de paludisme grave

IV.2.3. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre des cas de paludisme simple traités selon la PN

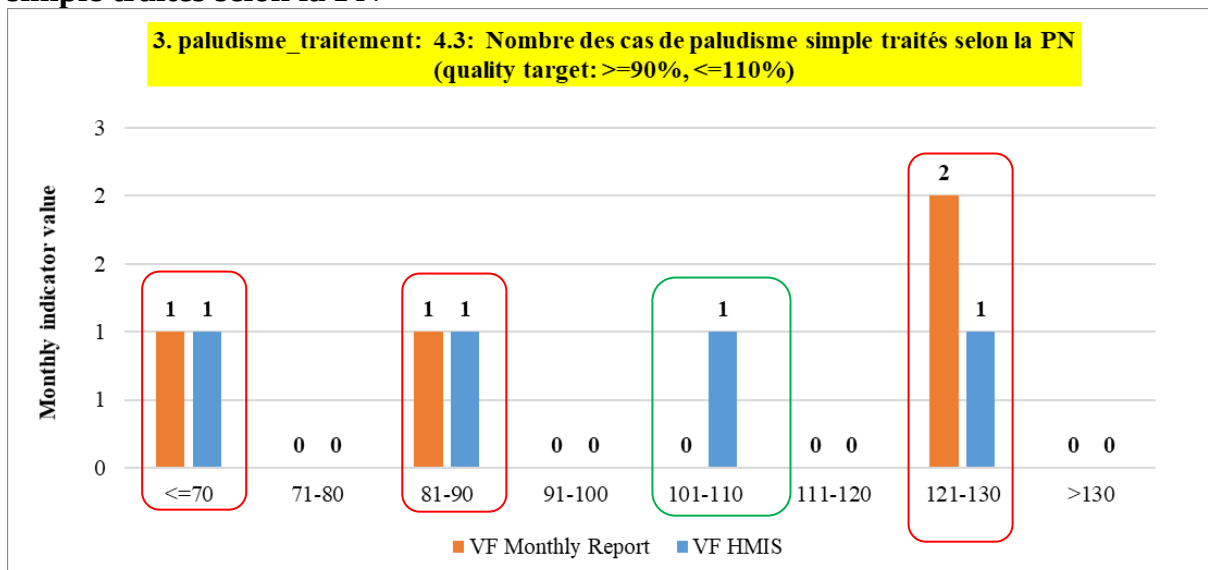


Figure 10: Facteur de vérification pour le nombre de cas de paludisme simple confirmé traité selon la PN. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

Le facteur de vérification pour les deux variables (VF RMA en dure et VF DHIS2) en rapport avec cet indicateur a évolué en dent de scie dans 4 structures sur 5 structures visitées, le centre de santé Ntunta n'est pas concerné pour cette vérification parce que la documentation n'était pas à jour au T3 2021. Aucune structure se situe dans l'intervalle performance 90%-100% pour les deux variables de vérification croisée :

- S'agissant du facteur de vérification entre le document source (registre de consultation curative et les rapports SNIS en dure (CF Monthly Repot), les résultats du MRDQA montrent que les centres de santé Vunayi et Nkumba ont un facteur de vérification au-delà du target soit respectivement 124% et 129%, cette contre-performance est justifiée par des erreurs arithmétiques pendant la sommation de données au niveau des registres de consultations curatives par les prestataires et aux manques de certains documents pendant l'évaluation. Le centre de santé Muamba a un facteur de vérification de 81%, cette faible performance est causée par certaines raisons évoquées pendant les discussions : négligence des prestataires dans la tenue de document, mauvais comptage de données dans le registre, etc.. ; Enfin, le centre de santé Kemayi a un facteur très faible soit 39%, cela est dû au cumul de données d'un poste de santé non paramétré dans le DHIS2, les pistes de solutions ont été évoquées pendant les discussions séances tenantes.
- Quant au facteur de vérification entre les données collectées dans le registre de consultation curative avec celles saisies dans le DHIS2 (VF HIMS), les résultats ont évolué en dispersion dans quatre formations sanitaires visitées. Seul le centre de santé Vunayi qui se trouve dans l'intervalle de performance (90%-110%) soit un taux d'exactitude de 107% pour cet indicateur. Le centre de santé de Nkumba a un

facteur au-delà de la target et les centres de santé Muamba et Kemayi ont un facteur de vérification inférieur de l'objectif, respectivement 81% et 39%. Ces contre-performances sont dues aux cumuls de données avec les structures non paramétrées, aux erreurs arithmétiques commises par les prestataires dans la gestion des outils au niveau des formations sanitaires, etc... ; les recommandations pertinentes ont été partagées séances tenantes pour que la performance dans la gestion de données soit accrue à notre deuxième passage.

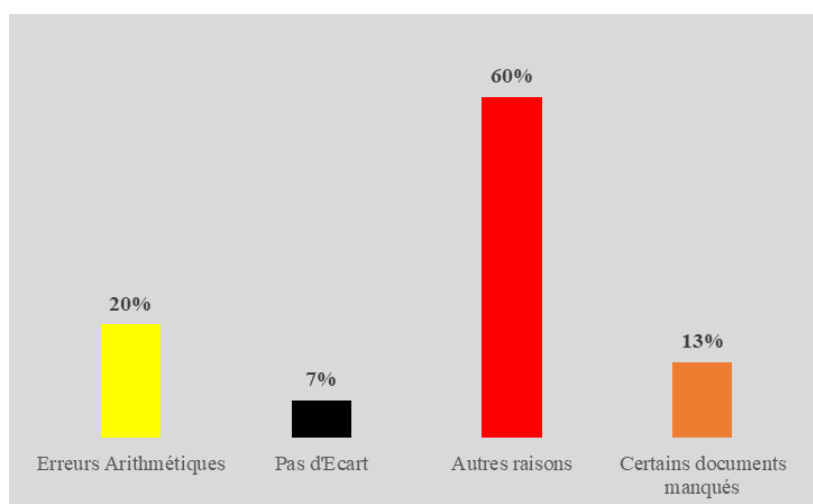


Figure 11: Distribution des raisons pour les le nombre de cas de paludisme Simple confirmé traité selon la PN

60% des FOSA ont partagé d'autres raisons élucidées ci-haut dans la figure 10 comme le cumul des données, négligence des prestataires dans la tenue des outils de gestion de données. 20% des FOSA ont attribué l'erreur liée à la transcription des données des registres vers le canevas SNIS pendant la consolidation. 13% des FOSA ont évoqué le manque de certains documents pendant l'évaluation et 7% des FOSA n'ont pas connu d'écart en rapport avec cet indicateur.

IV.2.4. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3

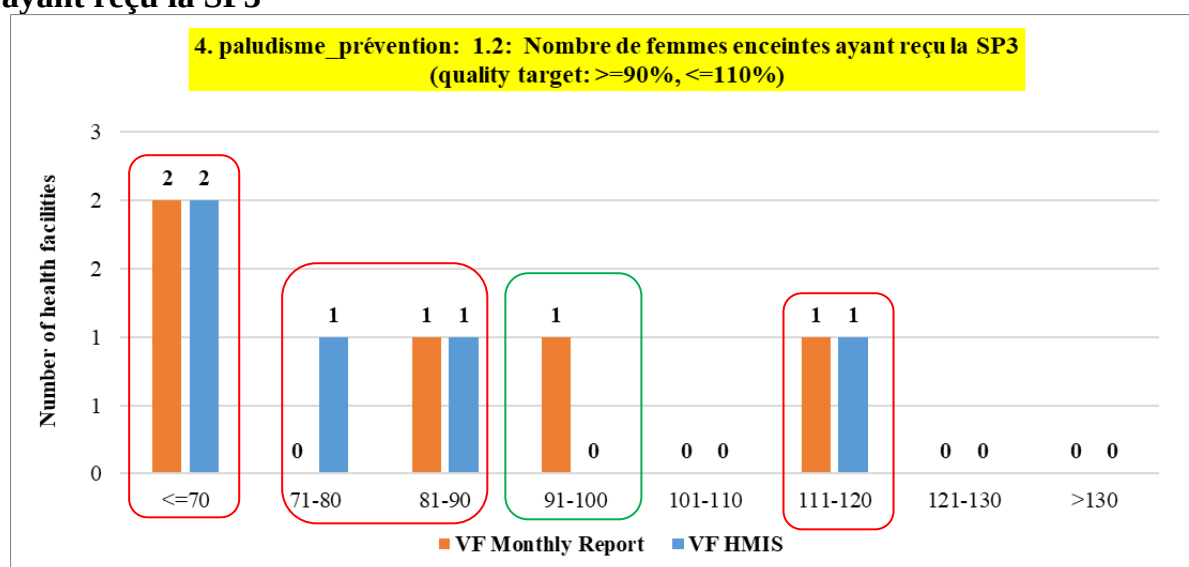
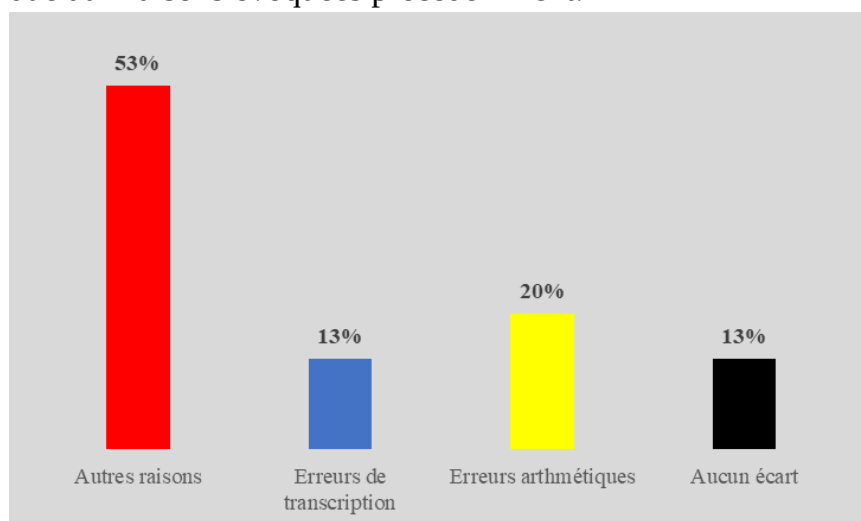


