



**République Démocratique du Congo**  
**Ministère de la Santé Publique**  
**Division Provinciale de la Santé**

**HAUT-LOMAMI**

**AUDIT DE LA QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE DANS LES ZONES DE SANTE DE**  
**KAMINA ET BAKA**  
**DPS HAUT LOMAMI**  
**RAPPORT SYNTHESE**

**Par**

**Dr Antoine UMBA ILUNGA : Assistant Technique DPS**

**Dr Berck BANZE NSENGA : Assistant Technique/PNLP**

**Dr Milan MILAMBU: CP Measure Malaria/HL**

DECEMBRE 2021

## **I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

L'amélioration du système de suivi-évaluation à travers la production, l'analyse et l'utilisation des informations du secteur de la santé est tributaire du Système d'Information Sanitaire qui est l'un des piliers du système de santé. L'information de qualité est nécessaire pour relever les défis mondiaux en matière de santé et une prise de décisions rationnelles. Cette dernière se rapporte à des informations exactes et fiables par le suivi et évaluation du système de gestion des données, qui faciliterait la surveillance et l'évaluation des progrès des objectifs.

L'absence de la qualité peut occasionner la prise des décisions erronées et nuire à un programme par l'utilisation des ressources supplémentaires, la méfiance des intervenants, l'insatisfaction des utilisateurs, et la non-atteinte des objectifs.

La mesure du succès repose sur un mécanisme fort de suivi et évaluation capable de fournir les données de qualité.

Ainsi, vue la faible qualité des données observée au cours de la revue du premier semestre 2021 dans la majorité des zones de santé et vue l'analyse des données qui a relevé :

- Le ratio de violation des données palu très élevé, soit entre 32 et 40 violations pour 100 rapports encondé dans la Zone de Santé de Kamina ;
- Un mauvais rapportage des données sur les commodités anti paludéess (TDR consommés dans les Zones de Santé de Kamina, Kabondo, Kinda, Songa, Mulongo etc), une perte des MILD dans les Zones de Kayamba, Kinda et Baka ;
- Une faible couverture (inférieure à 70%) pour les femmes enceintes ayant reçues la SP3 dans les Zones de Kamina, Kabondo Dianda, Lwamba, Kinda, Mulongo, Mukanga et Butumba.

Et après le premier passage de l'audit dans les ZS Kamina, Kabondo- Dianda et Kinda du 13 au 20 septembre 2021, le PNLP Haut Lomami, en collaboration avec le Bureau informations sanitaires, avec l'appui technique et financier de Measure Malaria, a procédé à un audit de la qualité de données avec l'outil mRDQA actualisé, du 06 au 11 Décembre 2021, au bénéfice des 6 formations sanitaires de deux Zones de Santé ciblées (Kamina et Baka).

## **II. LES OBJECTIFS**

### **II.1. Objectif général**

Contribuer à l'amélioration de la qualité des données du paludisme produites par les Zones de santé dans la province du Haut Lomami.

### **II.2. Objectifs spécifiques**

1. Évaluer la performance de rapportage en termes de disponibilité des documents sources, promptitude des rapports, exhaustivité de données dans les documents sources, et l'exactitude des données transmises au niveau hiérarchique ;
2. Evaluer la capacité de chaque structure à collecter et à produire les données de qualité, à travers leur système de gestion,
3. Déterminer les actions correctrices à mettre en place pour améliorer la qualité de l'information sanitaire à travers un plan de redressement.

### **II.3. Résultats Obtenus**

1. La performance de rapportage en termes de disponibilité des documents sources, promptitude des rapports, exhaustivité de données dans les documents sources, et l'exactitude des données transmises au niveau hiérarchique a été évaluée ;
2. La capacité de chaque structure à collecter et à produire les données de qualité, à travers leur système de gestion a été évaluée ;
3. Les actions correctrices à mettre en place pour améliorer la qualité de l'information sanitaire à travers un plan de redressement ont été produites.

### **III. METHODOLOGIE**

Cette mission s'est déroulée en trois phases principales : la phase préparatoire, la phase de la collecte des données (phase d'exécution) et la phase de rédaction du rapport.

#### **3.1 Phase préparatoire**

Cette phase a consisté en la réunion de briefing des cadres de la DPS impliqués dans le suivi et évaluation du Paludisme au niveau de la province, notamment : le PNLP (1) ; le bureau informations sanitaires (1), le bureau appui technique (1) ; et le conseiller Provincial Measure Malaria. Cette réunion s'est tenue le 05 / 12 /2021 à la salle des réunions de la DPS.

**3.2 Phase de la collecte des données :** elle s'est articulée sur la sélection des sites suivie de la collecte des données.

##### **3.2.1. Sélection des sites de vérification et échantillonnage**

La collecte des données s'est déroulée dans 6 formations sanitaires (3 par Zones de santé) ciblées des Zones de santé ci- évoquées notamment : la Zone de santé de Kamina et Baka comme décrit ci-haut.

##### **3.2.2. La collecte des données :**

L'audit de la qualité des données de routine a porté sur 4 éléments des données, à savoir le nombre des cas suspects palu testés par TDR (All age) ; Nombre de cas de paludisme grave (All age) ; Nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3 ainsi que Nombre de TDR consommée. Ces données ont été vérifiées pour la période du T3 2021 prenant en compte les mois de juillet, août et septembre 2021 en recourant à la revue documentaire (documents sources et outils de transmission croisés avec les données extraites de DHIS2).

##### **3.2.3. Participants**

Ont été conviés à participer à cette phase, les cadres de la DPS préalablement briefés sur le nouvel outil mRDQA et affectés à la gestion des données sur le paludisme notamment : le PNLP (1) ; le bureau informations sanitaires (1) et le conseiller provincial Measure Malaria. Après la vérification des données dans chaque site, une restitution a été faite à l'équipe du site ainsi qu'à l'ECZ de la ZS concernée suivi d'un plan de redressement produit à la fin de la mission...

#### **Budget**

#### **Le transport et le perdiem de la mission ont été assuré par Measure Malaria**

Tableau1 ci-dessous reprend les différents points de prestation audités pour la qualité des données de routine.

**Tableau 1 : Répartition des sites par zone de santé**

N°	Zones de santé	Sites point de prestation	Date de visite
1	KAMINA	CSR BUMI	06 Décembre 2021
		CS SHUNGU	07 Décembre 2021
		CS MAYILAMENE	08 Décembre 2021
2	BAKA	CS TABORA	09 Décembre 2021
		CS KALUNGA	10 Décembre 2021
		CS NTOBO	11 Décembre 2021

*Figure 1: Répartition des Sites par Zone de santé*

### **3.2 Collecte et traitement des données**

#### **a. Collectes des données**

L'audit de la qualité des données de routine a concerné 5 éléments des données pris de manière aléatoire à savoir le nombre de cas suspects palu testés par TDR (All age) ; Nombre de cas de paludisme grave (All age) ; Nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP3 ainsi que Nombre de TDR consommée pour la période couvrant de Juillet, Août et Septembre 2021.

Ces données ont été collectées par revue documentaire dans 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, des briefings improvisés et la restitution aux points de prestation et BCZS, avant de produire le rapport à partager avec toutes les parties prenantes.

L'outil mRDQA a aidé à collecter les données et passer en revue le système de gestion des données.

