



République Démocratique du Congo
Ministère Provincial de l'éducation, Santé et relations avec le Parlement
Division Provinciale de la Santé
Lualaba

**AUDIT DE LA QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE
MALARIA (MRDQA) DANS LES ZONES DE SANTE DE
Manika et Lualaba**

RAPPORT SYNTHESE mRDQA T4 2021

Par

Robert NDONDJI, Analyste et EPP à la DPS Lualaba
Stanley MUSUMBA, Provincial SM&E Advisor, Measure Malaria

Décembre 2021

RESUME

Toutes les structures collectent, compilent et exploitent les données pour développer leurs activités dans divers domaines. Cependant, le monde et la science ont leurs données propres qui se touchent, mais qui ne se pénètrent pas.

La production des données de faible qualité est issue généralement des erreurs humaines et techniques pouvant amener à des lourdes conséquences avec risque de ne pas atteindre le but et contribuer négativement aux réalisations du programme par l'utilisation des ressources additionnelles et des pertes en vies humaines pourtant évitables.

La mission de 6 jours a eu pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la qualité des données à travers la connaissance des facteurs qui entachent la qualité de la production et l'utilisation des données dans les Zones de santé en vue de proposer des stratégies d'amélioration.

Conduite en un seul pool par un binôme constitué d'un EPP de la DPS et du CP PMM, l'évaluation a été conduite dans 6 sites de prestation dont 2 centre de santé, 2 centres de santé de référence et 2 hôpitaux généraux de référence des zones de santé en raison de 3 points de prestation pour chacune des 2 zones de santé (Manika et Lualaba) à l'aide de l'outil MRDQA dont voici les résultats clés :

- Bonne complétude et promptitude des rapports 97% ;
- Faible promptitudes des rapports transmis au BCZS : 78% <97% requis ;
- 100% des documents utilisés sont standards et normés ;
- 75% des structures évaluées ne disposent pas d'un staff devant collecter, compiler et vérifier les données ;

- 50% des structures ont déclaré avoir connu une rupture en outils SNIS les trois derniers mois ;
- 25% des structures ne disposent de tableau de bord pour le suivi des indicateurs du paludisme et procèdent donc par la méthode aveugle ;
- Absence d'informations démographiques et des cibles dans toutes les structures évaluées ;
- La plupart des structure disposent d'un stock suffisant d'outils de collecte des données ;
- Faible proportion (25%) des structures qui tiennent leur réunion d'analyse des données à la base ;
- Faible exactitude des données entre différentes sources des données (RMA, Registre curatives et DHIS2) ;
- Les erreurs de transcription et arithmétiques sont les plus fréquentes avec plus 70% de ratio sur l'ensemble de celles identifiées.

- Faible rapportage des décès dus au paludisme par la plupart des structures visitées ;
- La plupart des structures ont des taux de positivité au-delà du target avec Manika marché en tête avec 100% de positivité ;
- Tous les prestataires des sites évalués ne sont pas formés en nouveau cadre normatif SNIS ;
- Faible maîtrise de la gestion logistique (SIGL) en général et des antipaludiques en particulier (outils de gestion mal tenus et non à jour dans la plu part des FOSA évaluées) ;
- Fabrication des données par certaines structures (CS Pwibwe), la structure utilise presque dans tous les cas (simples comme graves) la quinine en perfusion, mais rapporte cas traités aux ACT avec zéro cas de paludisme grave alors qu'ils ont été retrouvés et physiquement et dans le registre des consultations curatives.

Comme dit dans les éditions précédentes, l'amélioration de la qualité des données reste un processus inclusif dont le succès demande l'implication de tous les acteurs et parties prenantes à différents niveaux.

I. Contexte et Justification

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

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

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

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

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

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

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 entachent la qualité de la production et l'utilisation des données dans les Zones de santé en vue de proposer des stratégies d'amélioration.

2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Évaluer les performances de rapportage en termes de disponibilité, actualité des rapports, l'exhaustivité de données dans les documents sources ;
- ✓ Vérifier la précision, l'exactitude, l'exhaustivité, et la validité des données ;
- ✓ Evaluer la capacité de chaque structure à collecter et à produire les données de qualité, à travers leur système de gestion ;
- ✓ Déterminer les actions correctrices à mettre en place pour améliorer la qualité de l'information sanitaire à travers un plan de redressement.

III. Contenu Méthodologique

IV. Sites de vérification

Initialement prévue pour 6 jours, la mission de RDQA a été réalisée durant la période allant du 06 au 13 décembre 2021 soit 6 jours dans deux zones de santé (Manika et Lualaba).

Au niveau de chaque zone de santé, il a été choisi de manière raisonnée 2 FOSA accessibles : l'Hôpital Général de Référence/ Centre de santé de référence et un centre de santé. Hormis, la complétude des rapports dans le DHIS2 été supérieure ou égale à 80% pour le choix des ZS et sites à visiter, les autres critères de performance des indicateurs seront pris en compte (ZS performantes, moins performantes et faible) et l'accessibilité géographique.

Tableau 1 : Répartition des sites visités par zone de santé, T4 2021

N°	Nom_ FOSA	Aires de Santé	Zones de santé	Type de Formation Sanitaire	Date de la visite
1	MANIKA	MANIKA MARCHE	MANIKA	CENTRE DE SANTE DE REFERENCE	06/12/2021
2	MWANGEJI	MWANGEJI		HÔPITAL GENERAL DE REFERENCE	07/12/2021
3	KASULO	KASULO		CENTRE DE SANTE DE REFERENCE	08/12/2021
4	PWIBWE	PWIBWE	LUALABA	CENTRE DE SANTE	09/12/2021
5	MUSOMPO	MUSOMPO		CENTER DE SANTE	11/12/2021
6	MUPANJA	MUPANJA		HOPITAL GENERAL DE REFERENCE	13/12/2021

1) Collecte et traitement des données

a) Collecte des données

La période pour laquelle l'évaluation de la qualité des données paludisme a été réalisée a concerné le troisième trimestre 2021 (juillet-août-décembre)2021. Cinq indicateurs de résultats suivants seront suivis :

- Nombre des cas suspects testés (TDR), total ;
- Nombre de cas de paludisme grave, total ;
- Nombre des cas de paludisme simple traités selon la politique nationale ;
- Nombre des femmes enceintes ayant reçu la troisième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine à travers la CPN ;
- Nombre des TDR consommés.