Figure 12: Facteur de vérification pour le nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

Seul le centre de santé Vunayi qui se situe dans l'intervalle de 91-110% pour le facteur de vérification avec les rapports SNIS au T3 2021, soit 100%. Mais pour le facteur de vérification avec les données saisies dans le DHIS2 au T3 2021, cette structure a 75% d'exactitude, déjà le constat de terrain montre qu'il y a différence de données entre le

rapport SNIS et le DHIS2 et après vérification avec le canevas SNIS archivé au BCZS, il y a eu erreur pendant la saisie de données au niveau de la zone de santé. Le centre de santé de Muamba a un facteur de vérification respectif de 83% pour les deux variables (Données dans le registre avec les données rapportées et les données dans le registre avec les données encodées dans le DHIS2), cette contre-performance est justifiée par la mauvaise tenue du registre CPN et les erreurs des transcriptions entre les données du registre vers le rapport SNIS à la fin de chaque mois ; des recommandations ont été formulées à l'unanimité avec les prestataires. Le centre de santé de Nkumba a un facteur de vérification respectif de 116% pour les deux variables (Données dans le registre avec les données rapportées et les données dans le registre avec les données encodées dans le DHIS2). Cette contre-performance est due aux erreurs arithmétiques commises par la gestionnaire de la CPN, nous avons démontré comment utiliser le nouveau registre normé doté pour ce centre de santé. Et enfin, les centre de santé Kemayi et Ntunta ont un facteur de vérification respectivement de 46% et 31% pour les deux variables (Données dans le registre avec les données rapportées et les données dans le registre avec les données encodées dans le DHIS2), la contre-performance est due aux raisons évoquées précédemment.



53% des FOSA ont donné d'autres raisons liées à cette contre-performance : une mauvaise sommation au niveau des Totaux du registre et à l'erreur de saisie au niveau des BCZS. 33% des FOSA ont attribué cette contre-performance : les erreurs de transcription (13%) et arithmétiques (20%). Et 21% des FOSA n'ont pas connu des écarts.

Figure 13: Distribution des raisons pour le nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3

IV.2.5. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de TDR consommés

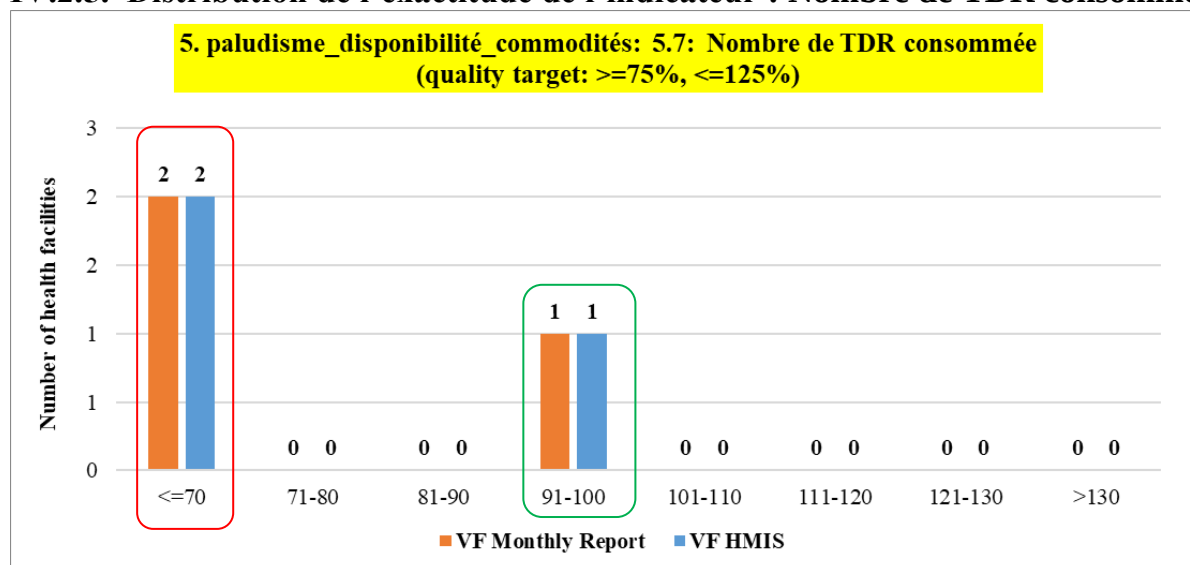


Figure 14: Facteur de vérification pour le nombre des TDRs consommés. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$

La gestion des antipaludiques pose un sérieux problème au niveau des formations sanitaires pour la plupart d'entre elles. Le fait que les RMER des centres de santé Ntunta et Muamba n'étaient pas disponibles au niveau des centres de santé, le facteur de vérification est tablé dans 3 structures sur 5 structures visitées. La distribution de l'exactitude de cet indicateur a montré que seul le centre de santé Nkumba a un facteur de vérification de 100% pour les deux variables. Les deux autres FOSA (Vunayi et Kemayi) sont dans une contre-performance soient respectivement 31% et 7%, les raisons évoquées sont les suivantes : RUMER non à jour au T3 2021. Mais l'analyse croisée entre les TDRs réalisés comparés avec les TDRs consommées, les écarts sont énormes, nous avons expliqué aux prestataires comment éviter ces aberrations dans le système de rapportage de données. En résumé, la contre-performance est due aux aspects ci-après :

- Problème d'encodage de données au niveau des BCZS, il y a différence de données dans différentes sources : RUMER, canevas SNIS et DHIS2 ;
- Erreurs arithmétiques pendant le comptage des totaux ;
- Cumul avec les données de consommations au niveau des sites de soins communautaires

Les actions correctrices ont été mise en place pour améliorer.

Tableau 4: Analyse croisée entre TDRs réalisés et les TDRs consommés au T3 2021

Structures visitées	TDRs réalisés	TDRs consommés	Ecart
CS Muamba	140	0	-140
CS Vunayi	91	62	-29
CS Kemayi	142	60	-82
CS Nkumba	115	106	-9
CS Ntunta	111	0	-111
Total	599	228	-371

Cette analyse nous a permis de vérifier la conformité en rapport avec l'exactitude de données pour l'indicateur nombre de TDRs consommés (cfr figure 10). Cette analyse a montré que la plupart des FOSA visitées pendant le MRDQA ont de problème sur la gestion des antipaludiques au T3 2021, l'analyse montre une aberration entre les cas suspects testés au TDR et les quantités des TDRs déclarées consommées, l'analyse montre qu'il y a une sous-consommation des TDRs par rapport aux cas testés. Les centres de santé de Muamba et Ntunta n'avaient pas leurs RUMER disponibles pendant notre évaluation MRDQA, raison pour laquelle les quantités des TDRs consommées sont nulles. Mais pour les trois autres structures n'ayant pas de problème de rapportage, leurs écarts négatifs sont confirmés et après analyse approfondie, on dénote un problème de mise à jour de données SIGL pendant la période de grève où il y avait une souffrance dans la gestion des formations sanitaires. Après les constatations négatives, nous avons recommandé toutes les FOSA de mettre à jour les RUMER moyennant les informations des fiches de malades, les cahiers de consommations journalières.