Les réunions techniques d'orientation portant sur l'uniformisation des outils et le consensus sur la compréhension des indicateurs et éléments des données à utiliser lors de cet audit de la qualité des données de routine ont été réalisées avec tous les acteurs concernés par la mission.

Quant aux prestataires, une séance de présentation de la méthodologie de travail a précédé le déroulement de l'activité et ceci pour faciliter la compréhension de manière à faire adhérer l'équipe aux résolutions issues de la collecte et analyse des différentes données produites.

#### **b. Analyse des données**

L'Outil mRDQA en Excel, génère 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 : Il s'agit des différents outils non-informatiques ou informatiques ayant servi de collecte des données au niveau de site de prestation avant sa transmission au niveau hiérarchique. C'est le cas des registres au niveau centres de santé et HGR.

- Documents de transmission : Il s'agit des différents documents non-informatiques ou informatiques (durs) ayant servi de transmettre les données du niveau site de prestation vers le niveau hiérarchique. C'est le cas des canevas des rapports mensuels au niveau centres de santé, et DHIS2 au niveau des bureaux centraux.
- Document performé : tout autre document jugé utile à la vérification des données dans le sens de la triangulation. Tel est le cas du registre de laboratoire, les fiches de stock, fiches des malades.
- Exactitude des données : Elle se rapporte à l'Egalité entre la valeur collectée et celle transmise, ou lorsque la différence entre les deux valeurs est inférieure ou égale à 10%, et se situe souvent entre 90% et 110%.
- 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.
  - d. Sous rapportage : est l'inverse du sur rapportage se traduisant par une couverture supérieure à 110%.
  - e. [Les graphiques générés automatiquement par l'outil, nous donnent les tendances de l'évolution de l'indicateur](#)

## **I. PRESENTATION DES RESULTATS**

Les résultats sont présentés par niveau d'analyse. Il est présenté d'abord la situation aux points de prestation comparée à celles constatée sur les documents transmis au niveau des bureaux centraux des zones de santé à travers le canevas SNIS et le DHIS2 et l'évaluation du système de gestion des données.

Les différents niveaux suivants seront évalués :

1. Exhaustivité des rapports et des éléments des données
2. Evaluation de l'exactitude des données
3. Vérification croisée
4. Contrôle de la cohérence des données dans le temps

## I. ZONE DE SANTE DE KAMINA

### A. COMPLETUE, EXHAUSTIVITE DES RAPPORTS, SOURCES DE DOCUMENTS

#### 1. CENTRE DE SANTE MAYILAMENE

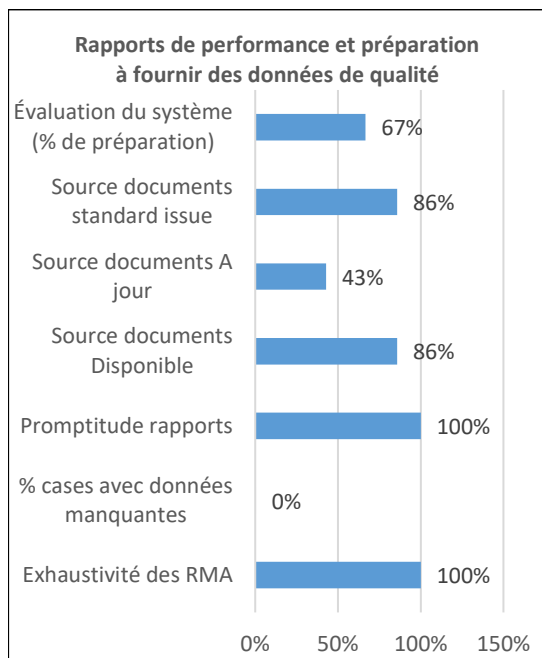


Figure 2: Rapport de performance et capacité du système à offrir les données de qualité CS Mayilamene

Cette figure renseigne qu'au CS MAYILAMENE, toutes les cases dans le RAM sont remplies car le facteur de vérification renseigne 100%, le taux de promptitude des RAM est 100%, le CS utilise un registre CPS non standard : 67% des documents standards, tous les documents d'évaluation n'ont pas été disponibles à 86%. La mise à jour des documents est à 43%, car le RUMER, le registre de consultation CPN sont non à jour. L'évaluation du système est évaluée à 67%.

## 2. CENTRE DE SANTE DE REFERENCE BUMI

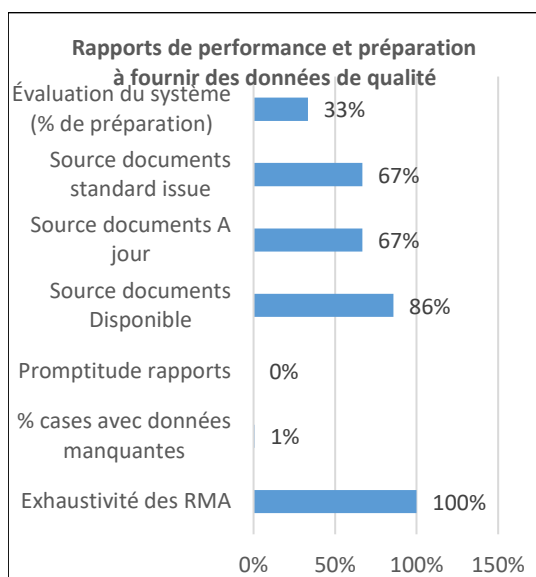


Figure 3: Rapport de performance et capacité du système à offrir les données de qualité CSR BUMI

Cette figure renseigne qu'au CSR BUMI, toutes les cases dans le RAM sont remplies car le facteur de vérification renseigne 100% d'exhaustivité, le taux de promptitude des RAM est 0% à cause des rapports SNIS transmis en retard, le CSR utilise 67% des documents standards à cause du registre des consultations externes et de laboratoire qui sont tracés à la main, tous les documents d'évaluation sont disponibles à 100%

La mise à jour des documents est à 67%, car le registre consultation et le registre de laboratoire sont non à jour. L'évaluation du système est évaluée à 33%.

## 3. CENTRE DE SANTE SHUNGU

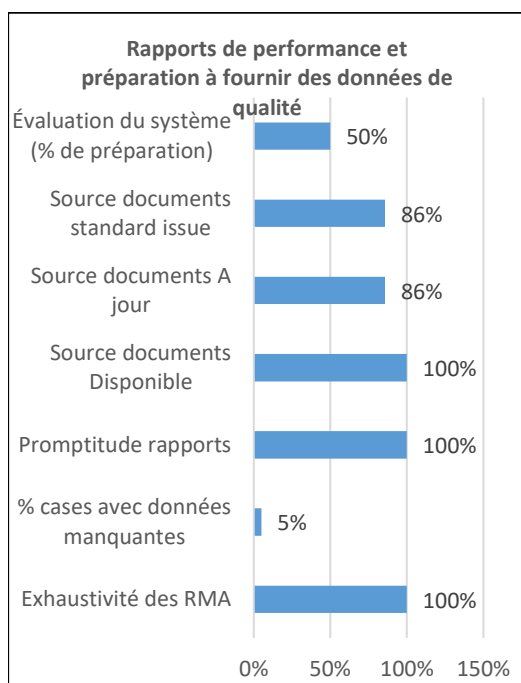


Figure 4: Rapport de performance et capacité du système à offrir les données de qualité, CS Shungu

Cette figure renseigne qu'au CS SHUNGU, toutes les cases dans le RAM sont remplies car le facteur de vérification renseigne 100% d'exhaustivité, le taux de promptitude des RAM est 100% car tous les rapports SNIS du T3 2021 transmis à temps, le CS utilise 86% des documents standards à cause du registre de laboratoire qui est tracé à la main, tous les documents d'évaluation sont disponibles à 100%

La mise à jour des documents est à 86% à cause de RUMER non à jour. L'évaluation du système est estimée à 50%.