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, la restitution aux points de prestation et BCZS, avant de produire le rapport final partagé avec toutes les parties prenantes. L'outil mRDQA révisé a été utilisé pour collecter les données et passer en revue le système de gestion des données avec une marge d'erreur de 10% pour chaque indicateur.

L'intérêt de la restitution faite en faveur des ECZS était de faire en sorte que ces dernières puissent prendre des actions non seulement pour les structures visitées, mais partager avec les autres Unités Fonctionnelles des structures non visitées pour que la qualité de données soit accrue au niveau des Zones de Santé.

Avant la descente sur terrain, un briefing a été organisé en faveur des cadres de la DPS par le Conseiller Provincial de Measure Malaria en province pour une compréhension commune sur la mise en œuvre de l'activité afin d'éviter certains biais de confusion comme de sélection. A chaque point de prestation, un cadre de la zone de santé (PF Palu ou Data Manager) nous a accompagné pour appropriation.

Du côté prestataires, les biais d'information étaient réduits par l'explication de la méthodologie de travail aux prestataires, et la facilité dans la collecte des données avec l'Outil mRDQA par les évaluateurs.

b) Sources des données

- Rapports mensuels des centres de santé ainsi que la base des données DHIS2 ont servi de première confrontation, ensuite, il a été visité les outils suivants :
- Registres des Consultations Curatives au CS et ceux des consultations externes à l'HGR ;
- Registres de Consultations Périnatales (CPN) ;
- Registres de Consultations Préscolaires (CPS) ;
- Registres de Laboratoire ;
- Registre d'Utilisation des Médicaments Essentiels et des Recettes (RUMER) ;
- Fiches de stock des ACT, MILD et TDR ;
- Rapports de supervision des ECZS aux FOSA ;
- Comptes rendus de différentes réunions d'analyse des données et de monitoring à la base tenues.

a. Analyse des données

L'Outil Excel mRDQA utilisé a généré automatiquement les résultats sous-forme des graphiques et tableaux.

b. 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 de l'intervalle de 90% inclus et 110% inclus.

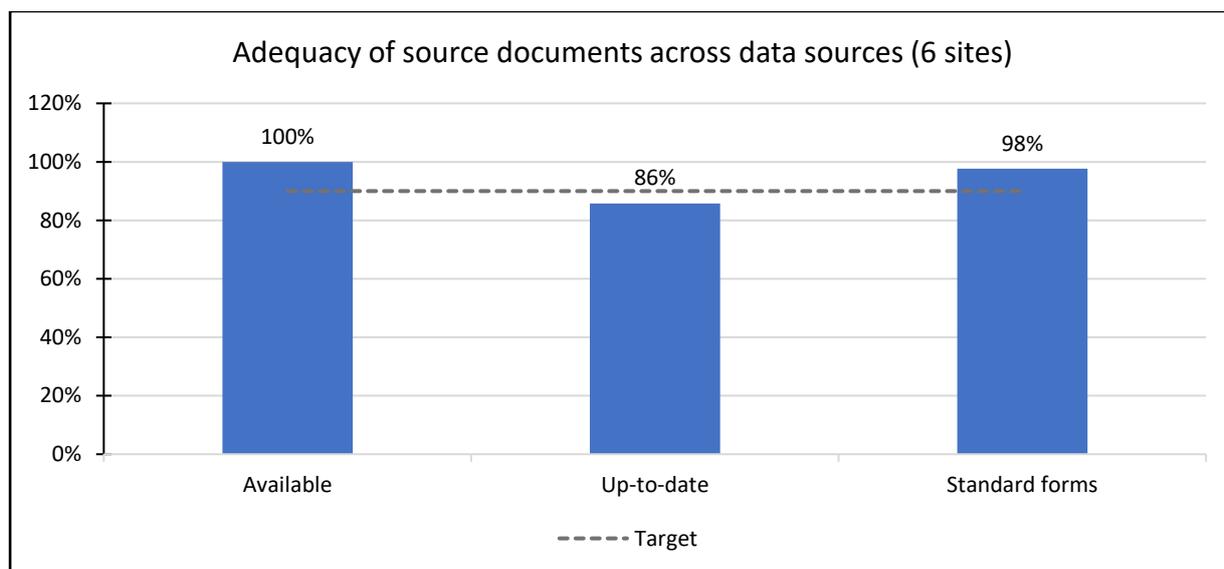
- **Exhaustivité des rapports**
- **Sur rapportage** : le nombre élevé des cas dans le document de transmission en comparaison des documents source. Il se traduit par une couverture inférieure à 90% étant donné que les données agrégées des outils de transmission sont prises comme valeur de référence.
- **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.

V. Présentation des résultats

Les données issues de cette évaluation sont présentées sous forme de graphiques et tableaux en vue de montrer certaines tendances par rapport au T3 2021 pour les mêmes 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 ainsi que l'évaluation du Système.

