



**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTÉ  
DU KASAI ORIENTAL

**AUDIT DE LA QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE MALARIA (MRDQA)  
DANS LES ZONES DE SANTE DE LUBILANJI ET DIULU  
RAPPORT SYNTHÈSE MRDQA**

Par : Joseph KALOMBO LUNDA, MCP PNL  
Astrid KAPINGA, CP Measure Malaria

**DECEMBRE 2021**

# Table des matières

RESUME.....	3
I . CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	4
II. OBJECTIFS.....	5
Général .....	5
Spécifiques .....	5
III. CONTENU METHODOLOGIQUE .....	6
III.1. SITES DE PRESTATION ET ECHANTILLONAGE .....	6
a. Collectes des données .....	6
- Nombre de cas suspects testés par TDR (All âge).....	6
- Nombre de cas de paludisme grave (All âge).....	6
- Nombre de cas de Paludisme simple traités selon la Politique nationale.....	6
b. Analyse des données .....	7
c. Variables d'intérêt et définitions opérationnelles .....	7
IV. PRESENTATION DE RESULTATS .....	0
IV.1 EXHAUSTIVITE ET ACTUALITE .....	0
a. Exhaustivité et actualité du rapport mensuel sur le Paludisme.....	0
EXHAUSTIVITE ET PROMPTITUDE DE RAPPORTS.....	2
b. Exhaustivité des éléments de données.....	3
C. Exhaustivité de documents sources .....	4
IV.2. EVALUATION DE L'EXACTITUDE DE DONNEES ( <i>Seuil de qualité 90% - 110%</i> ) .....	5
V.2.1 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas Suspects testés au TDR (all âge).....	7
V.2.2 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas Paludisme grave all âge .....	8
V.2.3 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas de paludisme simple traité selon la PN.....	9
V.2.4 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas de Femmes enceintes ayant reçu la SP3.....	10
V.2.5 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de TDR consommé.....	11
IV.3. Distribution des raisons des écarts par indicateur .....	12
IV.3. VERIFICATION CROISEE .....	13
IV.3.1. Vérification croisée entre le Registre de consultation curative et le Registre de Laboratoire avec un target = 90% .....	13
IV.3.2. Vérification croisée : Registre de consultation externe : Registre de Laboratoire avec un Target = 90% .....	14

IV.3.2. Concordance de données entre : Registre de consultation externe : Fiche de stock ACT avec un Target = 90.....	15
IV.4. CONTROLE DE LA COHERENCE ET COHERENCE DANS LE TEMPS.....	16
IV.4.1. Cohérence de cas de décès dus au paludisme de mois en mois.....	16
IV.4.2. Cohérence annuelle de cas de décès dus au paludisme .....	17
5. EVALUATION DU SYSTEME .....	18
V. CONCLUSION .....	20
ANNEXE : PLANS DE REDRESSEMENT .....	21

## RESUME

Les données de faible qualité peuvent entraver la prise de décisions rationnelles. Ainsi leur utilisation peut nuire à l'atteinte des objectifs d'un programme et entraîner l'utilisation de ressources supplémentaires là où les besoins n'existent pas.

La mission d'évaluation de la qualité de données spécifiques au paludisme réalisée pendant 6 jours dans les ZS de la DPS du Kasai Oriental avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité de données de routine du paludisme et de leur utilisation dans le but de déceler les goulots d'étranglements liés à la qualité et proposer des actions correctrices au niveau de sites de production. Pour ce 6 points de prestation ont été visités dans 2 ZS urbaines : LUBILANJI et DIULU avec l'outil MRDQA qui a révélé les aspects suivants :

- Toutes les FOSA auditées utilisent de canevas SNIS adapté du SNIS normé sur l'exhaustivité des rapports avait une moyenne de 99%.
- La majorité des FOSA évaluées utilisent aussi les outils de collecte de données standards soit 93% d'outils utilisés.
- Environ 33% des rapports des structures furent transmis dans le délai dénote une très faible promptitude
- La plupart des FOSA évaluées ont de données inexactes pour les indicateurs monitorés après vérification croisée 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
- La gestion de médicament au niveau des formations sanitaires pose un sérieux problème où le niveau intermédiaire doit mettre en place certaines stratégies pour les corriger, le RUMER en majorité sont non à jour ou partiellement remplis.

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

## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le cadre de l'amélioration du système de suivi-évaluation des programmes de santé, pour la production des données de qualité en vue d'une prise de décisions rationnelles, le ministère de la Santé publique de la RDC bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires dont l'USAID/PMI à travers le projet PMI **Measure Malaria**. Ainsi, pour accroître la production et l'utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le SNIS de la RDC a subi une série de réformes matérialisées à ce jour par le choix du DHIS2 comme outil de gestion des données dont ceux en lien avec le paludisme dans toutes les provinces, celle du Kasai oriental y compris.

Le processus d'intégration du DHIS2 dans la province du Kasai Oriental a évolué avec l'utilisation des outils harmonisés de collecte et rapportage des données, la formation des prestataires, la dotation en équipement informatique (lap top, Modem et VSAT). Les efforts déployés dans le système par différents acteurs avec l'appui des partenaires techniques et financiers ont permis d'améliorer de manière générale la disponibilité des données dans toutes les Zones de santé.

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

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

Lors des réunions récentes d'analyses des données de lutte contre le paludisme, plusieurs Zones de Santé avaient un problème de la qualité des données, soit les incohérences et aussi des discordances.

Deux Zones de Santé Urbaines ont été retenues pour le suivi sur le terrain à savoir : LUBILANJI et DIULU.

Ainsi, sous le leadership du PNLP Kasai Oriental, avec l'appui technique et financier de PMI Measure Malaria, une évaluation de la qualité des données a été menée, ce qui a permis de se faire une idée sur la qualité de données de lutte contre le paludisme, ainsi que des facteurs associés à la mauvaise qualité

## II. OBJECTIFS

### Général

Contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données de routine dans les BCZS et structures sanitaires à travers le RDQA.

### Spécifiques

- ❖ Évaluer les performances de rapportage en termes de complétude, actualité, exhaustivité, exactitude/précision et cohérence des données de chaque BCZS et FOSA ;
- ❖ Evaluer la capacité de chaque structure à collecter et à produire les données de qualité, à travers leur système de gestion
- ❖ Formuler des recommandations et actions correctrices pour améliorer la qualité des données à travers des plans de redressement.

### III. CONTENU METHODOLOGIQUE

#### III.1. SITES DE PRESTATION ET ECHANTILLONAGE

Cette mission RDQA a été réalisée dans deux Zones de santé : LUBILANJI et DIULU. Elle a duré 6 jours

Au niveau de chaque Zone de Santé, le choix a été porté sur 3 Centres de Santé accessibles qui ont été visités par une équipe conjointe du niveau intermédiaire (MCP PNLP et CP PMM). Comme critère un centre jugé performant, un de performance moyenne et un centre moins performant.

N°	Zones de santé	Sites de prestation	Date de visite
1	LUBILANJI	CS BUPUEKELE	08/12/2021
		CS URGENCE MEDICALE	09/12/2021
		CS GRADI	10/12/2021
2	DIULU	CS DINANGA	11/12/2021
		CS CHARITE	13/12/2021
		CS SOLEIL II	14/12/2021

#### III.2. Collectes et traitement de données

##### a. Collectes des données

L'audit de la qualité des données de routine pour le paludisme a concerné 3 groupes d'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 (All âge)
  - Nombre de cas de paludisme grave (All âge)
  - Nombre de cas de Paludisme simple traités selon la Politique nationale
  
- ✓ **Un indicateur lié à la prévention du paludisme :**
  - Nombre de femmes enceintes ayant reçus la SP3
  
- ✓ **Pour la disponibilité de commodités de lutte contre le paludisme**
  - Nombre de TDR consommée

Les données collectées ont concerné le troisième trimestre 2021 (soit les mois de Juillet, Aout et Septembre). Elles ont été obtenues par revue documentaire des différents outils (documents sources, documents performés, et outils de transmission), par l'entretien avec les prestataires, ainsi que par l'observation de certaines pratiques. Il avait été produit également des feedbacks écrits, la restitution aux points de prestation et BCZS, avant de produire le rapport à partager avec toutes les parties prenantes.

#### **b. Analyse des données**

L'Outil MRDQA en version Excel, générait automatiquement les résultats sous forme des graphiques et tableaux qui ont ainsi facilité les analyses et la rédaction du rapport.

#### **c. Variables d'intérêt et définitions opérationnelles**

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

- **Documents sources** : sont de différents documents qui servent à collecter de données au niveau d'une structure de santé avant sa transmission au niveau supérieur. C'est le cas des registres au niveau centres de santé, registre CPN, registre CPS, etc....
- **Documents de transmission** : 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'égalité 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 dans l'intervalle de 90% inclus et 110% inclus.
- **Exhaustivité des rapports** : La disponibilité de tous les rapports complètement remplis (complétude interne des rapports) au niveau de la structure, qui est vérifiée par l'absence des cases non remplies.
- **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.