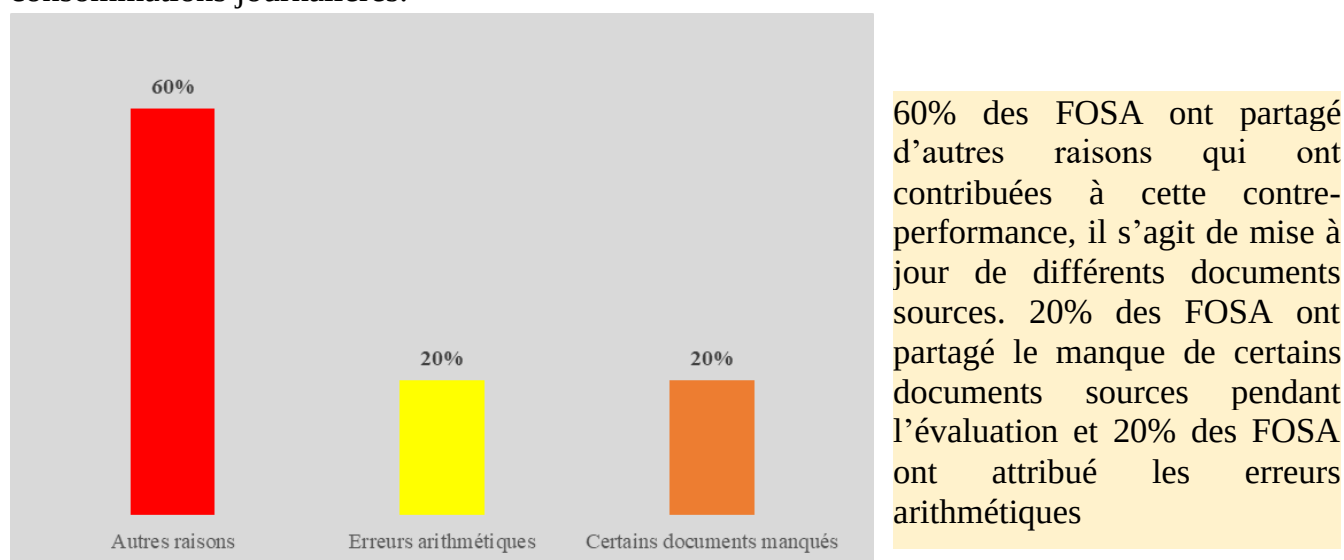


Figure 15: Distribution des raisons pour le nombre de TDR consommés

IV.3. VERIFICATION CROISEE

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

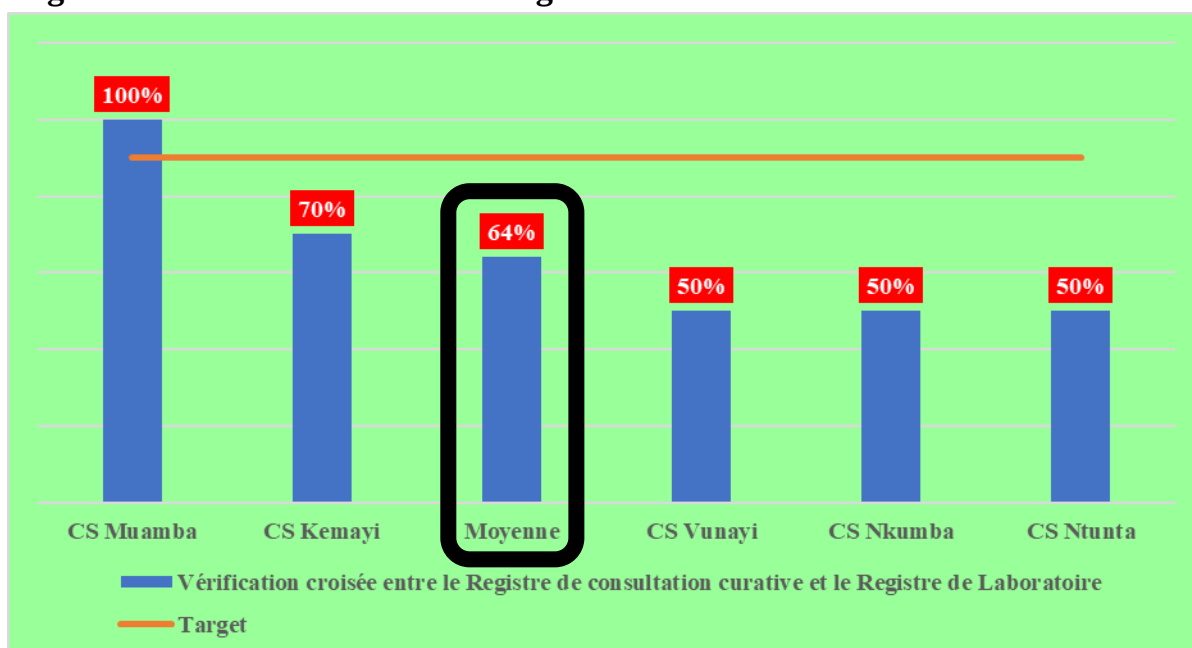


Figure 16: Registre de consultations curatives et registre de laboratoire (seuil de qualité : 90%)

Cette représentation graphique montre la concordance des cas enregistrés dans le registre de consultations curatives et le registre de laboratoire ou fiches de malades après avoir fait un examen biologique. Seul, le centre de santé Muamba qui a 100% de concordance des éléments donnés au niveau de deux sources de vérification, c'est-à-dire tous les cas ayant subi un examen biologique sont enregistrés dans le registre de consultation curative et dans le registre de laboratoire ou sur les fiches de malades. Le CS Kemayi a une concordance à 70%, la contre-performance est due à la non-transcription dans le registre de consultation curative des certains malades qui ont des fiches. Les centres de santé de Vunayi, Nkumba et Ntunta) ont une concordance à 50% respectivement, le gap de 50% de contre-performance est justifié par le fait que certains malades ne sont pas transcrits dans le registre curatif dans la plupart. La moyenne globale par rapport à la concordance des éléments de données est de 64%, un résultat inférieur à l'objectif de 90% pour cet indicateur. Séance tenante, les prestataires des structures visités ont compris l'importance de cette vérification, pour les structures qui n'ont pas de registre de laboratoire, nous leurs avons recommandés de mettre en place cet outil en attendant l'approvisionnement par le BCZS et de mettre à jour toutes les informations nécessaires. Eu-égard à ce qui précède, le tableau ci-après confirme :

Tableau 5: Analyse croisée de données nouveaux cas consultation curative au T3 2021

Structures	Nouveau cas en consultation curative au T3 2021						
	Fiche des malades	Registre	SNIS	DHIS2	Ecart entre Registre et Fiche	Ecart entre Registre et SNIS	Ecart entre SNIS et DHIS2
CS Muamba	175	156	170	170	-19	-14	0
CS Ntunta	213	221	221	221	8	0	0
CS Nkumba	255	269	269	269	14	0	0
CS Kemayi	188	177	118	1114	-11	59	-996
CS Vunayi	104	112	122	122	8	-10	0

Au cours de notre évaluation mRDQA, nous avons fait une triangulation de la donnée nouveau cas en consultation curative au T3 2021 dans quatre sources où cette donnée est collectée et rapportée. Les résultats montrent qu'il y a encore des soucis importants dans la gestion de données au niveau des formations, les écarts constatés avec les UF des FOSA visitées sont les suivants :