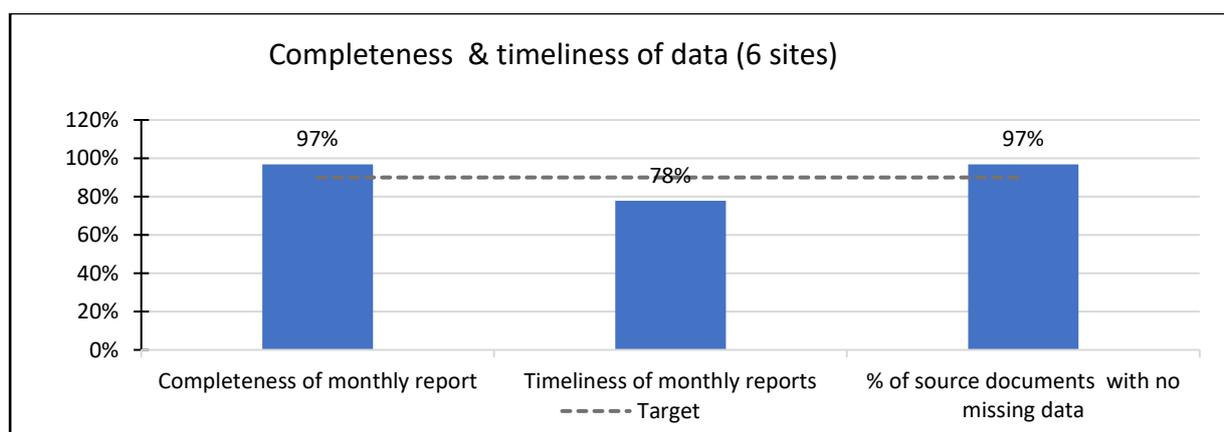
IV.1. Exhaustivité et Actualité

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



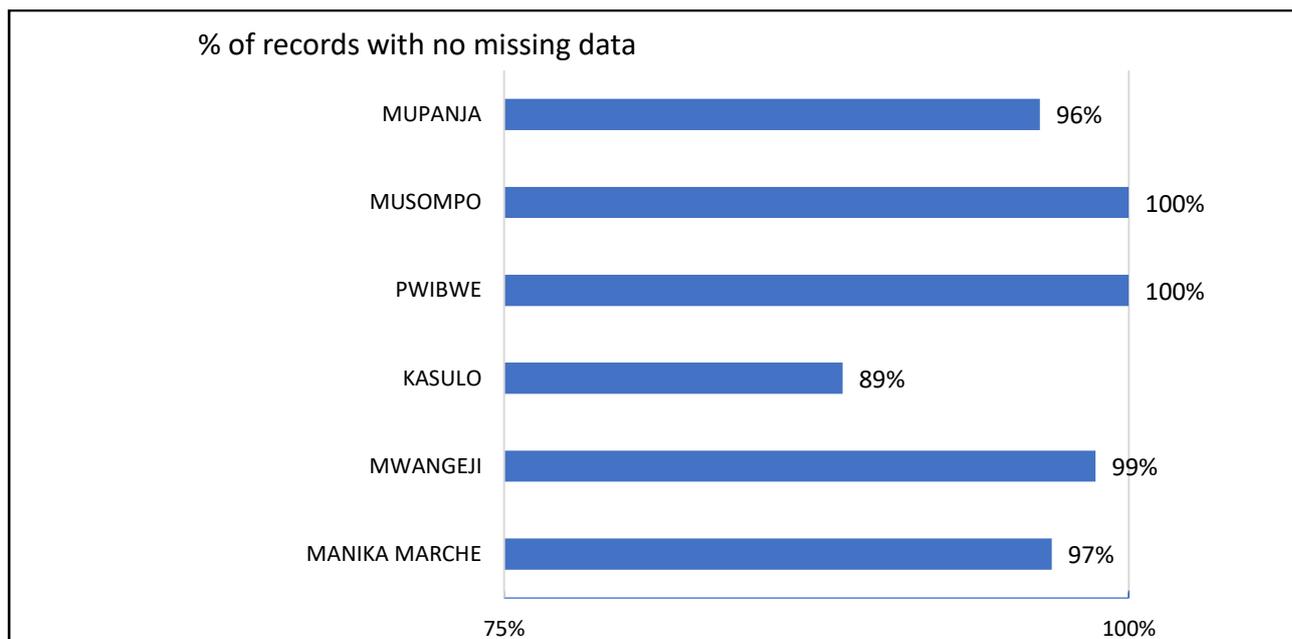
Dans l'ensemble, on note une bonne disponibilité des outils SNIS standards dans toutes les structures évaluées, cependant la plupart d'entre eux ne sont pas à jour.

Fig 2: Adéquation des documents sources au T3 2021



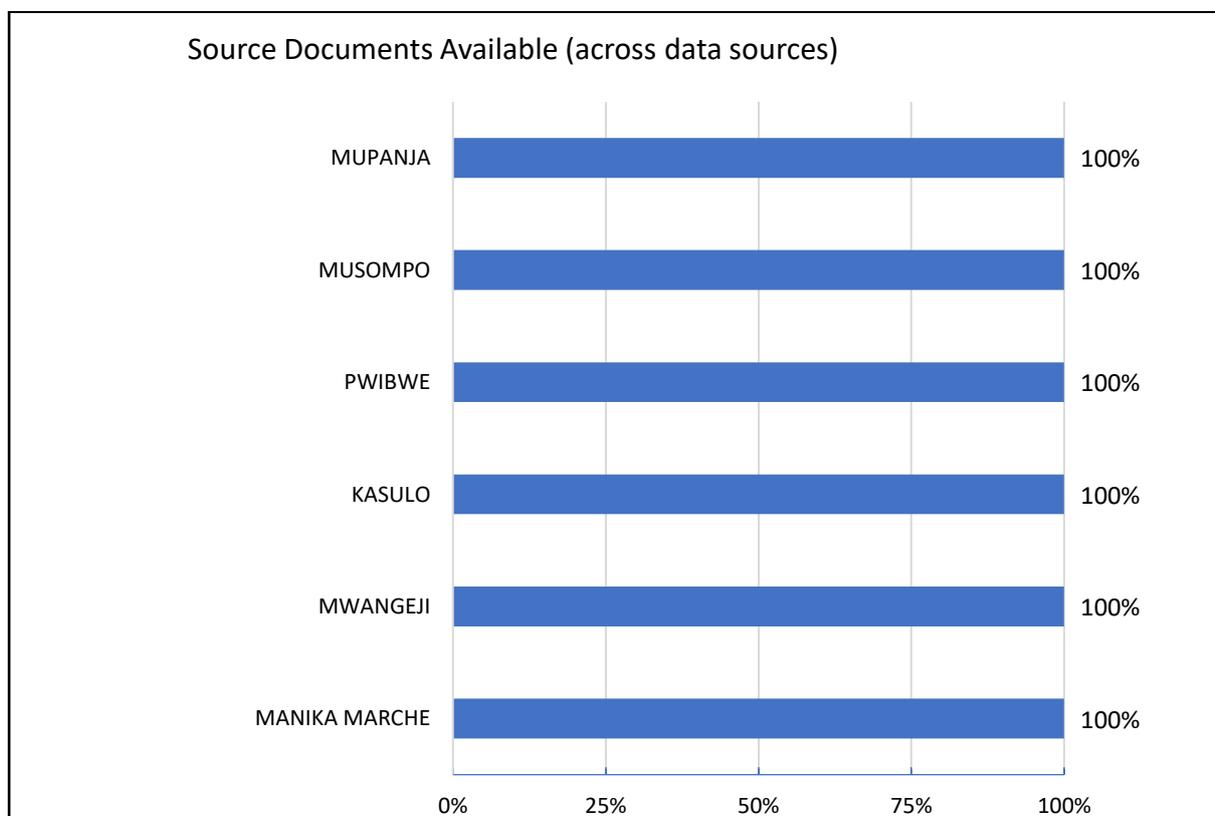
97% des rapports des FOSA sont complètement remplis et ne manquent des données. Cependant, 22% des rapports sont transmis en retard au bureau central.