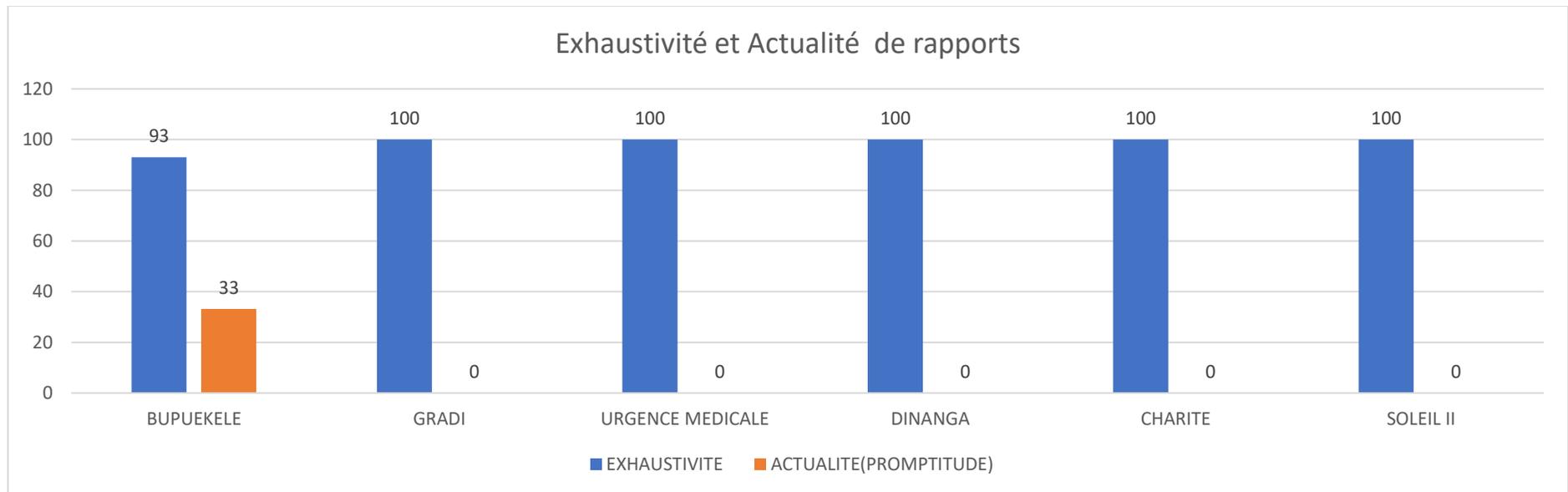
- **Sous rapportage** : est l'inverse du sur rapportage se traduisant par une couverture supérieure à 110%.
- **Le Ratio de cohérence** : Rapport entre la valeur du mois en cours et celle du même mois de l'année précédente. Si la valeur est différente de plus de 20 % (c'est-à-dire  $<0,8$  ou  $>1,2$ ), 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.

## IV. PRESENTATION DE RESULTATS

Les données issues de cette évaluation seront présentées sous forme de graphiques et tableaux en vue de montrer les 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*

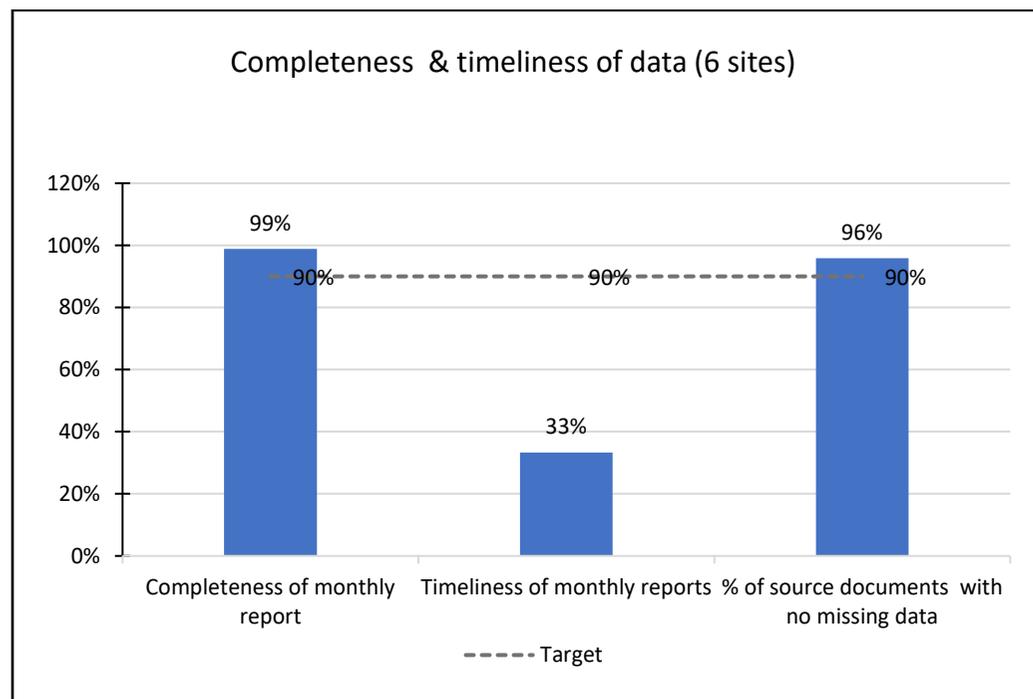
Sur les 6 structures visitées une seule (Bupuekele) avait un problème de complétude c'est-à-dire n'avait pas toutes les cellules remplies, la complétude globale a été donc ramenée à 99%. En ce qui concerne l'actualité 5 sur 6 structures avait une actualité (promptitude) nulle ; seule le CS Bupuekele avait une promptitude de 33%.

**Tableau 1: 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	Cellules complètes	Ecart entre les Cellules des SNIS normés et les cellules escomptées du SNIS actuel	Ecart entre les cellules escomptées et les cellules complètes
BUPUEKELE	163	163	152	0	11
URGENCE MEDICALE	163	163	163	0	0
GRADI	163	163	163	0	0
DINANGA	191	191	191	0	0
CHARITE	163	163	163	0	0
SOLEIL II	163	163	163	0	0

Toutes les structures sanitaires évaluées utilisaient les canevas SNIS adaptés avec le nouveau cadre normatif SNIS, parce qu'il n'y avait pas d'écarts entre le nombre de cellules dans les SNIS normés par rapport aux nombres de cellules recomptées dans les canevas SNIS utilisé par les FOSA actuellement. Seules les cases contenant les données paludisme ont été comptés.

## EXHAUSTIVITE ET PROMPTITUDE DE RAPPORTS



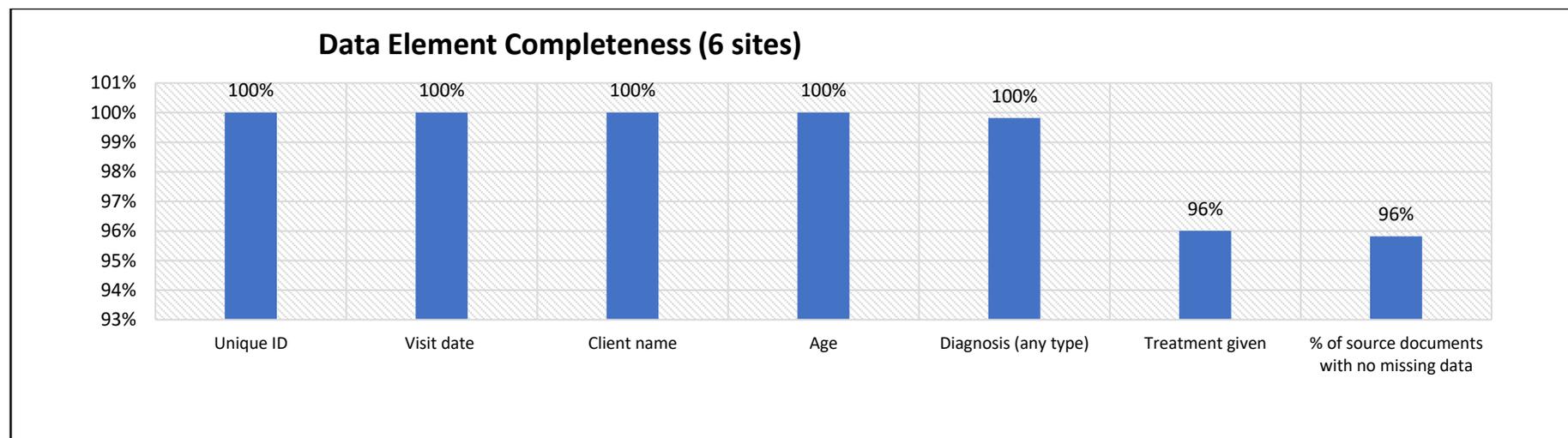
**Figure 2. Exhaustivité et promptitude de rapports**

Ce graphique ci-dessus résume l'exhaustivité et la promptitude des rapports pour la période évaluée (Juillet à Septembre 2021) pour les 6 points de prestations visités :

Ceci affirme que le Target de 90% n'a pas été atteint pour la variable promptitude qui est de 33%, La raison évoqué à cette faiblesse est la grève des infirmiers qui a fait que presque tous les rapports de la période ont été envoyé en retard au BCZS. Cinq structures ont eu chacune une exhaustivité de 100% exceptés Bupuekele.

## 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 au niveau du registre de consultation curative tenu par les unités fonctionnelles des FOSA.