- **Ecarts entre le SNIS et le DHIS2** : l'analyse montre que 4 structures sur 5 structures visitées n'ont pas de données discordantes entre les deux sources de vérification, il s'agit de CS Muamba, Ntunta, Nkumba et Vunayi, c'est-à-dire le bureau central était fidele pendant la saisie de données dans le système. Le centre de santé de Kemayi a un gap négatif parce que la donnée disponible dans le DHIS2 est supérieure à la donnée rapportée dans les SNIS au T3 2021 soit 1114 nouveaux cas en curatif dans le DHIS2 et 118 nouveaux cas en curatif rapportés dans les SNIS pour la même période, après analyse, nous avons déduit soit qu'il avait erreur pendant la saisie de cette donnée ou soit les rapports SNIS envoyés au BCZS n'ont pas les mêmes données avec celles des rapports SNIS archivés au niveau de centre de santé Kemayi. Une analyse approfondie sera faite avec l'ECZS pour dénicher les goulots d'étranglements et corrigés.
- **Ecarts les données du registre et les fiches de malades** : les résultats montrent que : les centres de santé de Kemayi et Muamba ont un gap négatif par rapport à cette vérification croisée, c'est-à-dire Plus des malades avec leurs fiches de prise en charge mais moins des malades transcrits dans leurs registres de consultation curative. Nous avons recommandé à ceux structures de transcrire les 11 malades de Kemayi et 19 malades dans les registres de consultation curative. Les centres de santé de Ntunta, Nkumba et Vunayi ont respectivement 8 malades, 14 malades et 8 malades qui n'ont pas fiches mais enregistrés. Nous avons recommandé aux UF de mettre à jour les fiches de ces malades sur base des informations logées dans les registres de consultation curative.
- **Ecart entre les données du registre et celles rapportées dans le DHIS2** : les résultats de l'analyse croisée montrent que les centres de santé de Nkumba et Ntunta n'ont pas de problèmes parce qu'il y a une concordance de données. Les centres de santé de Muamba et Vunayi ont plus transcrits de nouveaux cas en consultation curative par rapport aux données disponibles dans les registres soit un gap de plus de 10 malades et 14 malades, eu-égard, nous avons recommandé aux

IT de veiller sur la transcription de données à la fin du mois. Le centre de santé de Kemayi n'a pas transcrit 59 nouveaux cas en consultation curative dans le rapport SNIS. Cet exercice a motivé les unités fonctionnelles des structures visitées à cerner la situation liée à l'analyse de données entre différentes sources de gestion de données.

IV.3.2. Vérification croisée : Concordance entre les sources de données pour les résultats des tests : Registre de consultations curatives et registre de laboratoire (seuil de qualité : 90%)

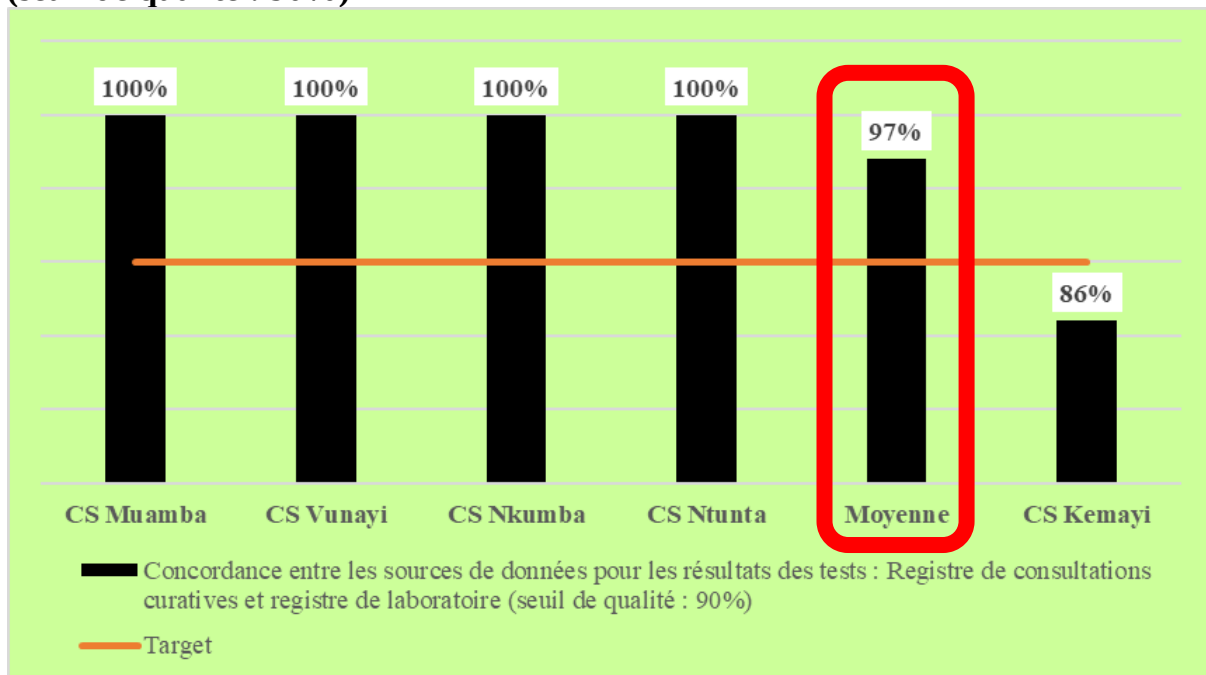


Figure 17: Concordance entre les sources de données pour les résultats des tests : Registre de consultations curatives et registre de laboratoire (seuil de qualité : 90%)

La variation de la concordance entre les sources de données pour les résultats des Tests (TDRs) a évolué positivement dans 4 structures (CS Muamba, CS Vunayi, CS Nkumba et CS Ntunta) 100% comparativement à l'objectif de 90%. Le centre de santé de Kemayi a une concordance de 86%, les causes élucidées justifiant cette discordance de données sont les suivantes : Problème de comptage pendant la transcription de données, certains malades non enregistrés dans les différents registres, soit on les trouve dans le registre de consultation curative, mais non-transcrits dans le registre de laboratoire et c'est vis-versa. La moyenne globale est de 90% pour cette phase, nous allons travailler avec les structures afin d'inverser la tendance. Par rapport à la Comparaison de Test Positif dans le registre de labo et dans registre de consultation curative, la figure 18 montre la variation de ceux indicateurs par formation sanitaire visitée :

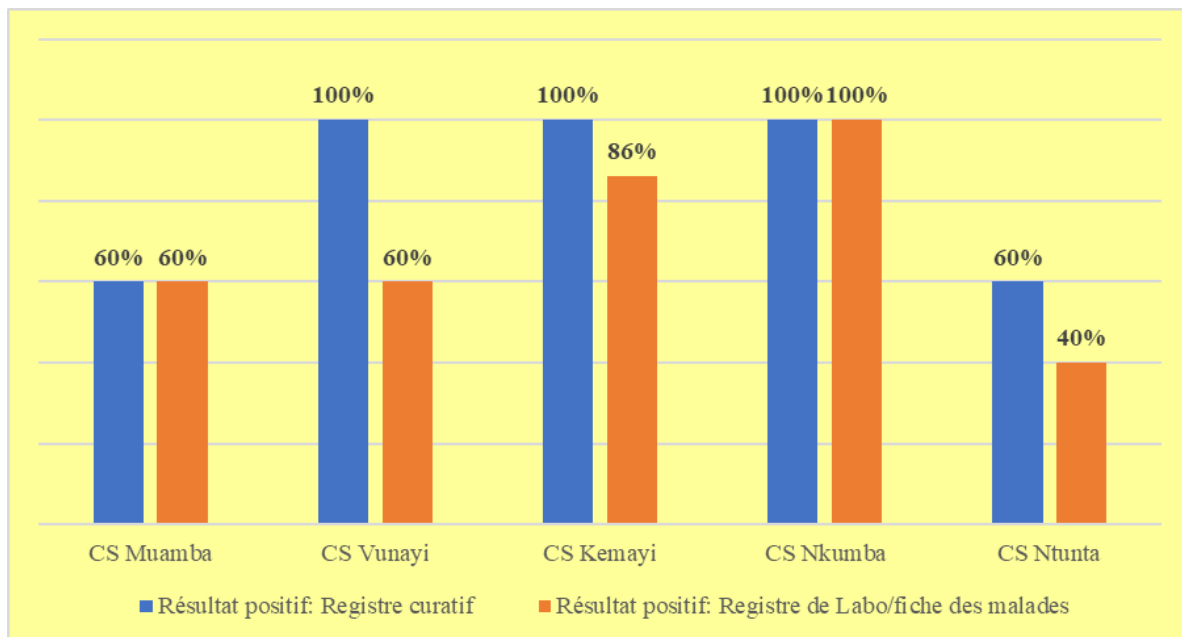


Figure 18: Comparaison de Test Positif dans le registre de labo et dans registre de consultation curative

Les centres de santé de Muamba et Nkumba ont une bonne concordance entre le résultat positif dans le registre de laboratoire et dans le registre de consultation curative respectivement 60% et 100%. Les centres de santé : Vunayi, Kemayi et Ntunta n'ont pas une bonne conformité des résultats entre les deux documents sources. Cette contre-performance est justifiée par le fait que la transcription des résultats de laboratoires n'est pas systématique dans les deux registres par inadvertance les prestataires oublient de transcrire les résultats de laboratoire soit au niveau de fiches de malade, soit au niveau du registre de consultation curative ou au niveau de registre de laboratoire. Nous avons recommandé aux UF d'enregistrer systématiquement les résultats de laboratoire dans différents documents concernés afin de garder une bonne conformité de données.