Fig 3 : Répartition des sites évalués avec rapports SNIS complètement rempli au T3 2021



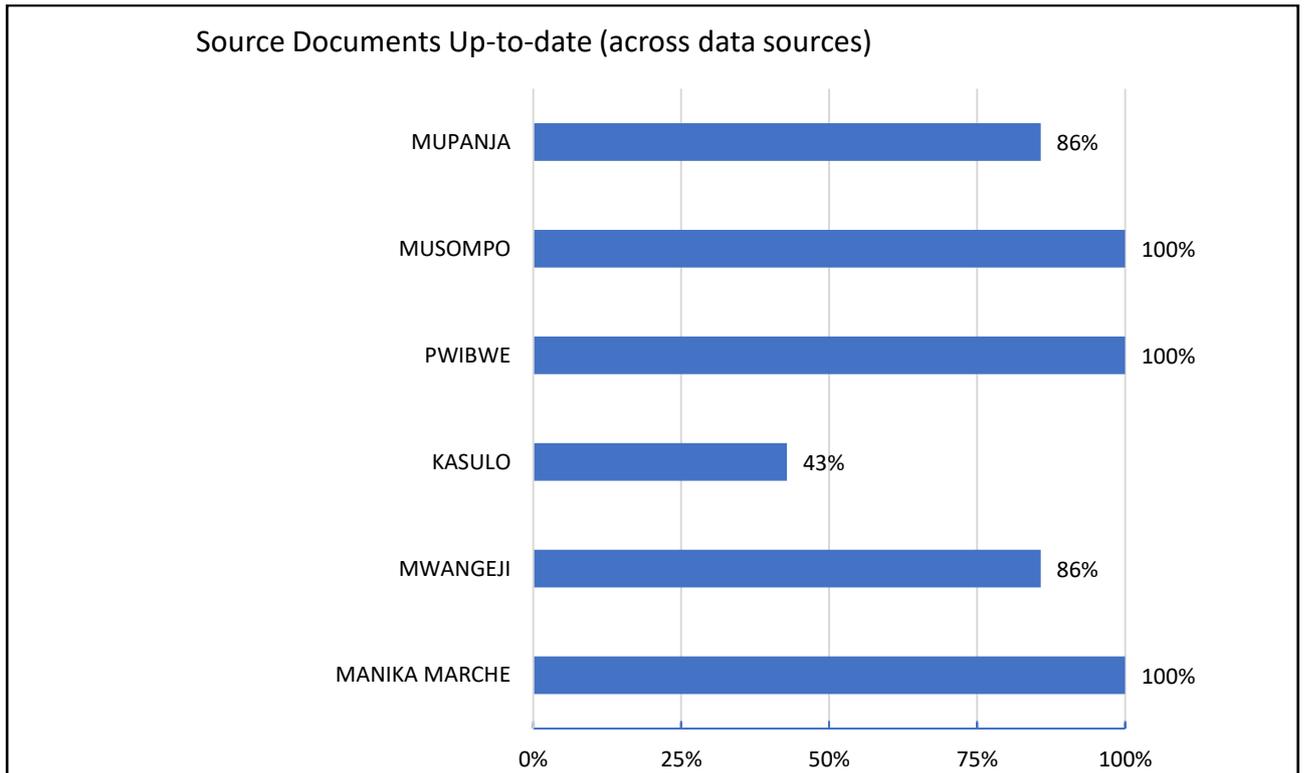
De manière générale, les structures de la ZS de Lualaba ont des rapports complètement remplis par rapport à ceux de Manika. Le CSR Kasulo mérite un suivi plus rapproché pour lui permettre de remplir complètement ses rapports transmis au BCZS.

Fig4 : Répartition des sites évalués avec documents sources disponibles au T3 2021



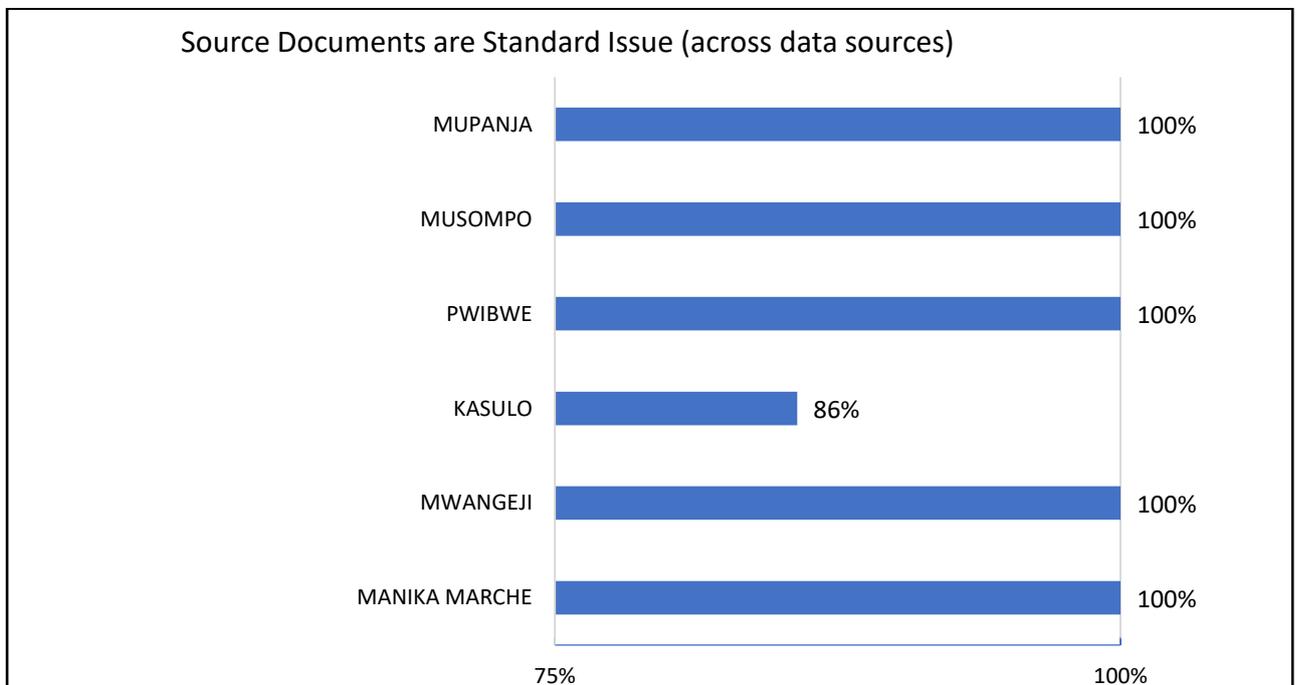
Toutes les structures évaluées disposent des documents sources standards disponibles soit 100%. Il faut saluer la proactivité des ECZS dans la distribution rapide des outils SNIS rendus disponibles par PMM aux FOSA.