**Figure3 : Exhaustivité des éléments de données**

Cette représentation graphique montre que les variables : Numéro dossier, date de visite, nom du malade, âge et diagnostic n'ont connu aucun problème de rapportage dans les registres de consultation curative, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu une information manquante à ces variables par rapport au cas de paludisme au cours de la période évaluée dans toutes les structures auditées. Les variables qui ont connu de faiblesses liées aux données manquantes dans le registre de consultation curative c'est le traitement aux ACT (96%), le diagnostic, les structures ci-après sont concernées :

- ✓ Bupuekele : (7 patients sans diagnostic et 3 sans traitement avec ACT)
- ✓ Soleil : (1 patient sans diagnostic et 8 sans traitement avec ACT)

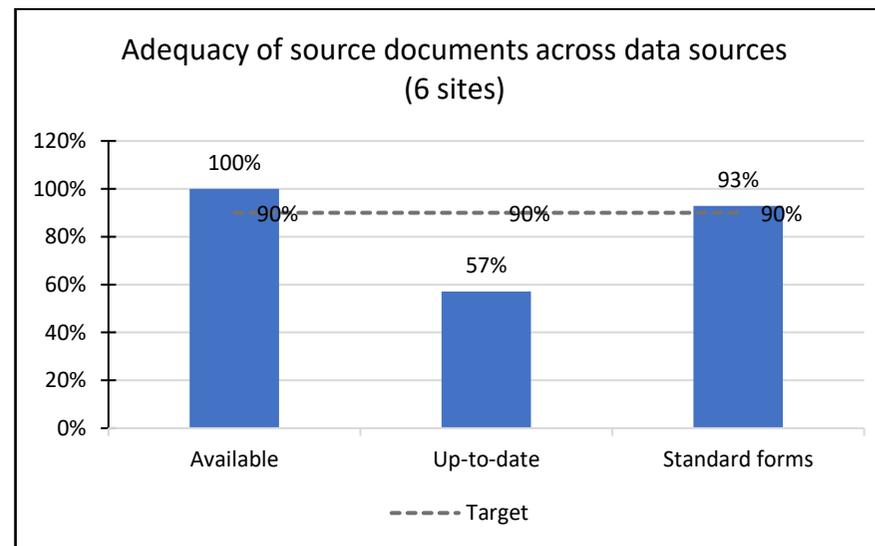
- ✓ Gradi et Dinanga ont eu respectivement 12 et 8 patients sans traitement avec ACT

Et donc la disponibilité de documents sources était à 100% lors de la visite dans ces établissements de soins. Malgré cette disponibilité l'exhaustivité des données a posé problèmes car les registres de consultations curatives étaient remplis partiellement et manquaient une partie de données du mois d'aout et de septembre au CS Dinanga et Charité. Remarquons que pour les registres tracés à la main plusieurs rubriques tels que celui du traitement ou de résultats TDR n'y étaient pas repris le cas du CS Charité et Soleil II.

### C. Exhaustivité de documents sources

**Tableau 2: Exhaustivité du document sources**

	Disponible	A jours	Standard
Registre de consultation externe	100,00%	50,00%	66,60%
RUMER	100,00%	50,00%	100,00%
Fiche de stock ACT	100,00%	66,66%	100,00%
Registre de laboratoire	100,00%	33,33%	83,30%
Registre CPN	100,00%	50,00%	100,00%
Registre CPS	100,00%	83,30%	100,00%
Fiche des Stocks TDR	100,00%	66,66%	100,00%
<b>Moyenne</b>	<b>100%</b>	<b>57%</b>	<b>93%</b>



**Figure 3: Adéquation des documents sources pour les points de prestations évalués**

Les résultats ci-dessus ont montré que la convenance entre les 3 variables (Disponibilité du document, mise à jour des informations dans le document et l'utilisation des outils standards) a posé un problème dans tous les points de prestations évalués.

La disponibilité quant à elle était de 100%, alors que la mise à jour des documents et l'utilisation de documents standards ont connu de gap leurs moyennes respectives sont de 57% et 93%.

Pour ce qui est de l'actualité de documents sources au niveau des établissements de soins visités toutes les structures avaient certains documents non à jour.

- L'actualité du registre de consultation était de 50% : 3 structures n'avaient ce document à jour (Gradi, Dinanga et Charité).
- De même une moyenne d'actualité de 50% pour le RUMER, 66% pour les fiches de stocks ACT, 33% pour le registre de laboratoire, 50% pour le registre CPN, 83 pour le registre CPS et 66% pour les fiches de Stock de TDR.

Les CS Gradi a tiré cette variable vers le bas car aucun de ses documents n'étaient pas à jour.

Quant à **l'utilisation des outils standards** du nouveau cadre normatif, les résultats de notre évaluation montrent que 66% des structures auditées avaient les registres de consultation standard ; 100% pour RUMER, les fiches de stock des ACT, le registre CPN et les fiches de stocks TDR ; pour le registre CPS et 83% pour le registre de laboratoire.

#### IV.2. EVALUATION DE L'EXACTITUDE DE DONNEES (*Seuil de qualité 90% - 110%*)

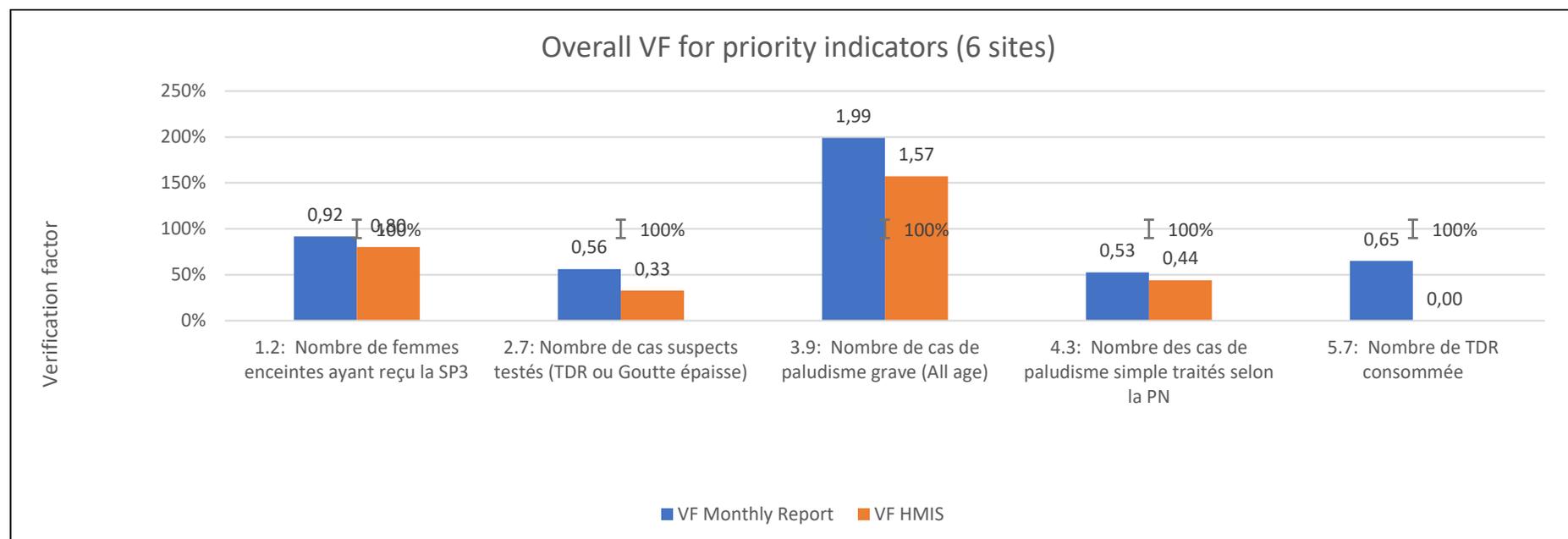
Cette évaluation consiste à calculer :

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 dur ;

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  $\geq 90\%$ ,  $\leq 110\%$

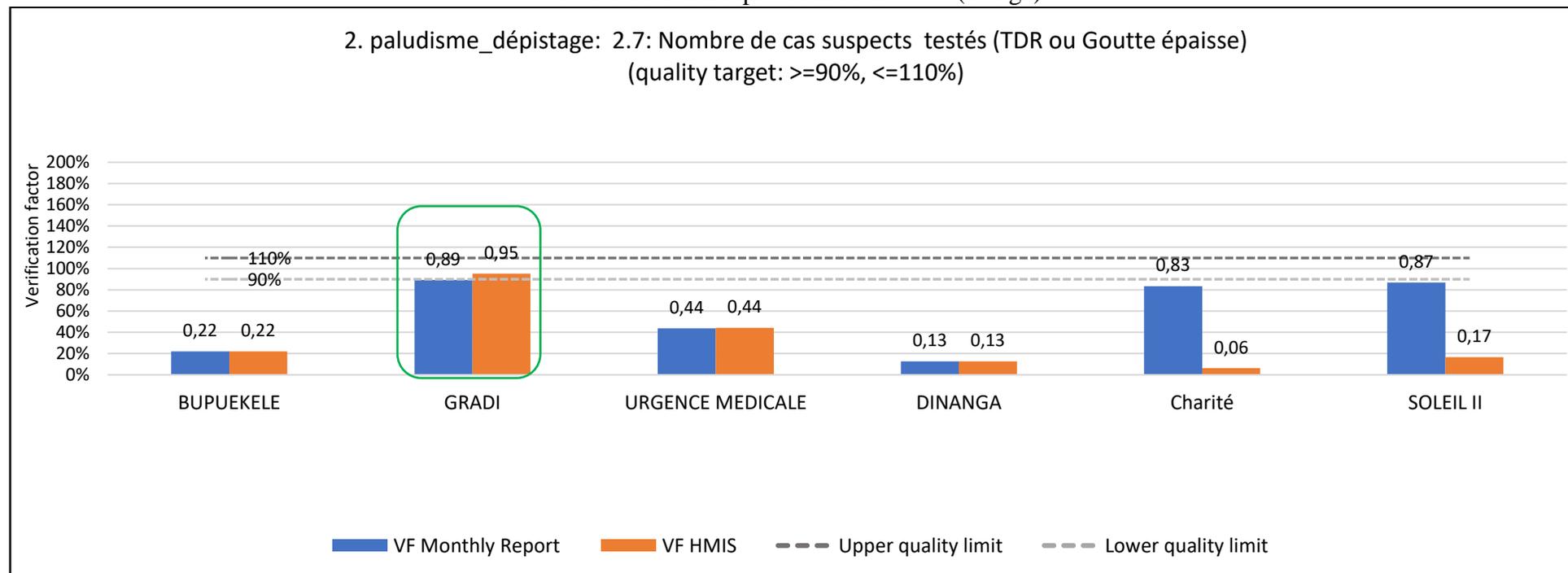
C'est ainsi, voici la distribution de l'exactitude de données par indicateur suivi lors d'audit MRDQA :



*Figure 5 Facteur de vérification de l'exactitude de données par indicateur pour les 6 points de prestations évalués*

Ce graphique a révélé qu'1 sur 5 indicateurs (nombre femmes enceintes ayant reçu la SP3 avait un VFRMA dans la marge normale et un VFDHIS2 légèrement inférieur au seuil. Les autres indicateurs avaient tous les 2 facteurs VF au-delà des fourchettes normales. Ces résultats sont dus aux problèmes de sur et sous rapportage de cas, des écarts énormes constatés entre les données retrouvées dans les documents sources avec celles transcrites dans les rapports mensuels. Notons aussi quelques discordances entre la RMA et le DHIS2 c'est le cas de presque toutes les structures. Concernant le nombre de TDR consommé l'indicateur a connu un sur rapportage car pour certaines structures le chiffre rapporté était supérieur que celui retrouvé dans le document source, et de l'autre côté cette donnée a souffert du non-encodage par le BCZS pour plusieurs structures.