IV.3.3. Vérification croisée : Registre de consultations curatives : Fiche de stock ACT (Seuil de qualité : $\geq 90\%$, $\leq 110\%$)

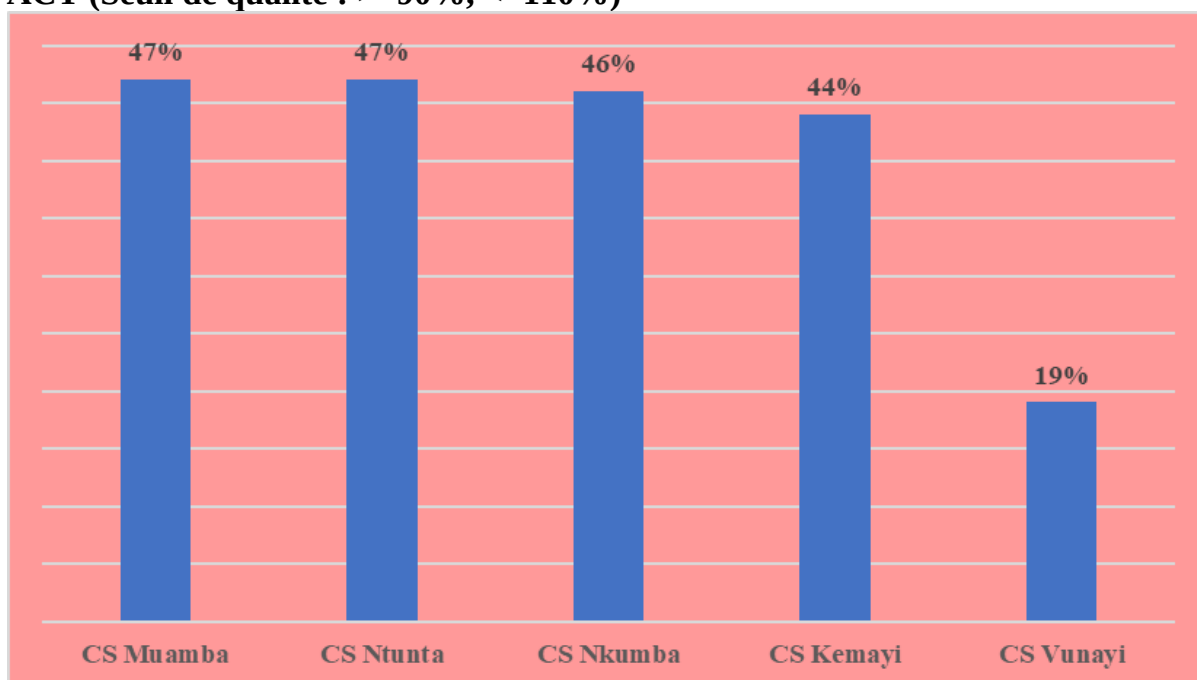


Figure 19: Vérification croisée : Registre de consultations curatives : Fiche de stock ACT

Ce graphique montre que toutes les FOSA visitées ont un facteur de vérification de inférieur à 50%, respectivement : 47% pour le CS Muamba, 47% pour le CS Ntunta, 46% pour le CS Nkumba, 44% pour le CS Kemayi et 19% pour le CS Vunayi. La raison évoquée est la suivante : la plupart des gestionnaires de médicaments au niveau des FOSA considèrent les quantités livrées de l'officine vers les sites des soins communautaires ou vers les postes de santé ou vers la table de soins au niveau de la structure, comme quantités consommées dans le RUMER qui seront sommées à la fin du mois et transcrites dans le SNIS dans la colonne quantités consommées. Eu-égard à cette confision, nous avons recommandé de considerer les consommations de la structure seulement, le mouvement de livraison du centre de santé vers les sites de soins communautaires ou vers les postes de santé seront documentés dans les fiches de stock et à la fin du mois, l'IT va transcrire ces information au niveau de la colonne perte et ajoutement du canevas SNIS.

Tableau 6: Gestion des antipaludiques au T3 2021

	Stock initial de antipaludiques au T3 2021	Nombre d'unités reçues par le site au T3 2021	Nombre d'unités en stock sur le site à la fin du T3 2021	Nombre des malades traités selon la PN (palu simple et grave) et présumés	Stocks sortis vers les SSC et poste de santé au T3 2021	Quantité perdues	Ration de vérification : $(d/[a+b-c])$:
CS Muamba	397	0	145	118	75	59	47%

CS Ntunta	396	0	5	183	178	30	47%
CS Nkumba	355	0	44	143	42	126	46%
CS Kemayi	702	0	441	116	70	75	44%
CS Vunayi	506	0	120	73	174	139	19%
Total/Moyenne	2356	0	755	633	539	429	41%

Ce tableau vient rencherir que la gestion des antipaludiques pose un problème sérieux dans la plupart des structures. Les écarts positifs dans toutes les structures signifient ces structures ont perdu une quantité d'antipaludiques au cours de cette période soit 429 cures d'antipaludiques perdus, cette perte pourrait coroborer l'hypothèse selon laquelle ces structures considerent les mouvements des offices vers les SSC, vers les poste de santé et meme vers différents service comme quantités consommées lors de transcription de données, la situation sera suivie au deuxième passage. Des fermes recommandations ont été partagées afin d'améliorer la système de gestion de données GAS au niveau des centres de santé :

- Renouveler les fiches de stock en 2021 en mettant les inventaires au 31 décembre 2021 ;
- Calculer la CMM chaque
- Calculer le MAD à la réception des produits et à l'inventaire ;
- Les mouvements de réception et d'inventaire doivent etre transcrits au stylo rouge et le mouvement de sorties vers SSC, vers les autres FOSA ou vers la salle de soins doivent etre transcrits au stylo bleu ou noire.

IV.4. CONTROLE DE LA COHERENCE ET COHERENCE DANS LE TEMPS EN RAPPORT AVEC LES DECES PALUSTRES

IV.4.1. Cohérence annuelle et Cohérence de mois en mois

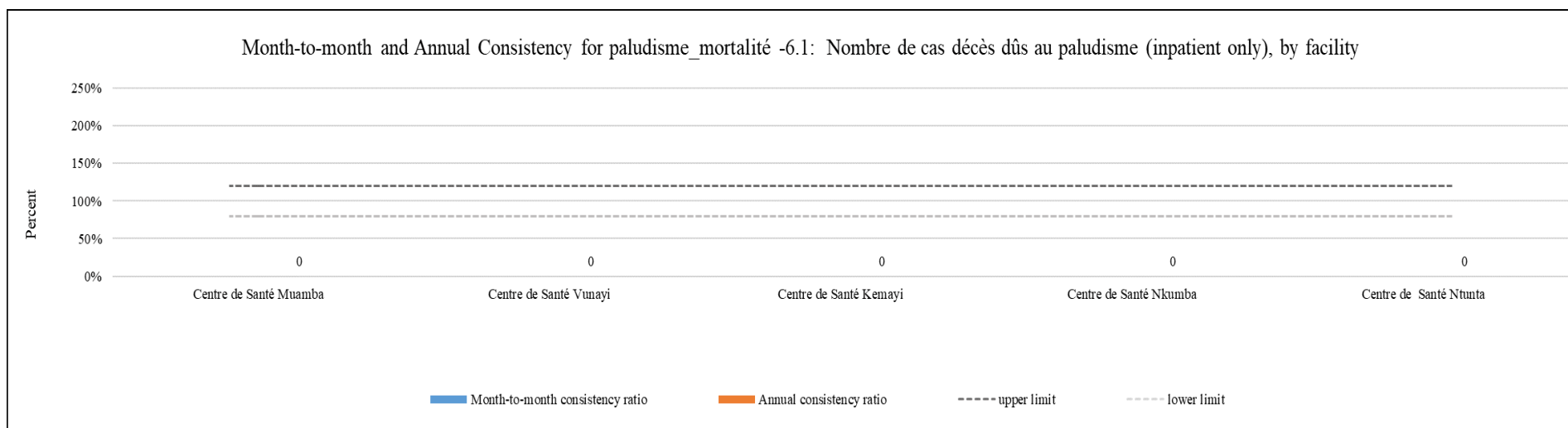


Figure 20: Ratio cohérence dans le temps mensuel comparé au ratio cohérence annuelle : nombres de décès dus au paludisme.