Fig5 : Répartition des sites évalués avec documents sources disponibles à jour au T3 2021



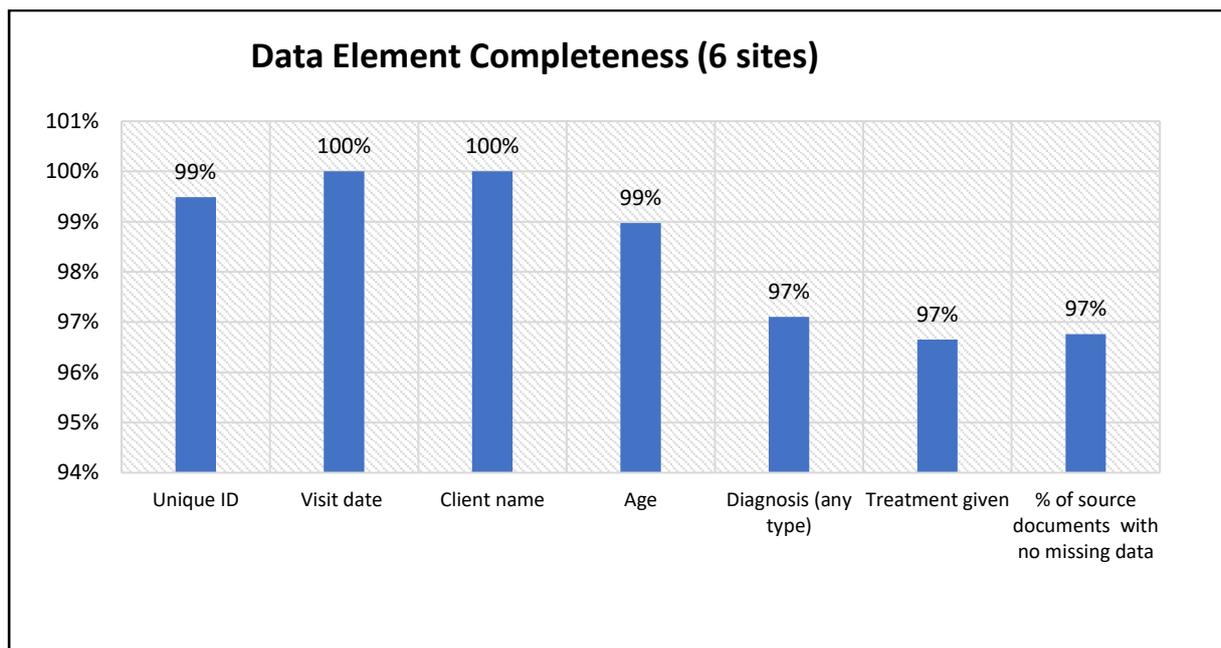
Comme dit précédemment, les FOSA de la ZS Manika, en particulier le CSR Kasulo posent encore des soucis dans la mise à jour de leurs outils si bien que ces derniers soient disponibles.

Fig6 : Répartition des structures utilisant les outils standards au T3 2021



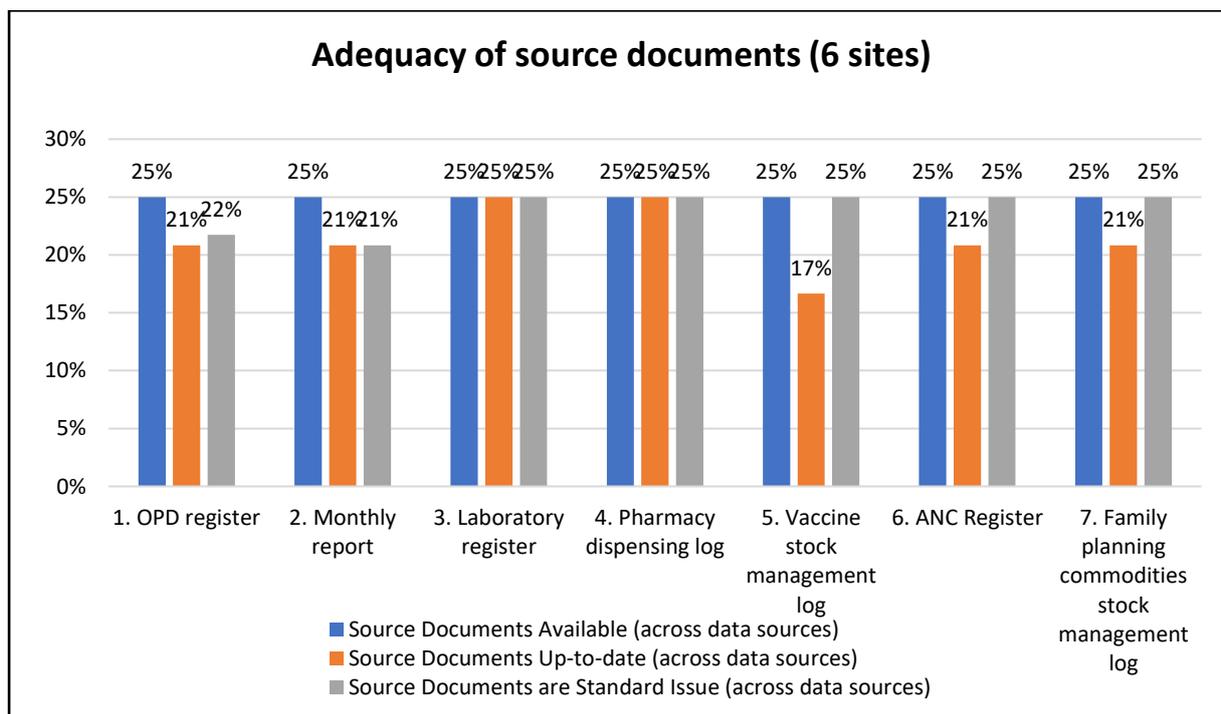
Toutes les structures évaluées utilisent au maximum des outils standards exception faite au CSR qui utilisent encore certains outils non standards, la version photocopiée de Measure EVALUATION.