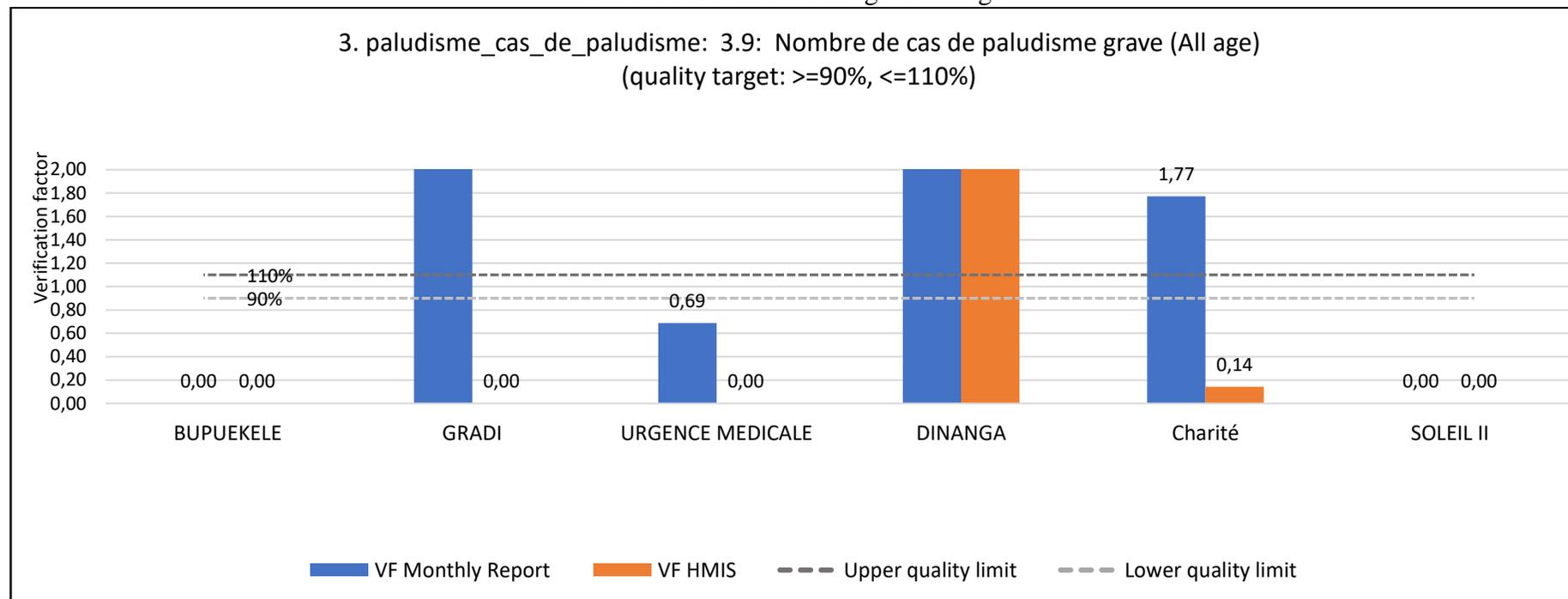
V.2.1 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas Suspects testés au TDR (all âge)



**Figure 6 : Facteur de vérification pour le nombre de cas suspects testés au TDR (all âge). Avec un Target compris entre  $\geq 90\%$  et  $\leq 110\%$**

Cette représentation graphique illustre la distribution de l'exactitude au niveau des 6 points de prestation visités par rapport à cet indicateur: 1 structure **Gradi** a les 2 VF dans la marge normale ; les 5 autres structures (Bupuekele, Urgence médicale, Dinanga, Charité et Soleil II ont tous les 2 facteurs de vérification inférieur à 90%). Les raisons évoqués ont été les IT compilaient les données de structures satellites . Une autre raison était lié à l'encodage qui faisait que les données du RMA soit différentes de celles retrouvés sur DHIS2 c'est le cas du CS Soleil II .

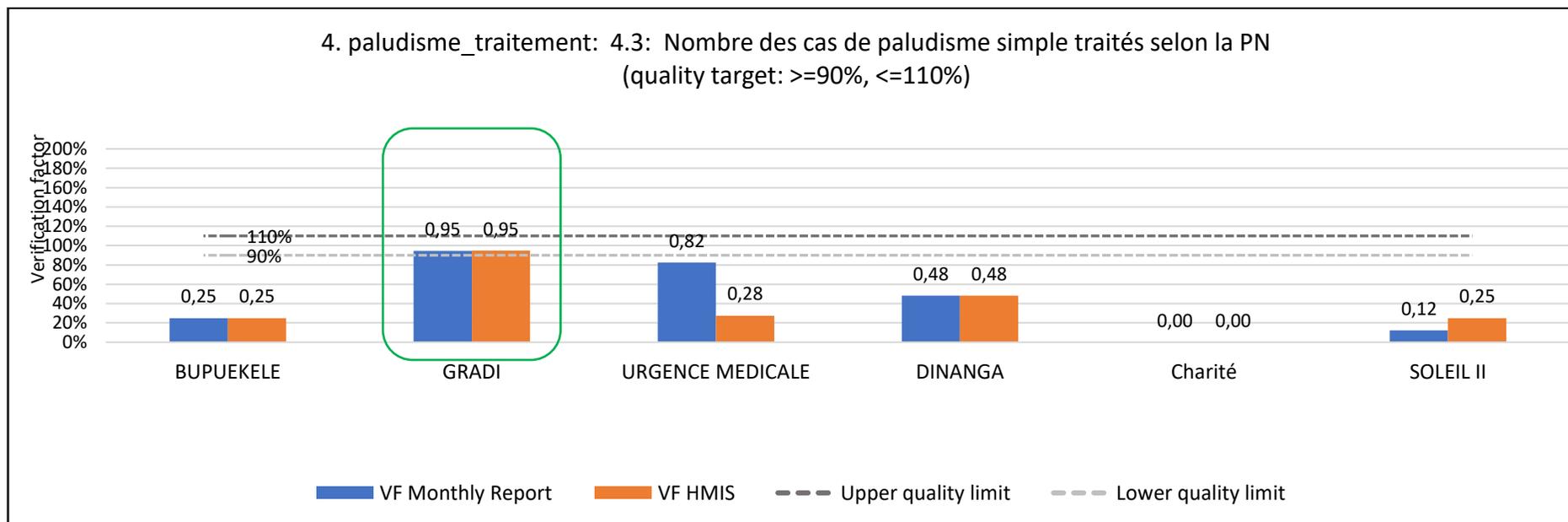
### V.2.2 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas Paludisme grave all âge



**Figure 7 : Facteur de vérification pour le nombre de cas de Paludisme grave (all âge). Avec un Target compris entre  $\geq 90\%$  et  $\leq 110\%$**

Ce 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 : Aucune structure n'a un VF dans la marge normale. Les raisons qui justifient cela est que le sous rapportage et de définitions de cas de paludisme sur grossesse étaient considérés comme paludisme simple par les IT.