Aucun décès palustre a été notifié dans toutes les structures visitées, les prestataires ont justifié qu'en cas de gravité la structure oriente le cas vers l'HGR Kabinda.

IV.4.2. Cohérence dans le temps : nombres de décès dus au paludisme (All age) par mois pour l'année en cours

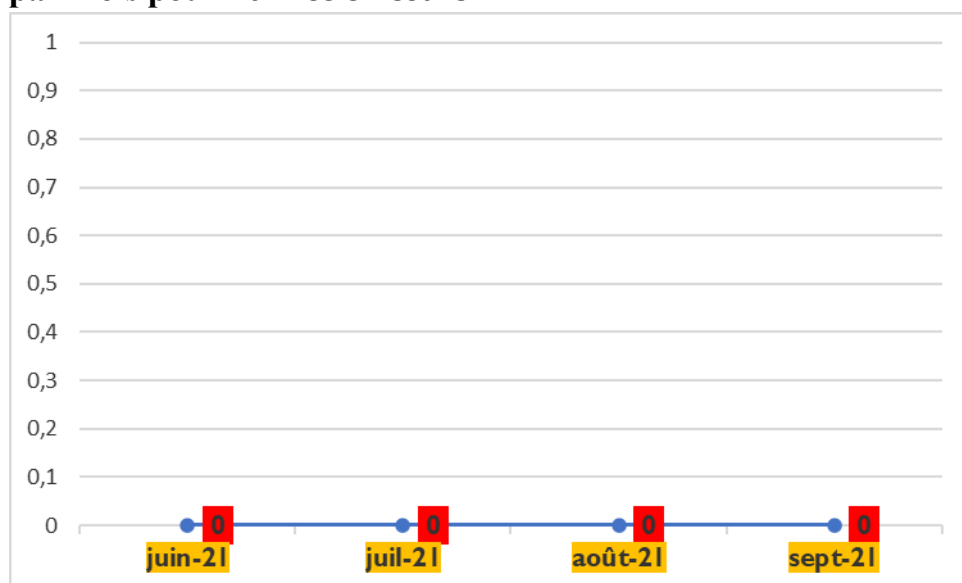


Figure 21: Evolution de décès dûs au paludisme de juin-septembre 2021

Les structures visitées n'ont pas notifié de décès palustres au cours de la période évaluée.

IV.5. EVALUATION DU SYSTEME

Cette partie nous a permis de collecter certaines informations qualitatives qui soutiennent certains aspects quantitatifs, afin que la qualité de données soit accrue dans les FOSA, sources principales dans la production de données.

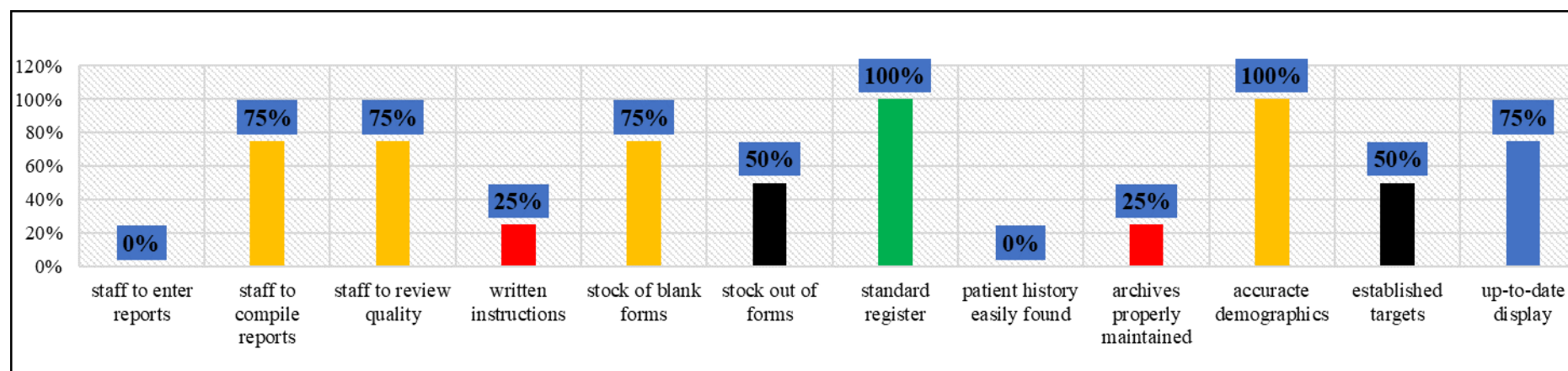


Figure 22: Evaluation du système au niveau de cinq points de prestation

Ce graphique a montré les résultats de la fonctionnalité du système de gestion des données dans les formations sanitaires visitées :

- Toutes les structures visitées soient 100% ont déclaré avoir des outils stands dotés par Measure Malaria, PROSANI USAID et PRODS,
- Toutes les FOSA visitées ne saisissent pas leurs propres des données dans le DHIS2. Nous avons conscientisé les IT de pouvoir se fixer un objectif de performance avec l'accompagnement de l'ECZS surtout que toutes les structures visitées ont une bonne connexion internet.
- L'historique de données de patients entre différents documents sources ne sont pas concordantes dans toutes les formations sanitaires, certains malades ne sont pas transcrits dans le registre de consultation curative et d'autres sont transcrits dans le registre mais sans fiche de prise en charge individuelle.

- 75% des FOSA (Vunayi, Kemayi, Nkumba et Ntunta) ont désigné une personne désignée pour compiler les rapports et leurs les IT font la contre-vérification de la qualité de données transcrits dans les rapports SNIS. Nous avons recommandé à l'IT de Muamba d'intégrer cette logique en vue de capaciter les autres membres dans le rapportage de données.
- 25% des FOSA (Vunayi) dispose de directives écrites sur la collecte de données et la rédaction de rapports normés (manuel de remplissage), les quatre autres FOSA n'en n'ont pas. Nous allons demander au BCZS Kabinda de rendre disponible les manuels de remplissage du SNIS dans toutes les FOSA.
- 75% des FOSA (Vunayi, Kemayi, Nkumba et Ntunta) avaient des fiches de stock vierge pendant notre évaluation, sauf le centre de santé de Muamba qui était en rupture, dans les discussions, les UF ont confirmés que le BCZS a un lot des fiches de stock vierge, la structure pourra faire sa commande.
- 25% de FOSA (Vunayi) archive correctement les données, les autres FOSA ont encore un souci quant à ce. Les quatre autres FOSA ont de contre-performance par rapport à cet aspect, nous leurs avons recommandé d'améliorer.
- 100% des FOSA n'ont pas établi des cibles pour suivre les progrès accomplis dans l'atteinte des buts et objectifs en matière de prévention et de traitement du paludisme, cette contre-performance est due à la non-capitalisation des acquis partagés aux cours des réunions de monitorages où les cibles pour les indicateurs PNLP sont partagés.
- Les tableaux de bords sont disponibles et affichés dans 50% des FOA visitées (Vunayi et Ntunta), les autres structures n'ont pas affichés, séances tenantes, nous avons expliqué comment tracer un tableau de bord.