Fig 7 : Exhaustivité des éléments des données pour les 6 FOSA au T3 2021



Dans l'ensemble, les dates de visite et les noms des patients sont systématiquement remplis suivis de numéros dossiers et de l'âge avec 99%. Cependant, le diagnostic et le traitement ne sont pas systématiquement attribués à tous les patients.

Fig 8 : Adéquation des documents sources, de juillet à septembre 2021



De toutes les trois variables, celle en rapport avec la mise à jour des documents a le plus souffert. Les outils de gestion des médicaments comme le RUMER continuent à souffrir.

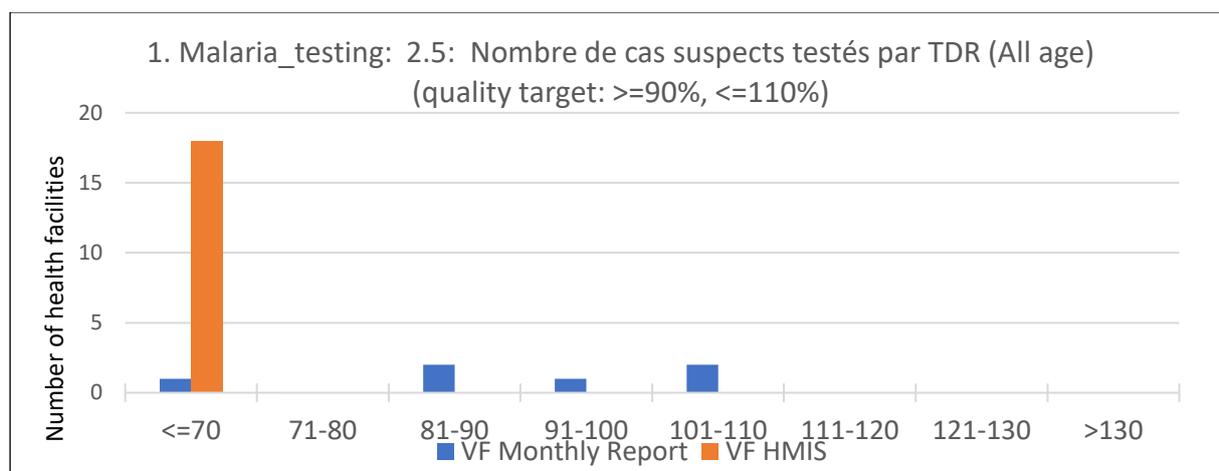
IV.2. EVALUATION DE L'EXACTITUDE DE DONNEES

Cette évaluation a consisté à calculer :

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

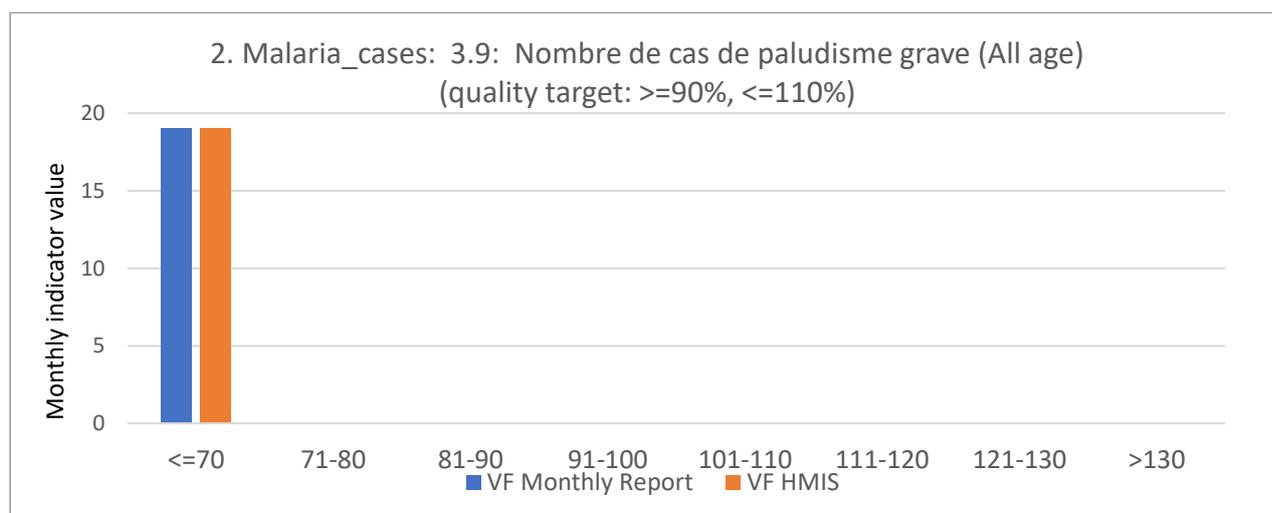
La marge d'erreur acceptable a été de 10% soit un intervalle de confiance compris entre $\geq 90\%$, $\leq 110\%$ dont voici les résultats :

Fig 9. Facteur de vérification de l'exactitude des cas suspects testés au TDR au T3 2021