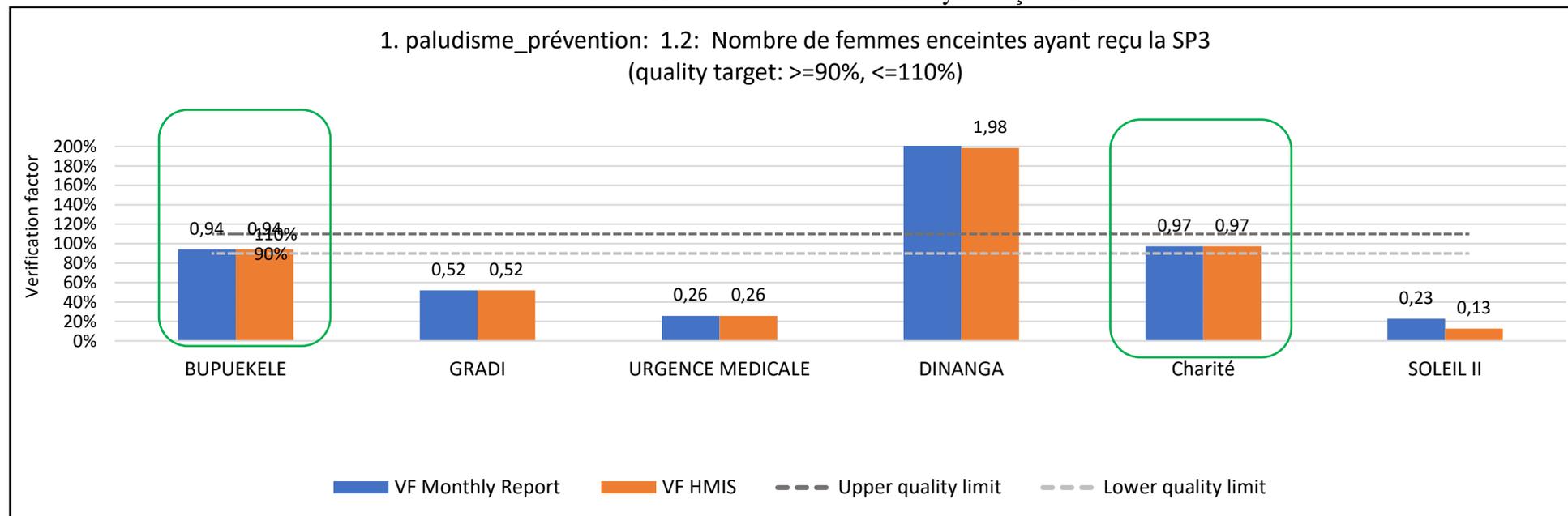
V.2.3 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas de paludisme simple traité selon la PN



**Figure 8 : Facteur de vérification pour le nombre de cas de paludisme simple confirmé traité selon la PN. Avec un Target compris entre  $\geq 90\%$  et  $\leq 110\%$**

Pour cet indicateur une seule structure (Gradi) sur les 6 visitées a les 2 VF dans la marge normale. Les autres structures : Bupuekele, Urgence médicale, Dinanga, Charité et Soleil II ont tous les 2 facteurs de vérification en dessous de 90% les raisons évoqués sont les suivantes : les erreurs arithmétiques, certains documents étaient incomplets au moment de la visite.

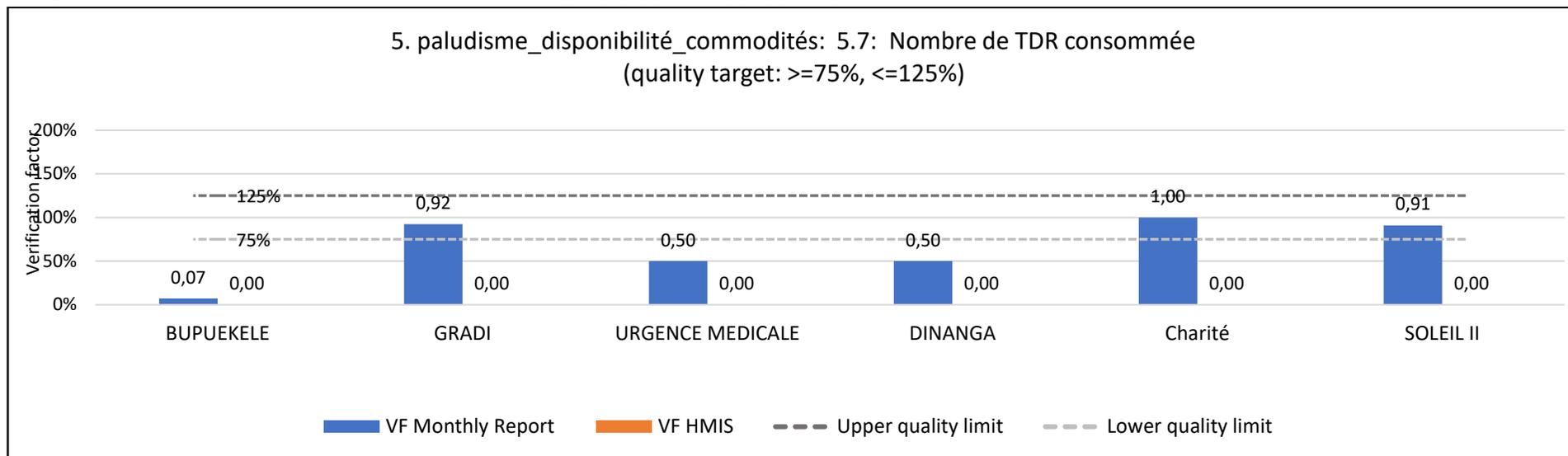
V.2.4 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de Cas de Femmes enceintes ayant reçu la SP3



**Figure9 : Facteur de vérification pour le nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3. Avec un Target compris entre  $\geq 90\%$  et  $\leq 110\%$**

Pour cet indicateur 2 structures : Bupuekele et Charité ont eu les 2 VF (RMA et DHIS2) dans l'intervalle de 90% et 110%. Cependant il a été remarqué un sous rapportage pour le CS Dinanga et un sur rapportage pour (Gradi, Urgence médicale et Soleil II). Comme raison évoqué au sur rapportage c'est que les IT compilaient les données de poste de santé.

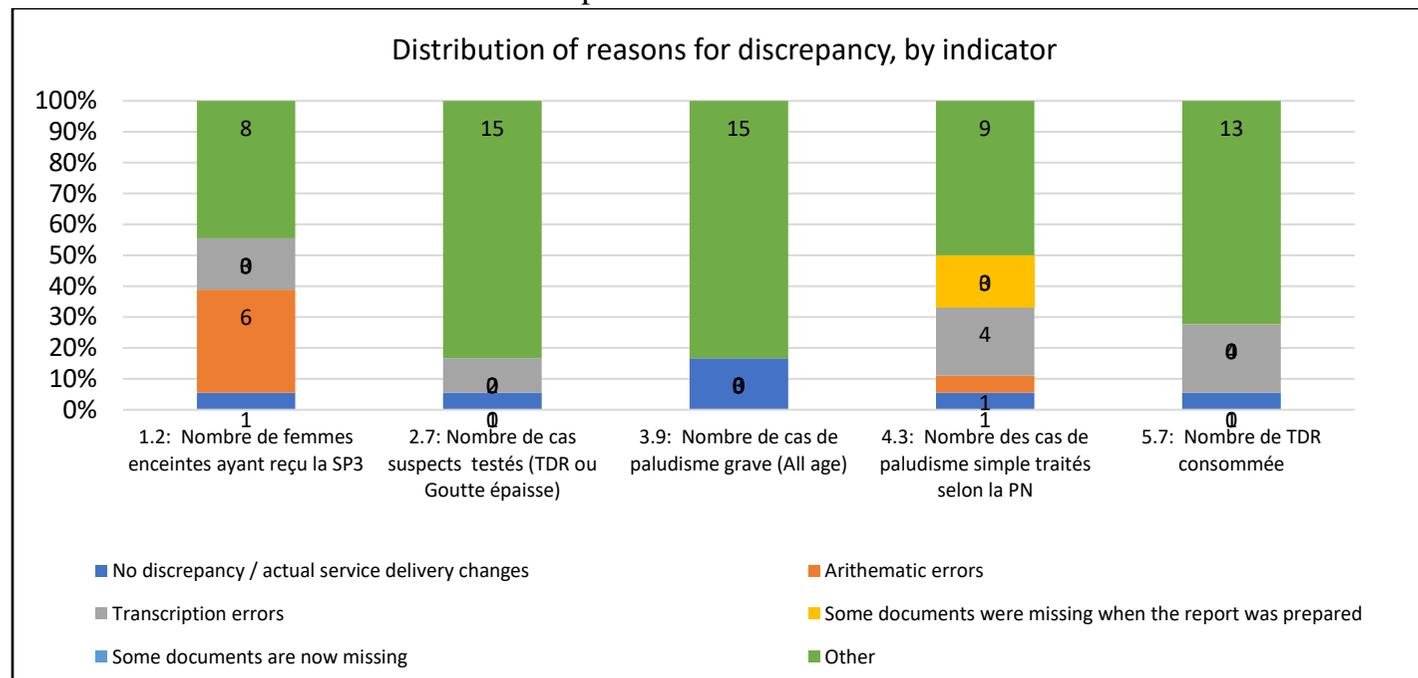
V.2.5 Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de TDR consommé



**Figure 9 : Facteur de vérification pour le nombre de TDR consommé. Avec un Target compris entre  $\geq 90\%$  et  $\leq 110\%$**

Au vu de ce graphique 3structures ont uniquement le VF RMA dans l'intervalle normale, il s'agit de Gradi, Charité et Soleil II. Les autres structures sont en deçà de 75% pour tous le 2 VF.