## B. EVALUATION DE L'EXACTITUDE DES DONNEES

### 1. CENTRE DE SANTE MAYILAMENE

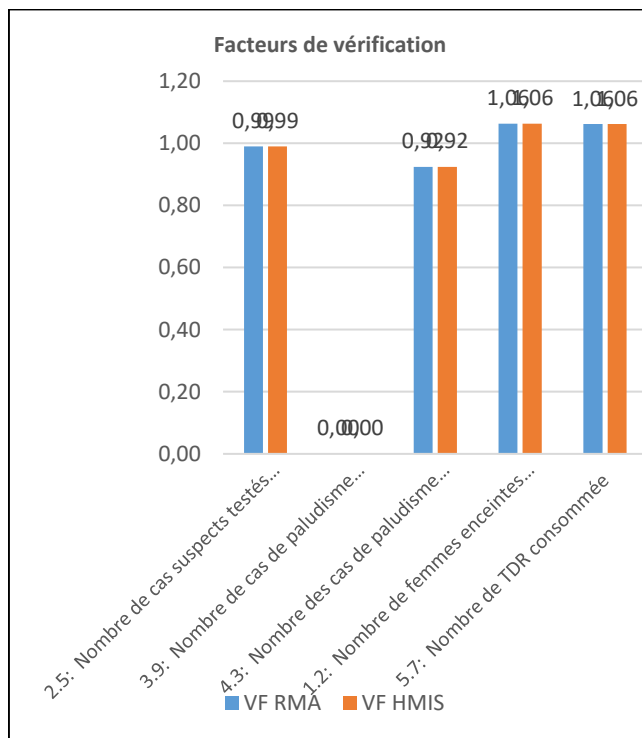


Figure 5: Evaluation de l'exactitude des données, CS Mayilamene

Ce graphique montre ce qui suit :

- Par rapport au nombre de cas suspects testés TDR, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et DHIS2 est de 0.99 (99%) pour le trimestre, ceci signifie qu'il y a eu léger surrapportage des cas entre le document source et le RAM d'une part et DHIS2 d'autres part.
- Concernant, le nombre de cas de paludisme grave ; le facteur de vérification est de 0.0 (0%) entre le RAM et le document source ainsi que le DHIS2, ceci signe aucun palu grave rapporté cas
- Par rapport au nombre de cas de palu simple traité selon la PN, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et le DHIS2 est de 0.92 (92%) pour le trimestre, ceci signe un important surrapportage des données entre ces outils.
- Concernant le nombre des FE ayant reçu la SP3, le facteur de vérification donne 1.06 (106%) entre les documents sources, le RAM et le DHIS2, c'est un léger sourapportage des cas.

Le sur rapportage noté pourrait être dû à l'erreur de comptage. L'absence d'une personne chargée de vérifier la qualité des données lors des compilations et des transcriptions.



## 2. CENTRE DE SANTE DE REFERENCE BUMI

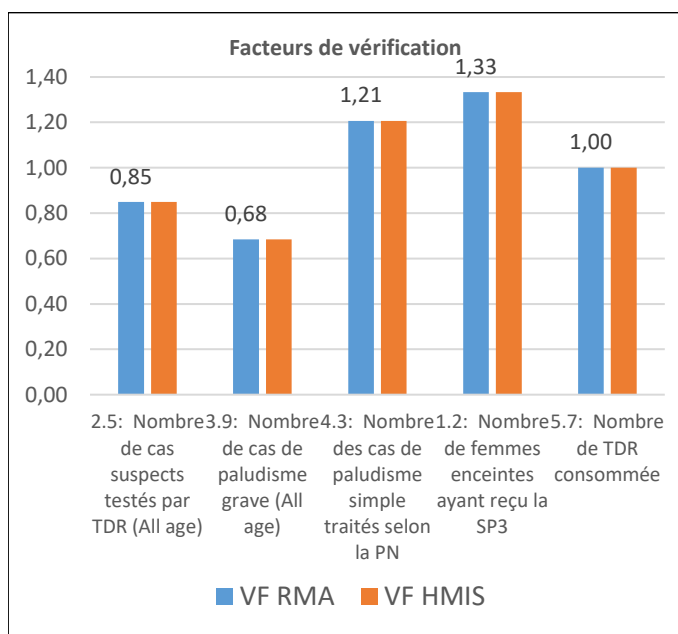


Figure 6: Evaluation de l'exactitude des données, CSR BUMI

Ce graphique montre ce qui suit :

- Par rapport au nombre de cas suspects testés TDR, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et DHIS2 est de 0.85 (85%) pour le trimestre, ceci signifie qu'il y a un surrapportage des cas entre le document source et le RAM d'une part et DHIS2 d'autres part.
- Concernant, le nombre de cas de paludisme grave ; le facteur de vérification est de 0.68 (68%) entre le RAM et le document source ainsi que le DHIS2, ceci signe un surrapportage des cas
- Par rapport au nombre de cas de palu simple traité selon la PN, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et le DHIS2 est de 1.21 (121%) pour le trimestre, ceci signe un important sourapportage des données entre ces outils.
- Concernant le nombre des FE ayant reçu la SP3, le facteur de vérification donne 1.33 soit 133% entre les documents sources, le RAM et le DHIS2, c'est toujours un important sourapportage avec des cas trouvé dans le registre CPN.

Le surrapportage noté pourrait être dû au mauvais comptage mais aussi le registre de consultation est complété en retard ce qui occasionne les omissions. L'absence d'une personne chargée de vérifier la qualité des données lors des compilations et des transcriptions et l'absence de précision de paludisme simple et grave pour quelques diagnostics aggravent la situation

### 3. CENTRE DE SANTE SHUNGU

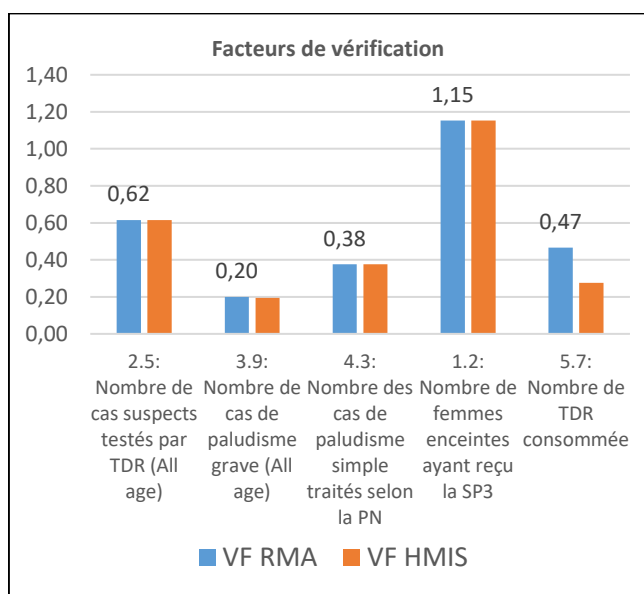


Figure 7: Evaluation de l'exactitude des données, CS Shungu.