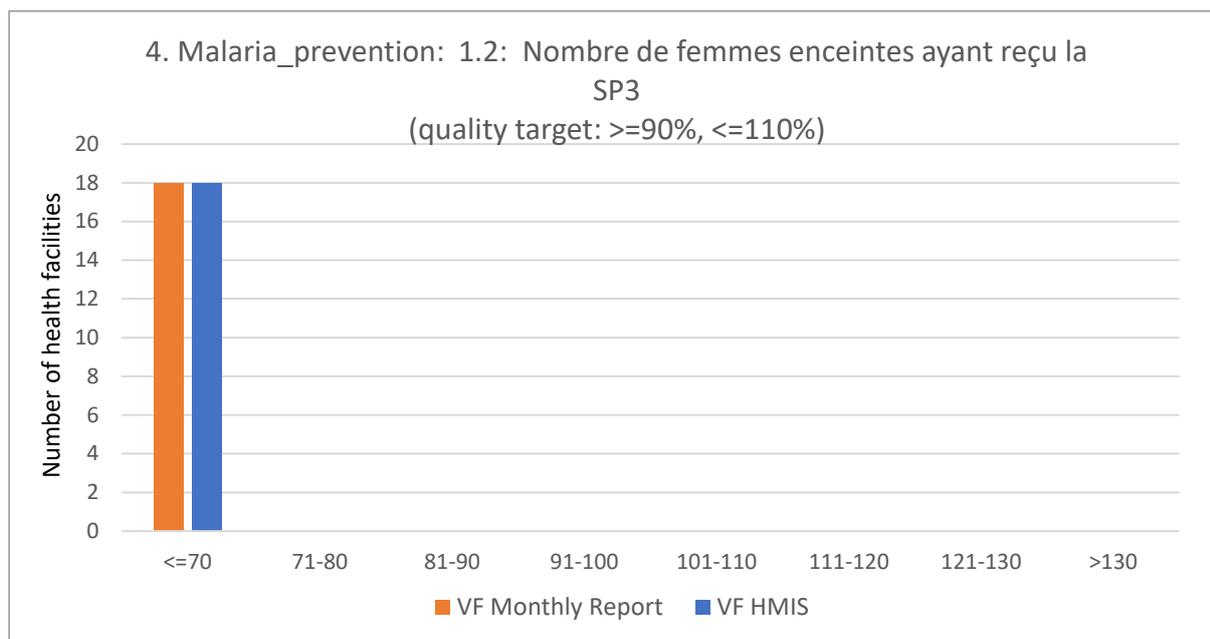
On a observé dans l'ensemble des discordances des données entre différentes sources RMA, Registres de consultations curatives/externes et le DHIS2 avec un écart compris entre 10 et 20% dans certains cas. Le centre de santé de référence Kasulo présente plus des soucis quant à ce.

Fig 10. Facteur de vérification de l'exactitude des cas de paludisme grave au T3 2021



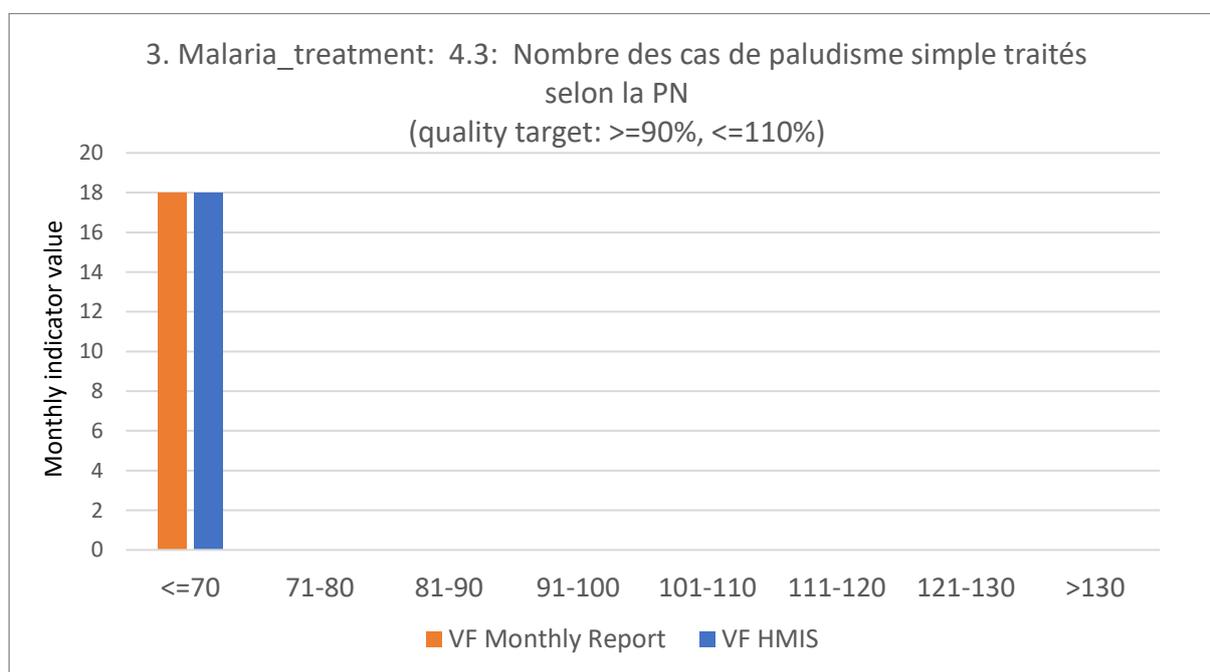
Dans l'ensemble, la qualité des données rapportées en rapport avec les cas de paludisme grave reste acceptable. Cependant, une sous notification des cas est observée dans la plupart des FOSA de premier echelon comme à Pwibwe où aucun cas grave n'a été enregistré depuis le début de l'année alors que la réalité en est autre.