### IV.3. Distribution des raisons des écarts par indicateur



**Figure 10 : Distribution des raisons d'écart par indicateur**

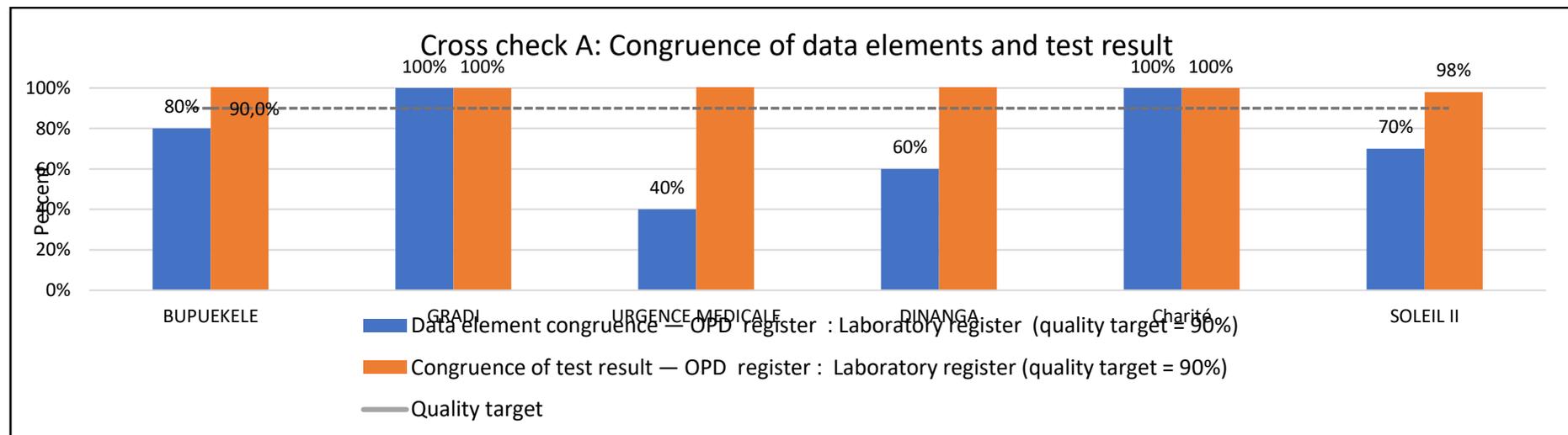
Cette figure montre la distribution des raisons pour chaque indicateur monitoré pendant le MRDQA dans les 6 points de prestation justifiant la contre-performance pour chaque indicateur dont nous devons mettre des actions pour améliorer la qualité de données dans les formations sanitaires, les raisons partagées sont les suivantes :

- Erreurs de transcription : Nombre de Cas suspects testés, nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3, nombre de cas de paludisme simple traités selon la PN, Nombre de TDR consommé.
- Erreurs arithmétiques : Nombre de cas de paludisme simple traités selon la politique nationale et nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3.

- Manque de de certains documents pendant le MRDQA : Concerne le nombre de cas de paludisme traités selon la politique nationale.

### IV.3. VERIFICATION CROISEE

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

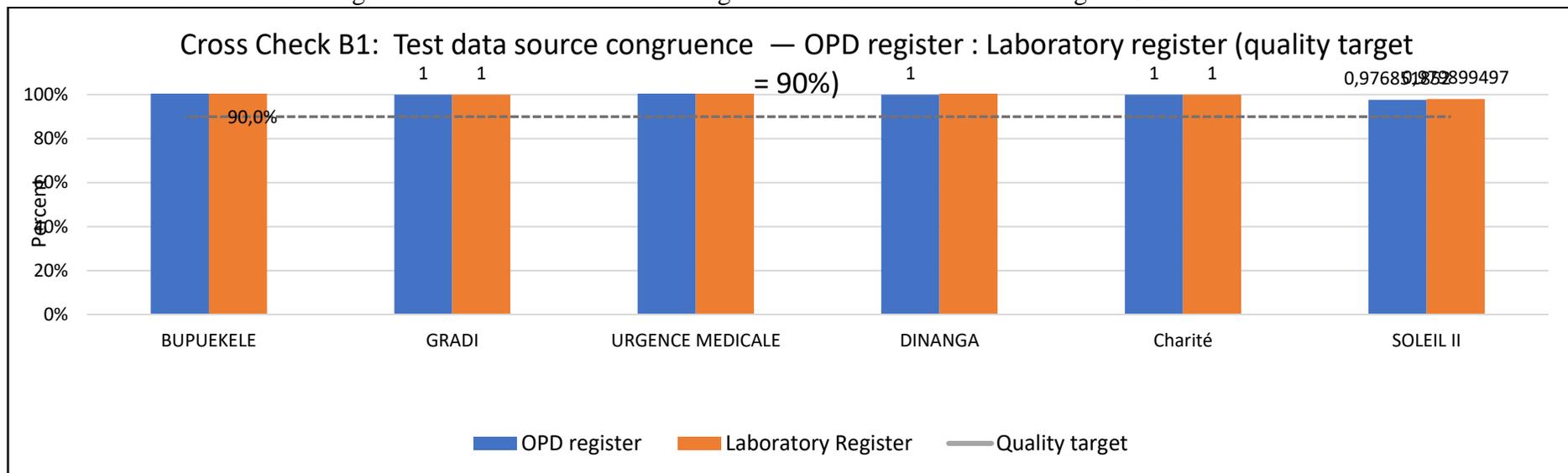


**Figure 12 : Vérification croisée registre de consultation curative/registre laboratoire**

Concernant ce graphique nous avons pu recourir au registre de consultation et aux fiches de malades et même le RUMER pour collecter les données en rapport avec la gestion des intrants de LAP car les registres de laboratoire étaient incorporés au registre de consultations curatives.

Deux (2) sur six (6) structures avaient de données concordantes à 100% : Gradi et Charité), 4 avaient de discordances entre les 2 documents sources.

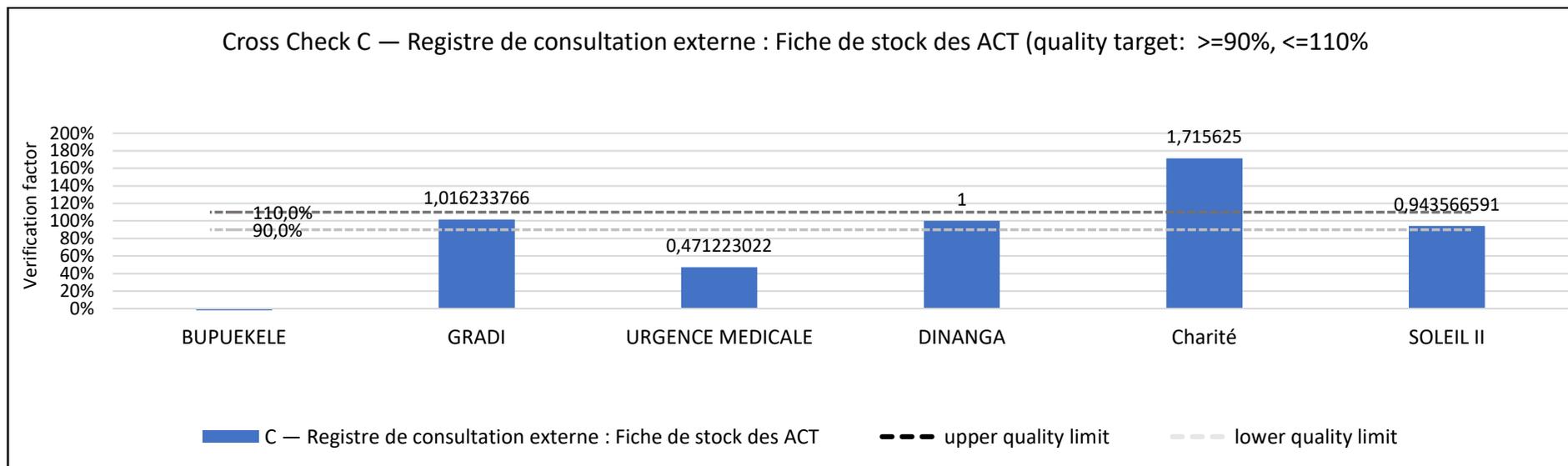
IV.3.2. Vérification croisée : Registre de consultation externe : Registre de Laboratoire avec un Target = 90%



**Figure 13 : Registre de consultation externe et le registre de laboratoire**

Cette figure nous renseigne s’il y a concordance quant à la positivité de test entre le registre de consultation et le registre de laboratoire (à la place duquel nous avons utilisé les fiches de malades pour certaines structures). Toutes les 6 structures avaient les données conformes .

IV.3.2. Concordance de données entre : Registre de consultation externe : Fiche de stock ACT avec un Target = 90

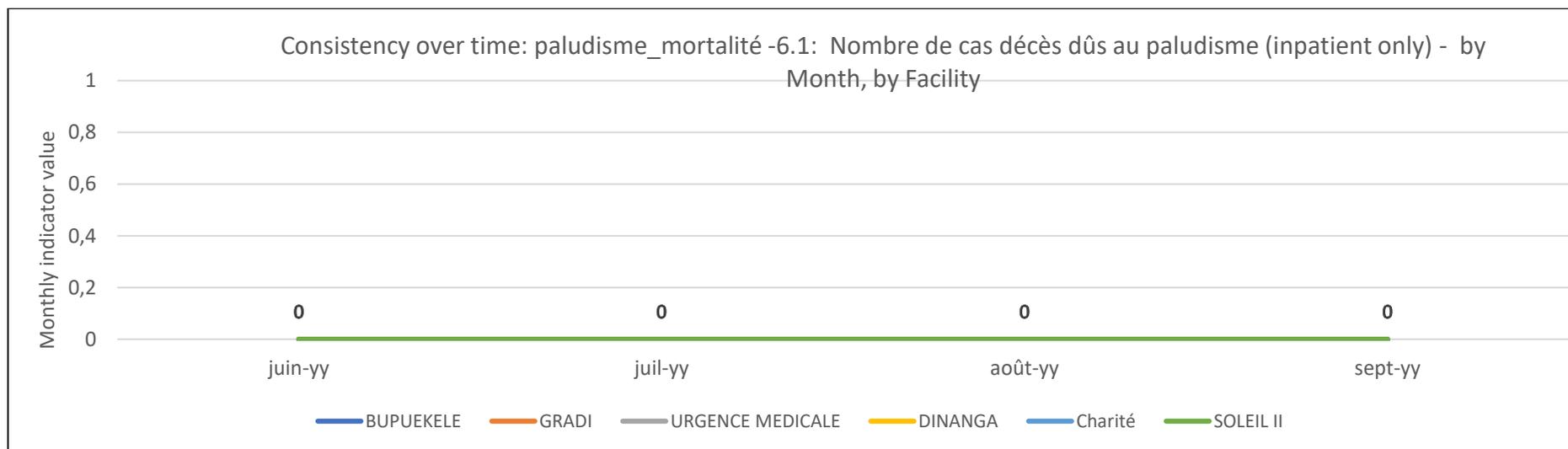


**Figure 14 : Registre de consultation externe et la fiche de stock ACT**

Sur ce graphique 3 structures ont eu de données concordantes (Gradi, Dinanga et Soleil II)