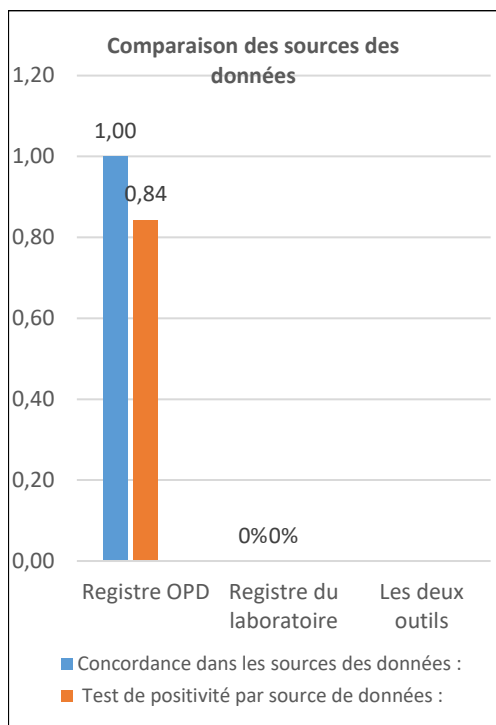
Ce graphique montre ce qui suit :

- ❖ Par rapport au nombre de cas suspects testés TDR, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et DHIS2 est de 0.62 (62%) pour le trimestre, ceci signifie qu'il y a eu surrapportage des cas entre le document source et le RAM d'une part et DHIS2 d'autres part.
- ❖ Concernant, le nombre de cas de paludisme grave ; le facteur de vérification est de 0.20 (20%) entre le RAM et le document source, ceci signifie qu'il y a eu surrapportage des cas.
- ❖ Par rapport au nombre de cas de palu simple traité selon la PN, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et le DHIS2 est de 0.38 (38%) pour le trimestre, ceci signe un important surrapportage des données entre ces outils.
- ❖ Concernant le nombre des FE ayant reçu la SP3, le facteur de vérification donne 1.15 soit 115% entre les documents sources, le RAM et le DHIS2, ce qui signe sous rapportage.

Le sur rapportage noté pourrait être dû au mauvais comptage. L'absence d'une personne chargée de vérifier la qualité des données lors des compilations et des transcriptions

## C. VERIFICATION CROISEE REGISTRE OPD ET DE LABORATOIRE

### 1. CENTRE DE SANTE MAYILAMENE

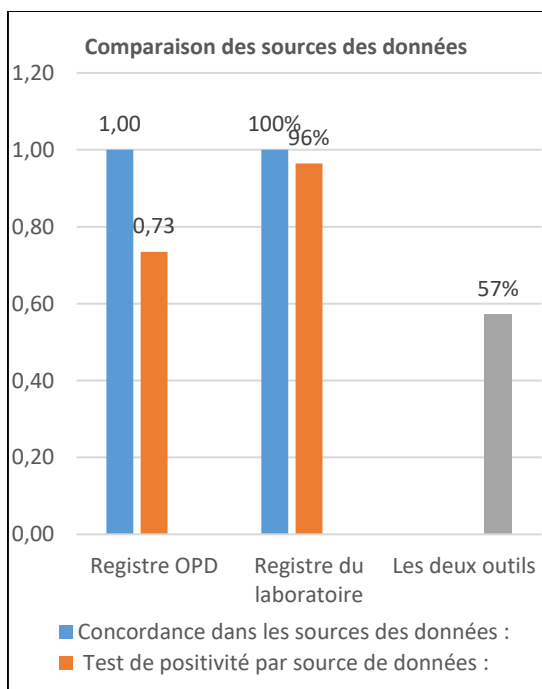


Ce graphique renseigne un taux de positivité TDR de 84% dans le registre de consultation alors qu'il est de 0% dans le registre de laboratoire, la raison est que le CS n'utilise pas de registre de laboratoire.

Il y a cohérence des données du registre OPD et les résultats trouvés sur les fiches de malade.

Figure 8: Vérification Croisée Régistre OPD et Régistre de Labo, CS Mayilamene

### 2. CENTRE DE SANTE DE REFERENCE BUMI

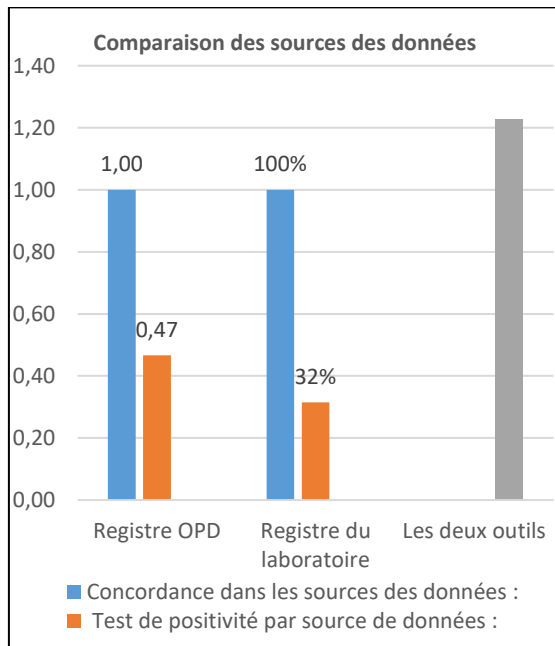


Ce graphique renseigne un taux de positivité TDR de 73% dans le registre de consultation et 96% dans le registre de laboratoire. Tout l'échantillon des malades TDR réalisés dans le registre de consultation ont été retrouvés dans le registre de laboratoire avec le même résultat TDR.

Cette cohérence recherchée entre ces deux outils.

Figure 9: Comparaison des sources CSR BUMI

### 3. CENTRE DE SANTE SHUNGU



Ce graphique renseigne un taux de positivité TDR de 47% dans le registre de consultation alors qu'il est de 32% dans le registre de laboratoire.

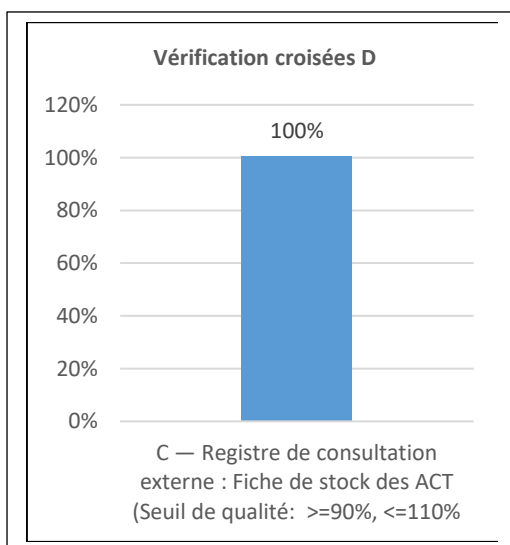
Il y a eu cohérence des résultats entre le registre OPD et celui de laboratoire.

Figure 10: Comparaison des Sources, CS Shungu.