C'est ainsi, voici comment les structures se sont classées sur base de leur performance en rapport avec l'Evaluation du système :

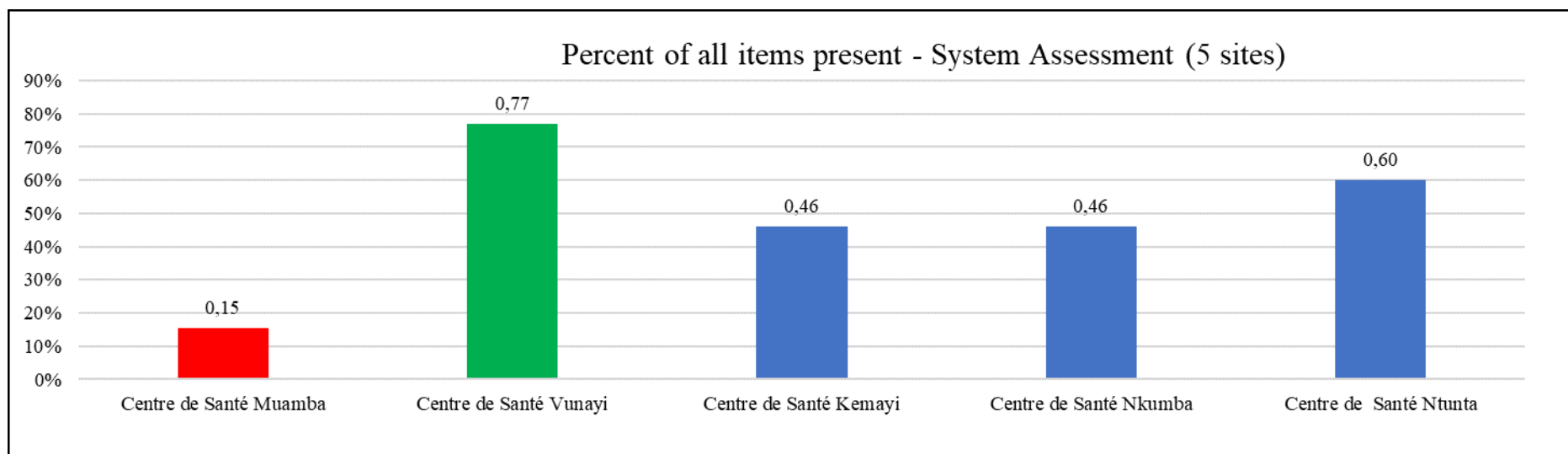


Figure 23: Evaluation des systèmes

Au regard de l'évaluation du système, la plupart des FOSA visitées ne sont pas performantes, à part le Centre de Santé Vunayi qui a 77% de performance et la structure la moins performante est le centre de santé de Muamba avec 15% de performance. Les différentes observations et recommandations partagées avec les UF peuvent contribuer positivement dans l'amélioration de la qualité de donnée, au cas où ses structures les matérialisent.

CONCLUSION

L'Outil Malaria RDQA a permis la collecte et 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 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 huit points de prestation visités ayant fait l'objet de cette mission. Mais les grandes recommandations formulées à l'attention des ECZS qui ont participées à cette mission que :

- Ces dernières partagent toutes les faiblesses constatées pendant la mission d'audit de qualité de données MRDQA avec les autres IT lors du monitoring de données septembre 2021 pour que tous s'approprient des observations issues de cette mission ;
- Les ECZ mettent en place un mécanisme de vérification des données, après encodage, pour se rassurer de la conformité des données encodées (en comparant les résultats des règles violées et les vraies données transcrites dans les Rapports SNIS par la base).

ANNEXES

I. PLAN DE REDRESSEMENT

A. CENTRE DE SANTE MUAMBA

	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Plus des malades avec leurs fiches de prise en charge mais moins des malades transcrits dans leurs registres de consultation curative par les consultants	Enregistrer les malades systématiquement sur la fiche et dans le registre approprier pour une bonne conformité de données	IT	A chaque consultation d'un malade
2	Non à jour des différents documents sources	Mettre à jour toute la documentation du centre de santé avant la fin de l'année	Prestataires	31 décembre 2021
3	Discordance entre les données collectées dans le registre et les données transcrites dans les SNIS	Vérifier la tenue des outils de gestion une fois chaque semaine pour un accompagnement et un suivi de proximité	IT	Chaque semaine
4	Absence d'un plan de suivi des réalisations des recommandations issues des supervisions reçues	Mettre en place un registre (cahier) pour reprendre toute recommandation laissée lors des supervisions, afin d'en faire un suivi.	IT	Après la mission
5	Aucun rapport SNIS n'a été réceptionné par l'ECZS	Elaborer deux rapports SNIS qui seront réceptionnés au même moment par l'ECZS pour s'assurer la structure a rapporté les mêmes données	IT	Chaque mois
6	Présence des erreurs arithmétiques pendant la consolidation de données pour la plupart des indicateurs	Accompagner les prestataires dans le comptage correct de réalisation sur chaque page dans les registres avec de sommation correcte pouvant permettre de transcrire une bonne donnée dans le registre	IT	Pendant le suivi de la tenue des outils
7	Mauvaise gestion des antipaludiques ; le centre de santé a perdu 59 cures d'antipaludiques au T3 2021	Faire un audit interne afin de dénicher le goulot d'étranglement sur la gestion des MEG et justifier cette perte	IT	Après la mission

B. CENTRE DE SANTE VUNAYI

	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Le rapport SNIS du mois de juillet 2021 non disponible dans l'archive du centre de santé	Photocopier la version SNIS juillet 2021 partagée avec le BCZS pour archivage	IT	Au monitoring de décembre 2021
2	Plus des malades avec leurs fiches de prise en charge mais moins des malades transcrits dans leurs registres de consultation curative par les consultants	Enregistrer les malades systématiquement sur la fiche et dans le registre approprier pour une bonne conformité de données	IT	A chaque consultation d'un malade
3	RUMER très mal tenu : les données SIGL du mois d'aout 2021 introuvables alors la structure a rapporté cette information dans son SNIS de la même période	Enregistrer les données SIGL dans le RUMER sur base de cahier des consommation journalière et registre de consultation curative	ITA	31 décembre 2021
4	Non à jour des différents documents sources	Mettre à jour toute la documentation du centre de santé avant la fin de l'année	Prestataires	31 décembre 2021
5	Discordance entre les données collectées dans le registre et les données transcrites dans les SNIS	Vérifier la tenue des outils de gestion une fois chaque semaine pour un accompagnement et un suivi de proximité	IT	Chaque semaine
6	Absence d'un plan de suivi des réalisations des recommandations issues des supervisions reçues	Mettre en place un registre (cahier) pour reprendre toute recommandation laissée lors des supervisions, afin d'en faire un suivi.	IT	Après la mission
7	Aucun rapport SNIS n'a été réceptionné par l'ECZS	Elaborer deux rapports SNIS qui seront réceptionnés au même moment par l'ECZS pour s'assurer la structure a rapporté les mêmes données	IT	Chaque mois
7	Présence des erreurs arithmétiques pendant la consolidation de données pour la plupart des indicateurs	Accompagner les prestataires dans le comptage correct de réalisation sur chaque page dans les registres avec de sommation correcte pouvant permettre de transcrire une bonne donnée dans le registre	IT	Pendant le suivi de la tenue des outils
8	Mauvaise gestion des antipaludiques ; le centre de santé a perdu 139 cures d'antipaludiques au T3 2021	Faire un audit interne afin de dénicher le goulot d'étranglement sur la gestion des MEG et justifier cette perte	IT	Après la mission

C. CENTRE DE SANTE KEMAYI

	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Certaines cellules du SNIS ne sont pas remplis avec conséquence sur l'exhaustivité de données	Remplir toutes les cases du canevas SNIS	IT	Chaque mois
2	Cumul de données de la structure avec celles d'un poste de santé non paramétré dans le DHIS2	Rapporter chaque mois les propres données de la structure. En attendant la mise à jour de la pyramide sanitaire, les données de ce poste de santé peuvent être cumulées avec les données d'un autre poste de santé.	IT	SNIS de Décembre 2021
3	Plus des malades avec leurs fiches de prise en charge mais moins des malades transcrits dans leurs registres de consultation curative par les consultants	Enregistrer les malades systématiquement sur la fiche et dans le registre approprié pour une bonne conformité de données	IT	A chaque entrée du malade
4	38 malades sans numéro dossier	Octroyer le numéro dossier de ces 38 malades en tenant compte de la date et d'autres paramètres	ITA	Après la mission
5	Non à jour des différents documents sources	Mettre à jour toute la documentation du centre de santé avant la fin de l'année	Prestataires	31 décembre 2021
6	Discordance entre les données collectées dans le registre et les données transcrites dans les SNIS	Vérifier la tenue des outils de gestion une fois chaque semaine pour un accompagnement et un suivi de proximité	IT	Chaque semaine
7	Absence d'un plan de suivi des réalisations des recommandations issues des supervisions reçues	Mettre en place un registre (cahier) pour reprendre toute recommandation laissée lors des supervisions, afin d'en faire un suivi.	IT	Après la mission
8	Aucun rapport SNIS n'a été réceptionné par l'ECZS	Elaborer deux rapports SNIS qui seront réceptionnés au même moment par l'ECZS pour s'assurer la structure a rapporté les mêmes données	IT	Chaque mois
9	Présence des erreurs arithmétiques et des erreurs de transcription pendant la consolidation de données pour la plupart des indicateurs	Accompagner les prestataires dans le comptage correct de réalisation sur chaque page dans les registres avec de sommation correcte pouvant permettre de transcrire une bonne donnée dans le registre	IT	Pendant le suivi de la tenue des outils