#### IV.4. CONTROLE DE LA COHERENCE ET COHERENCE DANS LE TEMPS

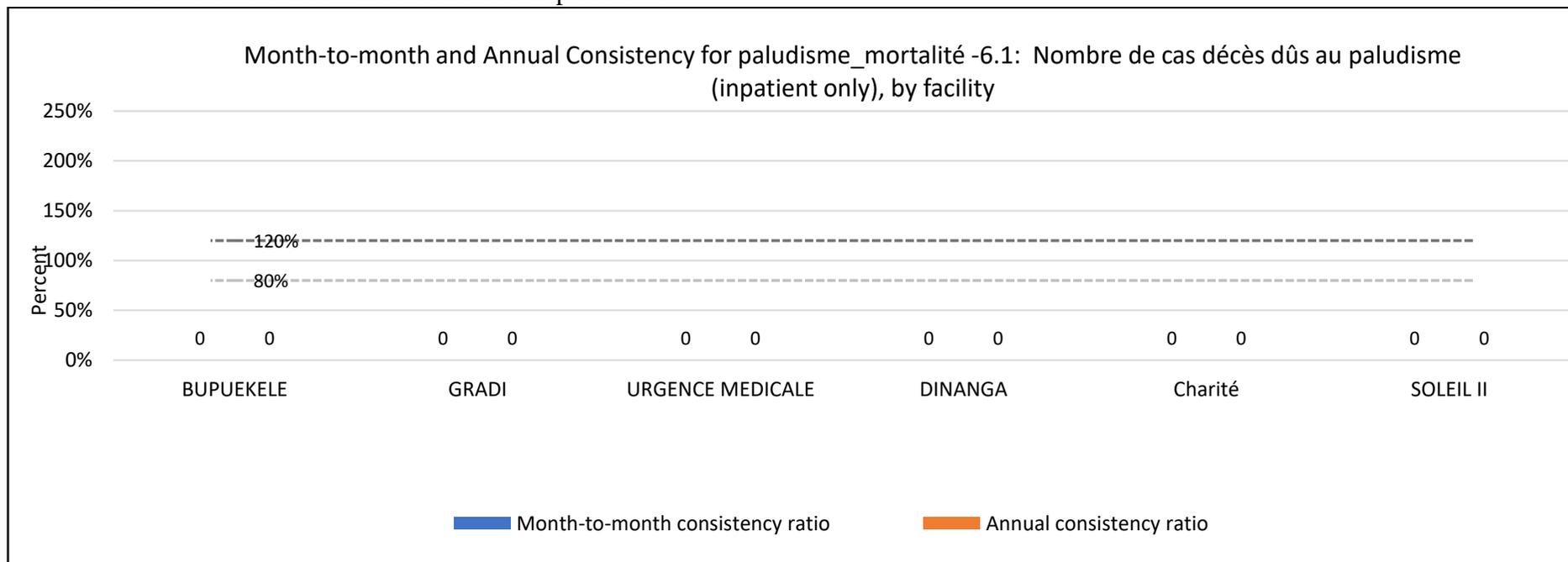
##### IV.4.1. Cohérence de cas de décès dus au paludisme de mois en mois



**Figure 14 : Cohérence de cas de décès dus au paludisme de mois en mois**

La courbe de cas de décès est resté statique sur ce graphique.

#### IV.4.2. Cohérence annuelle de cas de décès dus au paludisme

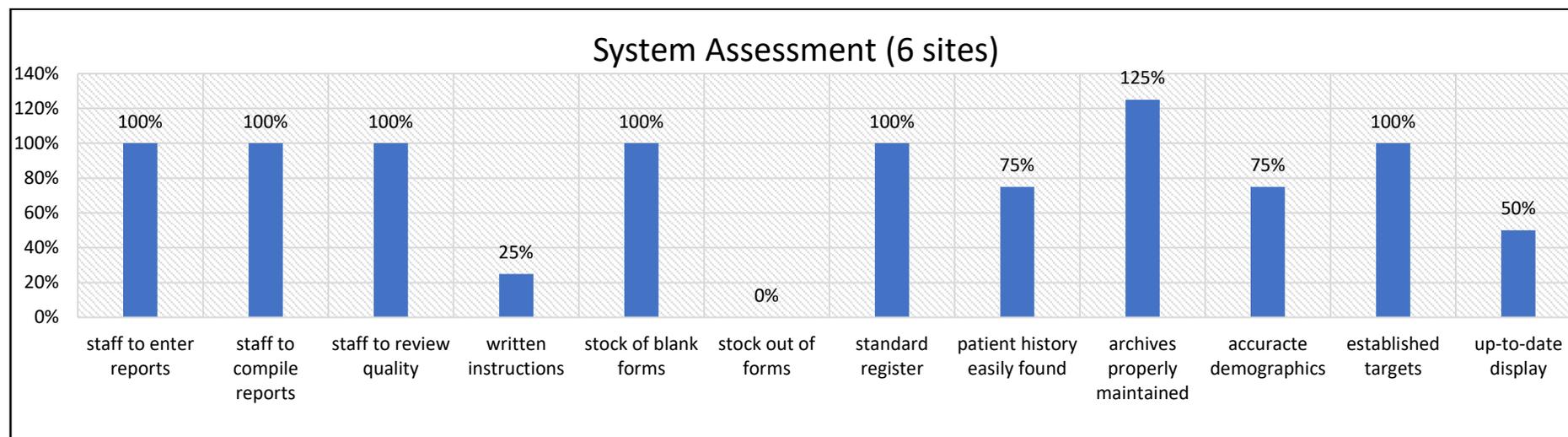


**Figure 15 : Cohérence annuelle de cas de décès dus au paludisme**

Sur ce graphique il n'y a pas eu de décès comme sur le précédent.

## 5. EVALUATION DU SYSTEME

Ce point nous a permis d'avoir certaines informations qualitatives qui soutiennent certains aspects quantitatifs, afin que la qualité de données soit améliorée dans les FOSA, sources principales dans la production de données.



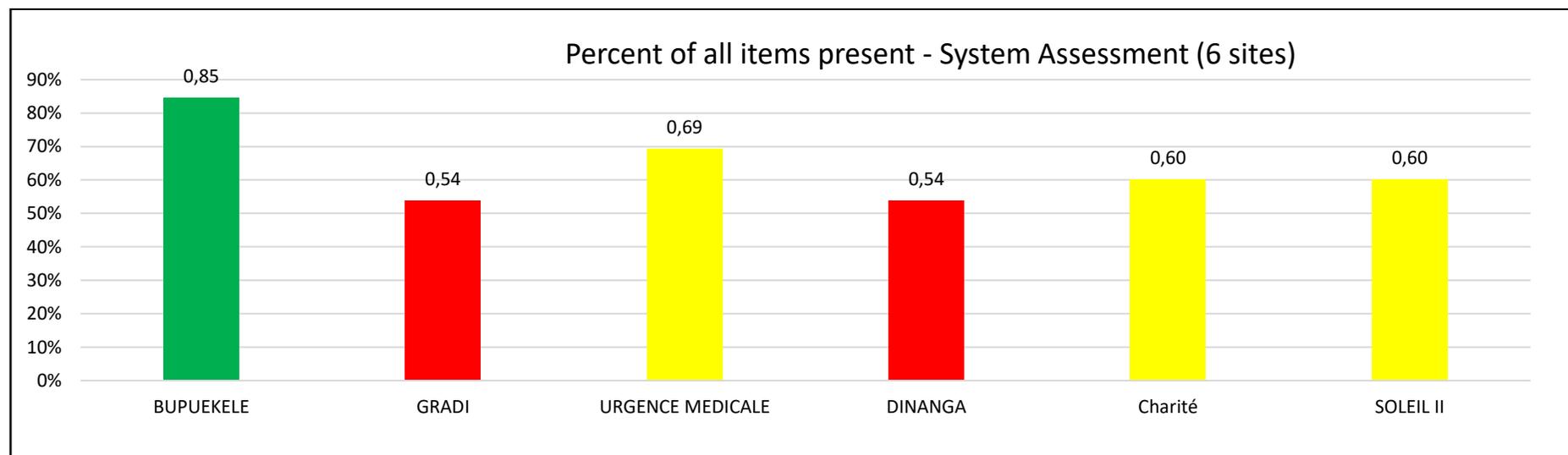
**Figure 16 : Evaluation du système au niveau de 9 points de prestation**

Sur cette figure sont présentés les résultats de la fonctionnalité du système de gestion des données dans les formations sanitaires visitées :

- 100% de structures ont déclaré avoir une personne chargée de la collecte, 100% de structures à avoir une personne qui compile les données et 100% un chargé de la vérification de données avant la transcription dans le rapport mensuel.
- 100% à avoir en réserve les outils de collecte vierges, 66% qui tiennent bien les archives sur les patients , 100% a avoir établi de cibles et objectifs à suivre.
- 25 % avoir les directives écrites, 75% où l'on peut trouver facilement l'historique du patient dans le registre de consultation, 75% détenir les informations démographiques sur leurs aires de santé

- 50% avec l'incidence du paludisme suivi par mois.