F

## D. VERIFICATION CROISEE FICHES DE STOCK DES ACT

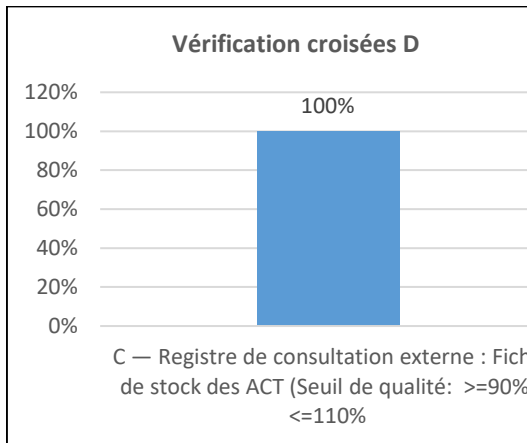
### 1. CENTRE DE SANTE MAYILAMENE



Cette figure laisse voir un facteur de vérification de l'utilisation des ACT sur fiches de stock de 100%. Ceci suppose une bonne gestion des ACT, les entrées comme les sorties donnent une cohérence.

Figure 11: Vérification Croisée Rgiste Consultation externe et Fiche de Stock ACT, CS Mayilamene

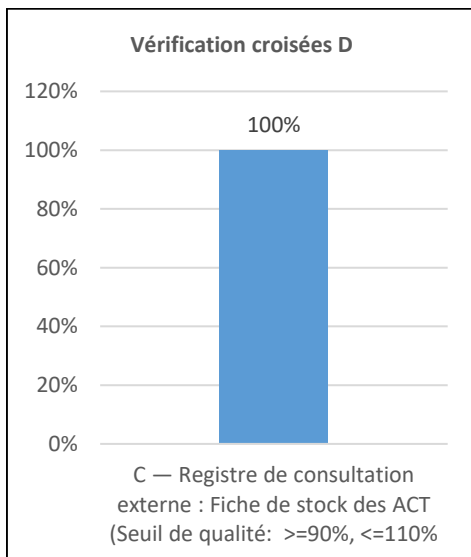
## 2. CENTRE DE SANTE DE REFERENCE BUMI



Cette figure laisse voir un facteur de vérification de l'utilisation des ACT sur fiches de stock de 100%. Ceci suppose une bonne gestion des ACT, les entrées comme les sorties donnent une cohérence.

Figure 12: Vérification Croisée Rgiste Consultation esterne et Fiche de Stock ACT, CSR Bumi

## 3. CENTRE DE SANTE SHUNGU



Cette figure laisse voir un facteur de vérification de l'utilisation des ACT sur fiches de stock de 100%. Ceci suppose une bonne gestion des ACT, les entrées comme les sorties donnent une cohérence.

## II. ZONE DE SANTE BAKA

### A. COMPLETUE, EXHAUSTIVITE DES RAPPORTS, SOURCES DE DOCUMENTS

#### 1. CENTRE DE SANTE TABORA

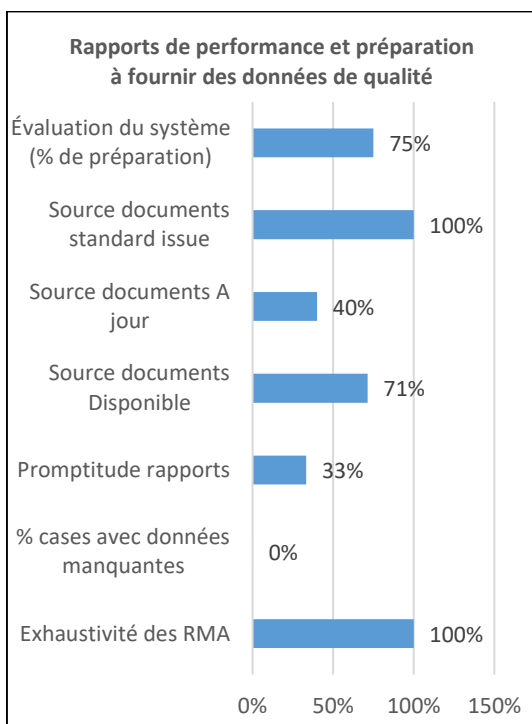


Figure 14: Exhaustivité des données CS TABORA

Cette figure renseigne qu'au CS TABORA, toutes les cases dans le RAM sont remplies car le facteur de vérification renseigne 100% d'exhaustivité, le taux de promptitude des RAM est 33% car tous les rapports SNIS du T3 2021 transmis à temps, le CS utilise 100% des documents standards, tous les documents d'évaluation sont disponibles à 75%

La mise à jour des documents est à 40% à cause de RUMER non à jour. L'évaluation du système est estimée à 75%.

## 2. CENTRE DE SANTE KALUNGA

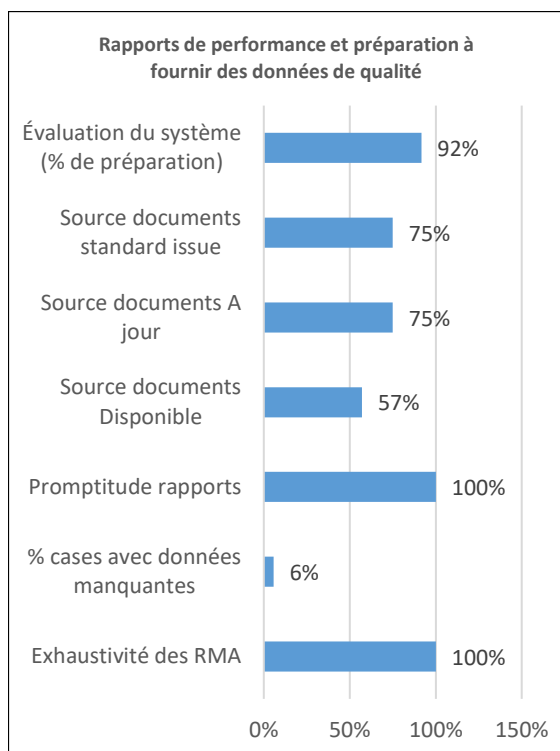


Figure 15: Rapport de performance et Capacité du système à fournir des données de qualité CS Kalunga.

## 3. CENTRE DE SANTE NTOBO

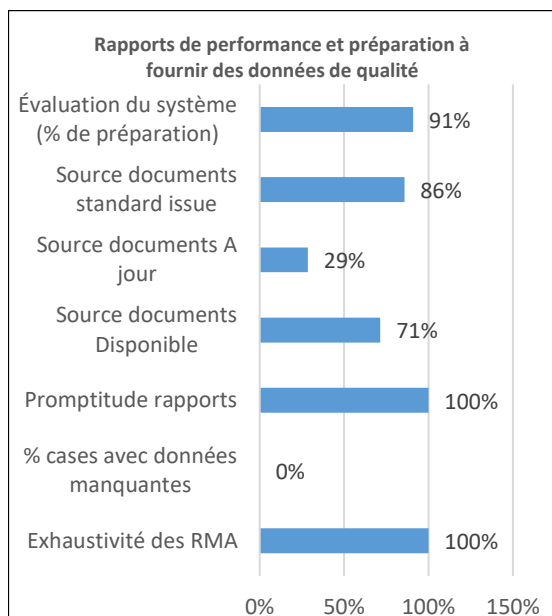


Figure 16: Rapport de performance et Capacité du système à fournir des données de qualité CS Ntobo

Cette figure renseigne qu'au CS KALUNGA, toutes les cases dans le RAM sont remplies car le facteur de vérification renseigne 100% d'exhaustivité, le taux de promptitude des RAM est 100% car tous les rapports SNIS du T3 2021 transmis à temps, le CS utilise 75% des documents standards, tous les documents d'évaluation sont disponibles à 100%

La mise à jour des documents est à 75% à cause de l'absence de RUMER. L'évaluation du système est estimée à 92%.