10	Les cibles par cellule/sous-quartiers de l'aire de santé ne sont pas connues	Elaborer et afficher un tableau reprenant les indicateurs et les populations pour chaque cellule qui forme l'Aire de Santé	IT	Janvier 2021
11	Mauvais archivages de fiches de malades au niveau du CS : Certains malades transcrits dans le registre de consultations mais leurs fiches trouvables	Mettre en place un bon système d'archivage sur base des dates de visites des malades où un comptage sera fait à la fin du mois pour évaluer la conformité	IT	Au quotidien
12	Absence d'un tableau des indicateurs, pour leur suivi	Tracer et afficher le tableau de bord à jour pour le suivi des indicateurs	IT	Janvier 2021
13	Mauvaise gestion des antipaludiques ; le centre de santé a perdu 75 cures d'antipaludiques au T3 2021	Faire un audit interne afin de dénicher le goulot d'étranglement sur la gestion des MEG et justifier cette perte	IT	Après la mission

D. CENTRE DE SANTE NKUMBA

	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Certaines cellules du SNIS ne sont pas remplis avec conséquence sur l'exhaustivité de données	Remplir toutes les cases du canevas SNIS	IT	Chaque mois
2	Plus des malades avec leurs fiches de prise en charge mais moins des malades transcrits dans leurs registres de consultation curative par les consultants	Enregistrer les malades systématiquement sur la fiche et dans le registre approprier pour une bonne conformité de données	IT	A chaque consultation d'un malade
3	97 malades sans numéro dossier	Octroyer le numéro dossier de ces 97 malades en tenant compte de la date et d'autres paramètres	ITA	Après la mission
4	Non à jour des différents documents sources	Mettre à jour toute la documentation du centre de santé avant la fin de l'année	Prestataires	31 décembre 2021
5	Discordance entre les données collectées dans le registre et les données transcrites dans les SNIS	Vérifier la tenue des outils de gestion une fois chaque semaine pour un accompagnement et un suivi de proximité	IT	Chaque semaine
6	Absence d'un plan de suivi des réalisations des recommandations issues des supervisions reçues	Mettre en place un registre (cahier) pour reprendre toute recommandation laissée lors des supervisions, afin d'en	IT	Après la mission

		faire un suivi.		
7	Aucun rapport SNIS n'a été réceptionné par l'ECZS	Elaborer deux rapports SNIS qui seront réceptionnés au même moment par l'ECZS pour s'assurer la structure a rapporté les mêmes données	IT	Chaque mois
8	Présence des erreurs arithmétiques et des erreurs de transcription pendant la consolidation de données pour la plupart des indicateurs	Accompagner les prestataires dans le comptage correct de réalisation sur chaque page dans les registres avec de sommation correcte pouvant permettre de transcrire une bonne donnée dans le registre	IT	Pendant le suivi de la tenue des outils
9	Les cibles par cellule/sous-quartiers de l'aire de santé ne sont pas connues	Elaborer et afficher un tableau reprenant les indicateurs et les populations pour chaque cellule qui forme l'Aire de Santé	IT	Janvier 2021
10	Mauvais archivages de fiches de malades au niveau du CS : Certains malades transcrits dans le registre de consultations mais leurs fiches trouvables	Mettre en place un bon système d'archivage sur base des dates de visites des malades où un comptage sera fait à la fin du mois pour évaluer la conformité	IT	Au quotidien
11	Mauvaise gestion des antipaludiques ; le centre de santé a perdu 126 cures d'antipaludiques au T3 2021	Faire un audit interne afin de dénicher le goulot d'étranglement sur la gestion des MEG et justifier cette perte	IT	Après la mission

E. CENTRE DE SANTE NTUNTA

	Faiblesses identifiées	Description du point d'action	Responsable(s)	Délai
1	Certaines cellules du SNIS ne sont pas remplis avec conséquence sur l'exhaustivité de données	Remplir toutes les cases du canevas SNIS	IT	Chaque mois
2	Plus des malades avec leurs fiches de prise en charge mais moins des malades transcrits dans leurs registres de consultation curative par les consultants	Enregistrer les malades systématiquement sur la fiche et dans le registre approprier pour une bonne conformité de données	IT	A chaque entrée du malade

3	9 malades sans numéro dossier	Octroyer le numéro dossier de ces 9 malades en tenant compte de la date et d'autres paramètres	ITA	Après la mission
4	Non à jour des différents documents sources	Mettre à jour toute la documentation du centre de santé avant la fin de l'année	Prestataires	31 décembre 2021
5	Discordance entre les données collectées dans le registre et les données transcrites dans les SNIS	Vérifier la tenue des outils de gestion une fois chaque semaine pour un accompagnement et un suivi de proximité	IT	Chaque semaine
6	Absence d'un plan de suivi des réalisations des recommandations issues des supervisions reçues	Mettre en place un registre (cahier) pour reprendre toute recommandation laissée lors des supervisions, afin d'en faire un suivi.	IT	Après la mission
7	Aucun rapport SNIS n'a été réceptionné par l'ECZS	Elaborer deux rapports SNIS qui seront réceptionnés au même moment par l'ECZS pour s'assurer la structure a rapporté les mêmes données	IT	Chaque mois
8	Présence des erreurs arithmétiques et des erreurs de transcription pendant la consolidation de données pour la plupart des indicateurs	Accompagner les prestataires dans le comptage correct de réalisation sur chaque page dans les registres avec de sommation correcte pouvant permettre de transcrire une bonne donnée dans le registre	IT	Pendant le suivi de la tenue des outils
9	Les cibles par cellule/sous-quartiers de l'aire de santé ne sont pas connues	Elaborer et afficher un tableau reprenant les indicateurs et les populations pour chaque cellule qui forme l'Aire de Santé	IT	Janvier 2021
10	Mauvais archivages de fiches de malades au niveau du CS : Certains malades transcrits dans le registre de consultations mais leurs fiches trouvables	Mettre en place un bon système d'archivage sur base des dates de visites des malades où un comptage sera fait à la fin du mois pour évaluer la conformité	IT	Au quotidien
11	Absence d'un tableau des indicateurs pour un suivi	Tracer et afficher le tableau de bord à jour pour le suivi des indicateurs	IT	Janvier 2021
12	Mauvaise gestion des antipaludiques ; le centre de santé a perdu 30 cures d'antipaludiques au T3 2021	Faire un audit interne afin de dénicher le goulot d'étranglement sur la gestion des MEG et justifier cette perte	IT	Après la mission
13	Différence entre les données collectées dans différents registres avec les données transcrites dans le SNIS	Faire bien les totaux sur chaque page des registres	Tous les prestataires avec l'appui de l'IT	Permanent

14	Les résultats de TDRs ne figurent pas dans le registre de Labo	Enregistrer systématiquement les résultats des TDRs dans le registre de Labo	Le chargé de laboratoire	Permanent
15	Les consultants ne mettent pas leurs noms ni signature au niveau de la fiche de malade	Signer sur chaque fiche de malade que le prestataire à consulter en vue d'endosser la responsabilité.	Tous les prestataires	Permanent

Annexe 1. Quelques photos prises lors de l'administration de l'outil RDQA



Figure 24: MRDQA : CS Muamba : vérification croisée dans différents documents sources



Figure 25: MRDQA : CS Vunayi : séance de travail avec l'UF



Figure 27: MRDQA : CS Vunayi : Analyse de données affichées sur le tableau de bord



Figure 26: MRDQA : CS Kemayi : comptage de données par les prestataires



Figure 28: MRDQA : CS Kemayi : Explication sur la mise en place d'un tableau des bords



Figure 29: MRDQA : CS Nkumba : Comptage de données dans le registre



Figure 31: MRDQA : CS Nkumba : Comptage des fiches de malades pour vérifier la conformité



Figure 30: MRDQA : CS Kemayi : vérification croisée de données

Fait à Kabinda, le 16 décembre 2021

Roddy PANGA, Conseiller Provincial MEASURE MALARIA, ICF International

Patrick MUDIMBIYI, Analyste Assistant chargé de la SURVEPI DPS Lomami

Approuvé par

Dr KASONGO NGONGO
Chef de division provinciale de la santé ai