C'est ainsi que les structures ont été classées sur base de leur performance en rapport avec l'Evaluation du système :



**Figure 17 : Performance des ZS par rapport à l'Evaluation du Système**

De ce qui précède le centre de santé est le plus performant et les centres de santé Gradi et Dinanga sont les derniers en ce qui concerne la performance de leurs systèmes

## V. CONCLUSION

Cette mission d'audit de la qualité de données avec MRDQA a été réalisée dans 2 ZS urbaines. Les Zones de santé visitées avaient été sélectionnées en tenant compte de leur accessibilité géographique et du fait qu'elles n'avaient pas encore bénéficié de l'audit spécifique à la qualité des données paludisme avec l'outil MRDQA. Les véritables problèmes qui sont à la base de la mauvaise qualité de données ont été décelés.

L'Outil Malaria RDQA ayant permis la collecte et l'analyse des données, pour lesquels les résultats obtenus ont orienté la formulation des recommandations et l'élaboration du plan de remédiation lequel a été partagé aux ZS et à toutes les structures en vue d'améliorer la qualité des données de routine à tous les niveaux.

A tous les cadres du niveau intermédiaire (BISRC, BAT, PNLP), aux différents PTF et toutes les ECZS nous demandons d'appuyer les structures dans les renforcements de capacité de remplissage des outils, dans la gestion des intrants, dans l'archivage des documents et dans l'analyse et validation de données. Aux prestataires de prendre conscience du travail qu'ils font car ce sont eux les générateurs de données. Car les données de bonne qualité guident la prise de bonnes décisions.

Nous invitons toutes les parties prenantes à s'impliquer davantage dans la mise en œuvre des plans de redressement issu de cette évaluation. Nous avons formulé quelques recommandations à l'intention des ZS et des structures. Aux membres des ECZS qui ont participées à cette mission de renforcer les capacités des IT lors de supervisions sur le remplissage, l'archivage des outils ; et de les aider dans le monitoring des indicateurs paludisme.

## ANNEXE : PLANS DE REDRESSEMENT

### 1. CS BUPUEKELE

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	L'IT compile les données de postes de santé ce qui est à la base de discordances de données entre le registre consultations curatives et le RMA ainsi que le DHIS2	Disponibiliser les canevas à chaque structure qui doit rapporter directement au BCZS	ECZS	1 mois	L'IS palu faisait partie de l'équipe de supervision
2	Utilisation d'une fiche pour pour 2 malades (un au recto et l'autre au verso)	Ne pas enregistrer 2 malades sur une même fiche vu son importance médico-légale	IT	24H	
3	Faibles analyse de données avant la transcription dans le canevas SNIS	Faire la triangulation et bien vérifier les données avant la transcription dans le canevas SNIS	IT	1 mois	
4	certain documents ne sont pas à jour	Mettre tous les documents à jour pour permettre la traçabilité des données	IT	48 Heures	
5	Les femmes enceintes avec TDR positif ont reçu la SP comme traitement	Nous avons expliqué à l'IT que la n'était recommandée qu'en cas de prévention et avons recommandé à l'IS de Faire le suivi de la mise en œuvre de la politique Nationale	ECZS/IS Palu	Continu	

### 2. CS GRADI

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
--	------------------------	-------------------------------------	----------------	----------	--------------

1	Discordances de données entre différents documents sources et le DHIS2	Faire la triangulation de données avant la transcription dans le RMA	IT	Continue	
2	Tous les documents ne sont pas à jour	Mettre à jour les documents afin de permettre la traçabilité des données	IT	Permanente	
3	Faible analyse de données à la base	Faire la vérification des données avant leur compilation	IT	Continue	

### 3. CS URGENCE MEDICALE

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Plusieurs ratures et surcharges dans le registre de consultation externe	Eviter les ratures dans les registres des consultations curatives	IT	Continue	
2	Faible promptitude des données envoyé au BCZS pour toute la période	Envoyer les rapports au BCZS dans le délai	IT	Continue	
3	Discordances des données entre différents documents source et le DHIS2	Faire la triangulation de données avant la transcription dans le canevas SNIS	IT	Continue	
4	Utilisation d'une fiche pour 2 malades (les données du premier malade au recto, celles du 2e au verso).	Utiliser une fiche pour un seul malade pour éviter la confusion	IT	Continue	

### 4. CS DINANGA

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Registre de consultation rempli partiellement (les éléments sur le TDR)	Remplir correctement de manière exhaustive le registre de consultation curatives	IT	Permanente	

	réalisés et le traitement de patients absents)				
2	Tous les rapports de la période envoyé au BCZS en retard	Envoyer les rapports au BCZS dans le délai	IT	Continue	
3	Les données sur les médicaments ne sont pas traçables	Renforcer l'équipe du CS en capacité dans la gestion de médicaments	ECZS	Permanente	
4					

#### 5. CS CHARITE

	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Utilisation d'un registre tracé à la main pour les consultations curatives	Utiliser le registre de consultation curatives standard déjà rendu disponible au CS	IT	Immédiate	
2	Les cas présumés sont considérés comme traités selon la politique Nationale	Renforcer l'IT en capacité sur la définition de cas	ECZS	Continue	
3	Discordances de données dans tous les documents sources	Faire la triangulation des données avant la transcription	IT	Continue	
4	Absence de traçabilité des données dans le registre de consultations curatives (sur 10 fiches de malades tiré au hasard aucun n'a été retrouvé dans le registre)	Enregistrer les malades dans les registres selon les normes et directives nationales	IT	Continue	

#### 6. CS SOLEIL II

· +	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Présence d'un registre tracé à a main	Utiliser le registre de consultation externe standard déjà rendu disponible	IT	Immédiate	
2	Discordances de données entre le registre de consultation externe et le RMA	Faire la triangulation des données avant la transmission de rapports au BCZS	IT	Continue	
3	L'IT compile les données de postes de santé	Rendre disponible des canevas à chaque poste de santé	BCZS	30 jours	

## ANNEXE II : QUELQUES PHOTOS

Photo prise au CS BUPUEKELE lors du MRDQA dans la zs de Lubilanji



Fiche utilisé pour 2 malades au CS BUPUEKELE

International Medical Corps

ZONE DE SANTE: Bupuekele FICHE DE CONSULTATION N°: 566

CENTRE DE SANTE: C.S. DATE: 14.04.2021

Nom: M. B. D. J. Post Nom: C. B. D. J. AGE: 45 ans Sexe: M

Poids: 70 kg Taille: 1.70 m Coligence: Peche Adresse: G. H. D. J.

DATE: 14/04/21 SIRENA: 17-28792 EC: ABE FN: 11 TA: 1 TDR: 1

1. Plaine principale: Fièvre, toux sèche, toux humide

2. Plaines secondaires: anorexie et fatigue

3. Date de l'épisode malade: 12 et 13/04/21

4. Type de virus qui a causé le début de la maladie: peche, toux, toux, toux, toux

5. Antécédents médicaux: peche, toux, toux, toux, toux

6. Antécédents de maladies: peche, toux, toux, toux, toux

EXAMEN CLINIQUE:

1. Inspection (toux sèche, toux humide, toux sèche, toux humide): peche, toux, toux, toux, toux

2. Palpation: peche, toux, toux, toux, toux

3. Percussion: peche, toux, toux, toux, toux

4. Auscultation: peche, toux, toux, toux, toux

DIAGNOSTIC: peche, toux, toux, toux, toux

1. De prescription: peche, toux, toux, toux, toux

2. Conclusion: peche, toux, toux, toux, toux

CONDITIONS A TENIR: peche, toux, toux, toux, toux

Amélioration:  Non amélioré:

Prescription: peche, toux, toux, toux, toux

1. AL: peche, toux, toux, toux, toux

2. PE: peche, toux, toux, toux, toux

3. TO: peche, toux, toux, toux, toux

4. TA: peche, toux, toux, toux, toux

5. TDR: peche, toux, toux, toux, toux

Observation: peche, toux, toux, toux, toux

Transfer:

Verif:

LABORATOIRES

Al:  Ur:  S:  S:  S:

PRESCRIPTION

1. AL: peche, toux, toux, toux, toux

2. PE: peche, toux, toux, toux, toux

3. TO: peche, toux, toux, toux, toux

4. TA: peche, toux, toux, toux, toux

5. TDR: peche, toux, toux, toux, toux

The image shows a handwritten medical consultation register on a grid-lined notebook. The text is written in French and lists patient names, symptoms, and treatments. The register is organized into columns for patient information, symptoms, and medical advice.

N°	NOM	SYMPTÔMES	TRAIITEMENT
1	ABEY	...	...
2	...	...	...
3	...	...	...
4	...	...	...
5	...	...	...
6	...	...	...
7	...	...	...
8	...	...	...
9	...	...	...
10	...	...	...
11	...	...	...
12	...	...	...
13	...	...	...
14	...	...	...
15	...	...	...
16	...	...	...
17	...	...	...
18	...	...	...
19	...	...	...
20	...	...	...
21	...	...	...
22	...	...	...
23	...	...	...
24	...	...	...
25	...	...	...
26	...	...	...
27	...	...	...
28	...	...	...
29	...	...	...
30	...	...	...
31	...	...	...
32	...	...	...
33	...	...	...
34	...	...	...
35	...	...	...
36	...	...	...
37	...	...	...
38	...	...	...
39	...	...	...
40	...	...	...
41	...	...	...
42	...	...	...
43	...	...	...
44	...	...	...
45	...	...	...
46	...	...	...
47	...	...	...
48	...	...	...
49	...	...	...
50	...	...	...

*Registre de consultations curatives au CS Charité dans la ZS de Diulu*