Cette figure renseigne qu'au CS NTOBO, toutes les cases dans le RAM sont remplies car le facteur de vérification renseigne 100% d'exhaustivité, le taux de promptitude des RAM est 100% car tous les rapports SNIS du T3 2021 transmis à temps, le CS utilise 86% des documents standards, tous les documents d'évaluation sont disponibles à 100%

La mise à jour des documents est à 29%. L'évaluation du système est estimée à 91%.

## B. EVALUATION DE L'EXACTITUDE DES DONNEES

### 1. CENTRE DE SANTE TABORA

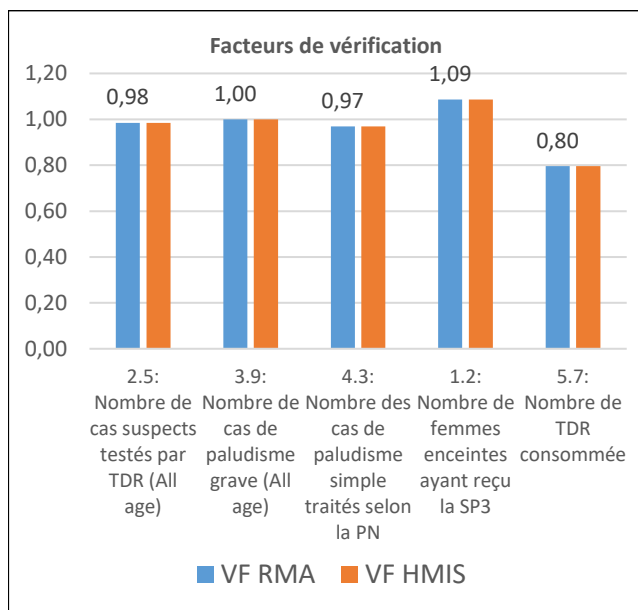


Figure 17: Evaluation de l'exactitude des données CS Tabora

Ce graphique montre ce qui suit :

- Par rapport au nombre de cas suspects testés TDR, le facteur de vérification entre le document source et le RAM est de 0.98 (98%) et entre le document source et DHIS2 pour le trimestre, ceci signifie qu'il y a un léger surrapportage des cas entre le document source et le RAM d'une part et DHIS2 d'autres part.
- Concernant, le nombre de cas de paludisme grave ; le facteur de vérification est de 1.00 (100%) entre le RAM, le document source et le DHIS2, ceci signifie qu'il y a cohérence des cas rapportés.
- Par rapport au nombre de cas de palu simple traité selon la PN, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et le DHIS2 est de 0.97 (97%) pour le trimestre, ceci signifie un léger surrapportage des données entre ces outils.

### 2. CENTRE DE SANTE KALUNGA

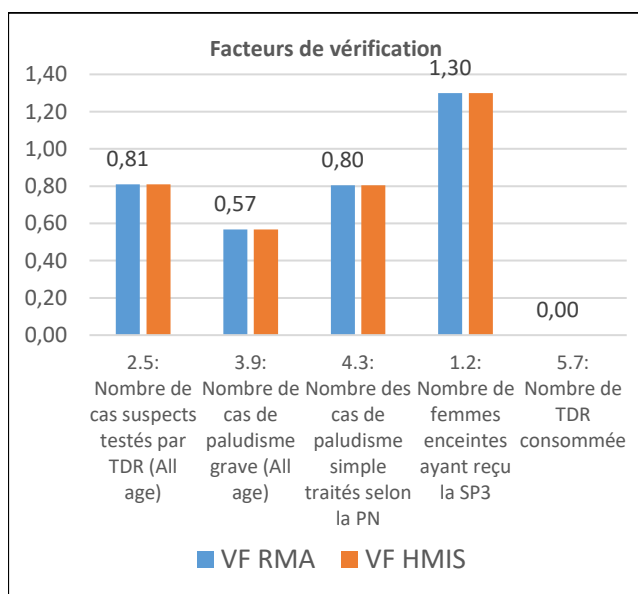


Figure 18: Evaluation de l'exactitude des données CS Kalunga.

Ce graphique montre ce qui suit :

- Par rapport au nombre de cas suspects testés TDR, le facteur de vérification entre le document source et le RAM est de 0.81 (81%) et entre le document source et DHIS2 pour le trimestre, ceci signifie qu'il y a un surrapportage des cas entre le document source et le RAM d'une part et DHIS2 d'autres part.
- Concernant, le nombre de cas de paludisme grave ; le facteur de vérification est de 0.57 (57%) entre le RAM, le document source et le DHIS2, ceci signifie un surrapportage des cas.
- Par rapport au nombre de cas de palu simple traité selon la PN, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et le DHIS2 est de 0.80 (80%) pour le trimestre, ceci signifie un surrapportage des données croisées à l'outil source.
- Ce surrapportage noté dans ce CS s'explique par le fait que l'IT compile seul les données de la structure.



### 3. CENTRE DE SANTE NTOBO

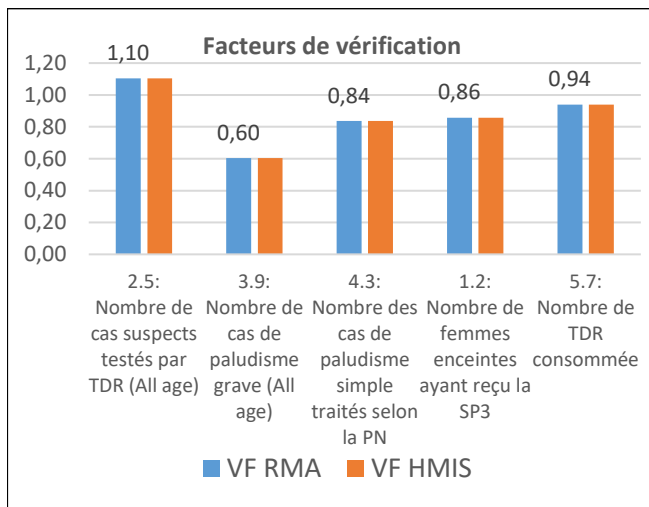


Figure 19: Exactitude des données CS Ntobo.

Ce graphique montre ce qui suit :

- Par rapport au nombre de cas suspects testés TDR, le facteur de vérification entre le document source et le RAM est de 1.10 (110%) et entre le document source pour le trimestre, ceci signifie qu'il y a un surrapportage des cas entre le document source et le RAM d'une part et DHIS2 d'autres part.
- Concernant, le nombre de cas de paludisme grave ; le facteur de vérification est de 0.60 (60%) entre le RAM et le document source et DHIS2, ceci signe un surrapportage des cas.
- Par rapport au nombre de cas des femmes ayant reçu la SP3, le facteur de vérification entre le document source, le RAM et le DHIS2 est de 0.86 (86%). ceci signe un surrapportage des cas

## C. VERIFICATION CROISEE REGISTRE OPD ET DE LABORATOIRE

### 1. CENTRE DE SANTE TABORA

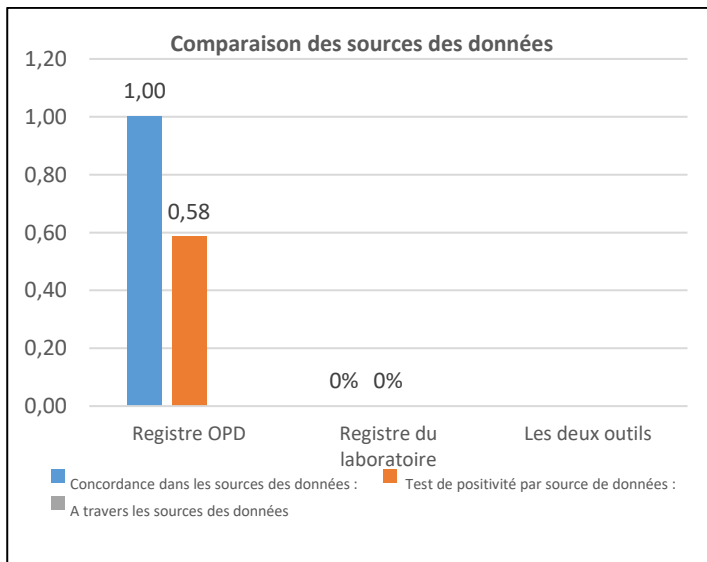


Figure 20: Comparaison des sources des données CS Tabora

Ce graphique renseigne un taux de positivité TDR de 58% dans le registre de consultation (OPD) et 0% dans le registre de laboratoire car ce registre n'existe pas dans cette structure. Le croisement a été fait avec les résultats trouvés sur les fiches de malades.

## 2. CENTRE DE SANTE KALUNGA

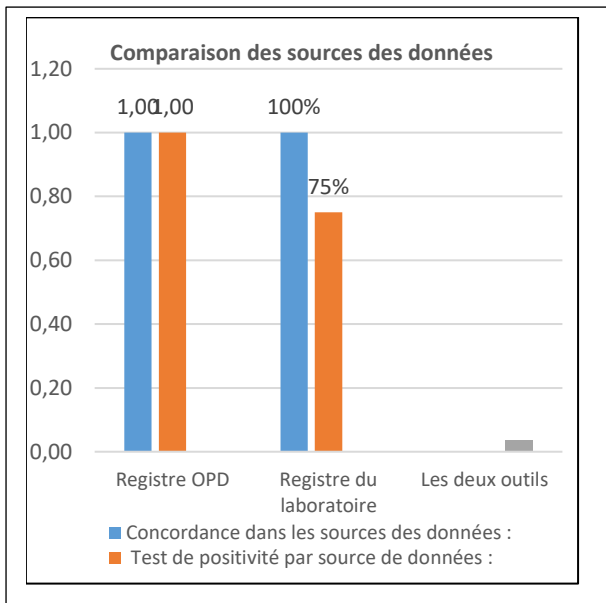


Figure 21: Comparaison des sources des données CS Kalunga

Ce graphique renseigne un taux de positivité TDR de 100% dans le registre de consultation et 75% dans le registre de laboratoire. Tout l'échantillon des malades TDR réalisés dans le registre de consultation ont été retrouvés dans le registre de laboratoire avec le même résultat TDR. Cette cohérence recherchée entre ces deux outils a été trouvée.

## 3. CENTRE DE SANTE NTOBO

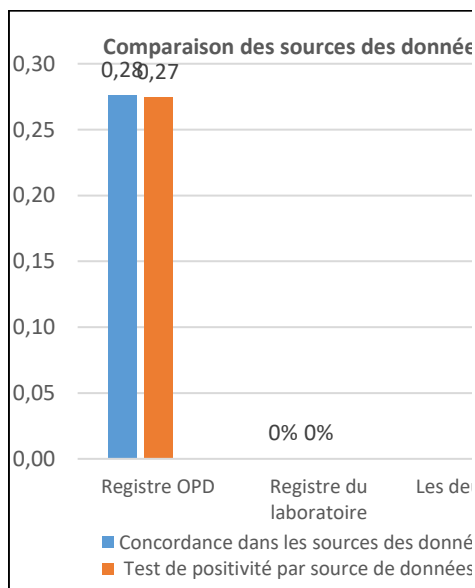


Figure 22: Comparaison des sources de données CS Ntobo.

Ce graphique renseigne un taux de positivité TDR de 27% dans le registre de consultation OPD, tous les malades au CS Ntobo sont soumis au TDR même les cas non suspects.

## 1. CENTRE DE SANTE TABORA

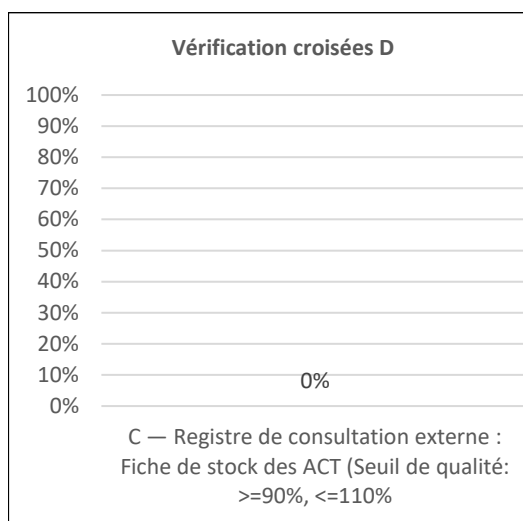


Figure 23: Comparaison des sources des données CS Tabora .

Cette figure montre un facteur de vérification de l'utilisation des ACT sur fiches de stock nul.

Cette situation est due à la présence des fiches de stock non remplies

## 2. CENTRE DE SANTE KALUNGA

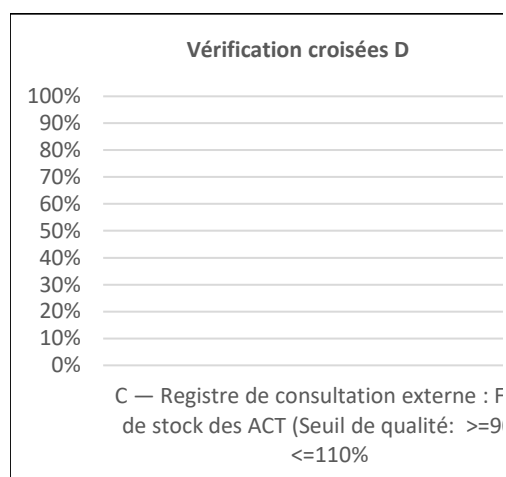
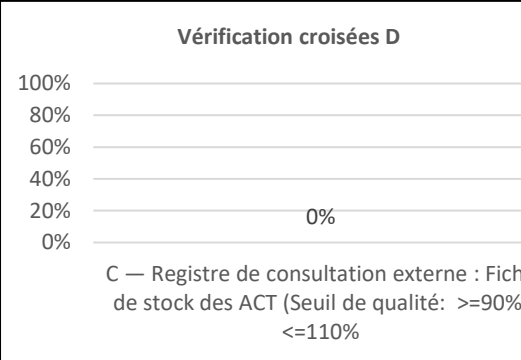


Figure 24: Comparaison des sources des données CS Kalunga

Cette figure montre un facteur de vérification de l'utilisation des ACT sur fiches de stock nul. Cette situation est due au non disponibilité des fiches ACT au CS et autres outils de gestion

### 3. CENTRE DE SANTE NTOBO



Cette figure montre un facteur de vérification de l'utilisation des ACT sur fiches de stock nul.

Cette situation est due au non disponibilité des fiches ACT au CS ou aux fiches non remplies.

Figure 25: Vérification croisée Registre OPD et Fiche de stock ACT, CS Ntobo

## PLAN DE REMEDIATION OU DE REDRESSEMENT

### I. ZONE DE SANTE DE KAMINA

#### 1. CENTRE DE SANTE MAYILAMENE

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Utilisation d'un cahier tracé à la main comme registre consultation préscolaire durant la période de T3 2021	Avons encouragé l'ITA à utiliser le registre standard mis à leur disposition par les partenaires (Maesure Malaria et Prosani USAID)	ITA	immédiate	L'IT étant indisponible pour raison de maladie, l'ITA a été chargée à prendre les responsabilités pour améliorer la qualité des données
2	Absence d'un registre standard de laboratoire et d'une personne chargé de labo	En attendant de trouver un laboratin, l'ITA a été briffé sur comment remplir le registre de laboratoire et particulièrement tous les résultats de tests de TDR effectués	ITA	Continue	L'ITA doit rendre disponible un registre normé et y remplir les résultats des examens effectués
3	Sous rapportage des données entre les documents sources et les SNIS surtout pour le mois d'août 2021	Désigner une personne chargée de vérifier la cohérence des données compilées et ne rapporter que les données issues des registres	ITA	Continue	
4	Absence de cible et tableau de bord pour les cas de paludisme	Calculer la cible mensuelle des cas paludisme et tracer le tableau de bord pour les cas de paludisme	ITA	Dans 14 jours	Existence d'un tableau reprenant d'autres indicateurs sans mettre en surbrillance les indicateurs palu

## 2. CENTRE DE SANTE DE REFERENCE BUMI

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Tous les cas suspects testés au TDR ne sont pas enregistré dans le registre de laboratoire	Mettre à jour le registre de laboratoire en remplissant tous les cas testés dans les services (urgence et pendant la garde)	Laborantin	immédiate	
2	Beaucoup des cas de paludisme ne sont pas catégorisés en paludisme simple ou grave dans le registre de consultation externe	Diagnostiquer clairement les cas de paludisme grave et simple	M Directeur CS BUMI	Une semaine	
3	Absence de cible et tableau de bord pour les cas de paludisme	Calculer la cible mensuelle des cas paludisme et tracer le tableau de bord pour les cas de paludisme	DN	Chaque mois	
4	Absence d'une personne désignée pour vérifier la qualité des données	Décrire le job description et l'importance de la personne devant vérifier la qualité des données à transmettre	M Directeur CS BUMI	72 Heures	

### 3. CENTRE SANTE SHUNGU

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Persistance de discordance (Surrapportage) de l'ensemble des données entre les documents sources et les RAM.	1. Bien compter les données des documents sources et ne rapporter dans le SNIS que les données issues des documents sources (registres ....). 2. Enregistrer tous les malades dans différents registres (y compris les malades des familles des pasteurs consultés dans des cahiers)	IT	Continue	Les données de T3 étaient en grande partie déjà complété dans les outils de gestion lors du premier passage mRDQA au mois de septembre 2021. Le CS rapporte des données qui ne proviennent pas des registres (ils compilent parfois les données à partir des cahiers de consultation détenus par les membres de l'Eglise)
2	Mauvais remplissage des outils de gestion médicaments (fiches de stock des ACT, TDR et autres intrants)	Remplir les fiches de stock selon les normes, c'est-à-dire les remplir seulement quand il y a une entrée au dépôt ou une sortie vers la petite pharmacie (pas chaque jour)	Préposée à la pharmacie	continue	La préposée à la pharmacie rempli les fiches de stock presque tous les deux ou trois jours ce qui prête confusion avec le RUMER
3	Absence d'une personne chargée de vérifier la qualité des données après compilation et avant la transmission des rapports au BCZS	Désigner une personne parmi les prestataires chargée de vérifier la qualité des données compilées (si ces données sont conformes avec les registres)	IT	Dans deux semaines	

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
4	Absence de tableau de bord des données de paludisme	Tracer un tableau de bord trimestriel de données paludisme et l'afficher au mur	IT	dans 1 mois	Le tableau de bord doit contenir les éléments suivants: Cas suspect, TDR ou GE réalisés, TDR ou GE positifs, nombre de paludisme simple et grave, décès du au paludisme

## II. ZONE DE SANTE DE BAKA

### 1. CENTRE DE SANTE TABORA

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Mauvaise tenue des fiches des stock des ACT et du RUMER (mauvais remplissage)	LIT doit accompagner le préposé à la pharmacie au bon remplissage des fiches de stock des ACT et du RUMER malgré un briefing à chaud donné par l'équipe des évaluateurs	IT	Continue	Le préposé utilise plusieurs fiches de stock pour un seul médicament et ne renseigne presque rien
2	Non usage de registre CPS	Utiliser le registre CPS et renseigner les éléments demandés	IT	A partir de janvier 2022	
3	absence d'une personne désignée pour vérifier les données des RAM avant transmission au BCZ	Désigner une personne parmi les prestataires chargée de vérifier la cohérence des données avant la transmission	IT	Dans 72H	



## 2. CENTRE DE KALUNGA

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Non enregistrement des cas de TDR faits dans le registre de laboratoire	enregistrer tous les cas testés au TDR dans le registre de laboratoire avec leurs résultats en prenant soin de reprendre de transcrire les mêmes résultats dans le registre soins curatif	IT	continue	
2	Mauvais enregistrement du diagnostic de paludisme particulièrement sans préciser si c'est simple ou grave pour certains patients et non respect de la PN de traitement	Enregistrer le diagnostic correctement dans le registre de consultation et on a rappelé les directives nationales de prise en charge du paludisme	IT	continue	
3	Sousrapportage des femmes enceintes ayant reçu la SP3 par les erreurs de comptage	désigner une personne pour aider à vérifier la qualité des données avant la transmission	IT	10 jours	
4	RUMER et Fiches de stocks de ACT et TDR non disponibles	Mettre les outils de gestion à jour et les archiver à la FOSA	IT	10 jours	L'IT a justifié la non disponibilité que les outils ont été récupérés par la hiérarchie militaire pour contrôle

### 3. CENTRE DE SANTE NTOBO

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
1	Tous les malades sont systématiquement testés au TDR ce qui donnerait lieu au gaspillage de TDR	Rappel de définition des cas palu (suspects) et soumettre au test TDR que les cas suspects de paludisme et les enregistrer dans le registre de laboratoire avec leurs résultats	IT	Continue	
2	Discordance des données (sur rapportage) entre les documents sources et les RAM	Ne rapporter dans les RAM que des données issues des documents sources en évitant de fabriquer les données. Recommandation: Désigner une personne pour vérifier la qualité des données	IT	Continue	Absence d'une personne pour vérifier la qualité
3	Fiches de stock des ACT et TDR disponibles	Briefing sur le remplissage des outils. Recommandation: Mettre à jour les fiches de stock des ACT et TDR et les rendre disponibles	IT	7 jours	Le préposé à la pharmacie ne maîtrise pas le remplissage des outils de gestion en médicament
4	Enregistrement multiple des femmes enceintes venues en visites CPN pour une même grossesse	Enregistrer une seule fois la femme enceinte qui vient en visite CPN si c'est pour la même grossesse	IT	Continue	

**Fait à Kamina, le 14 / 12 / 2021**