Fig11. Facteur de vérification de l'exactitude des données des FE ayant reçu la SP3, T3/21



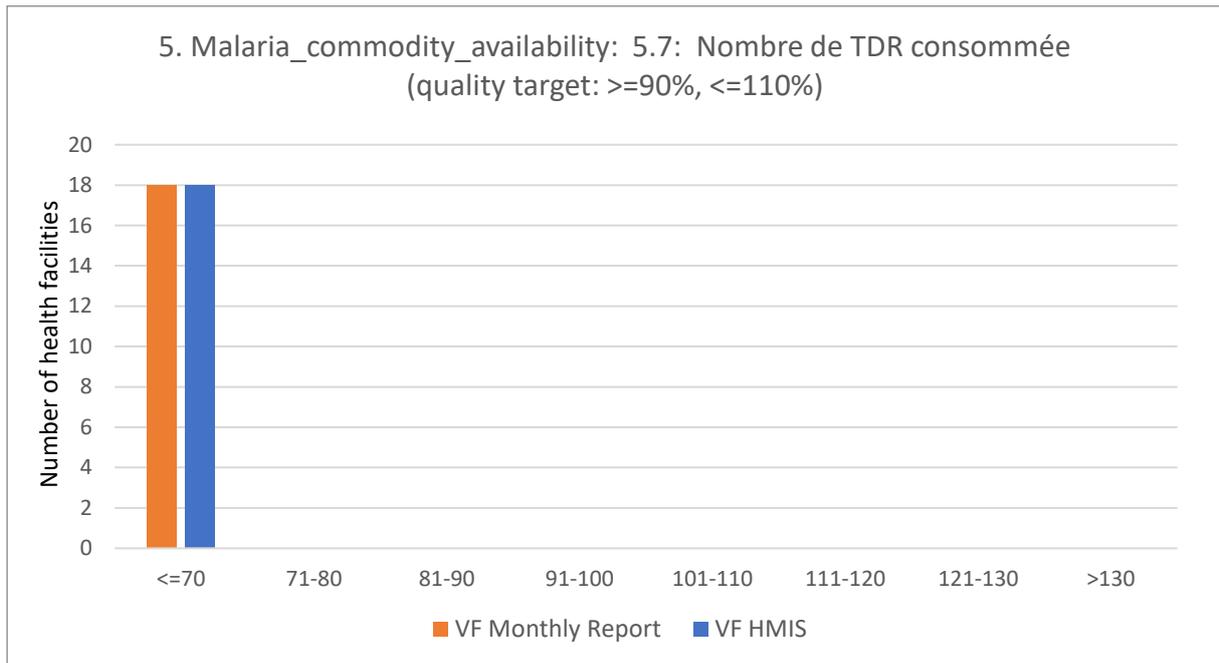
Toutes les structures ont présenté des données peu discordantes par rapport à la SP3. Cette situation est expliquée par l'amélioration du remplissage des registres CPN dans la quasi-totalité des formations sanitaires évaluées.

Fig12. Facteur de vérification de l'exactitude des données des cas de paludisme simple traités selon la PN au T3/21



De manière générale, la situation de l'exactitude des données a évolué entre ≤ 70 et 100%. Cependant, le défi reste l'amélioration de la concordance des données dans tous les documents sources.

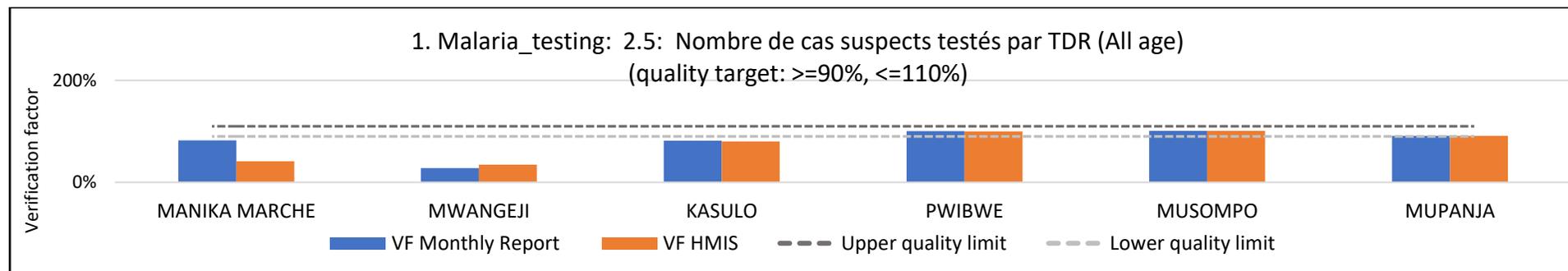
Fig13. Facteur de vérification de l'exactitude des données entre les TDR consommés et cas suspects testés, T3/21



Le facteur de vérification est resté violé de ≤ 70 à $> 130\%$ par rapport aux données rapportés dans le RMA et DHIS2. La mauvaise gestion des médicaments en général et et/ou le mauvais usage des outils SIGL continue à poser des soucis majeurs.

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

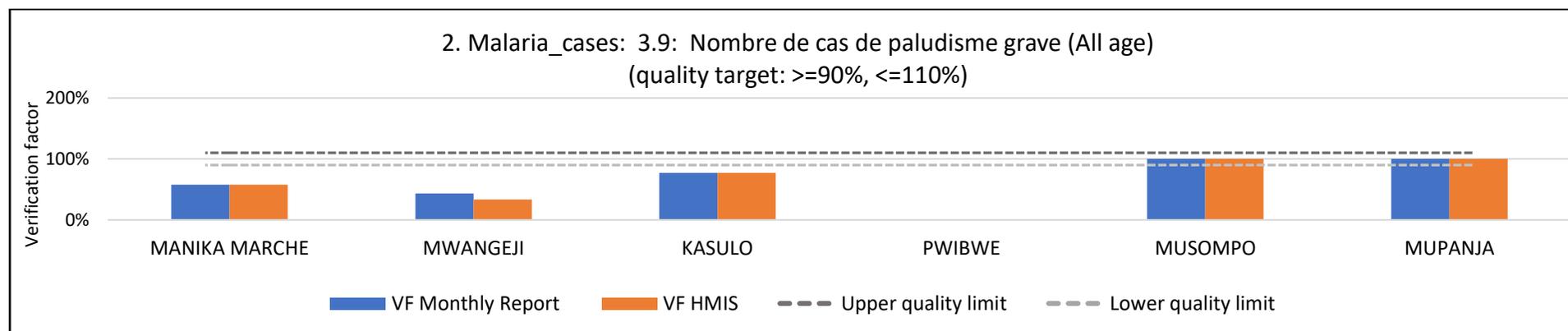
Fig 14 : Facteur de vérification pour le nombre de cas suspects testés. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$



Trois des 6 structures évaluées (Manika marché, Mwangeji et Kasulo) ont présenté des données peu concordantes. Le manque de suivi de proximité et l'absence d'analyse des données à la base serait la cause principale de cette situation.

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

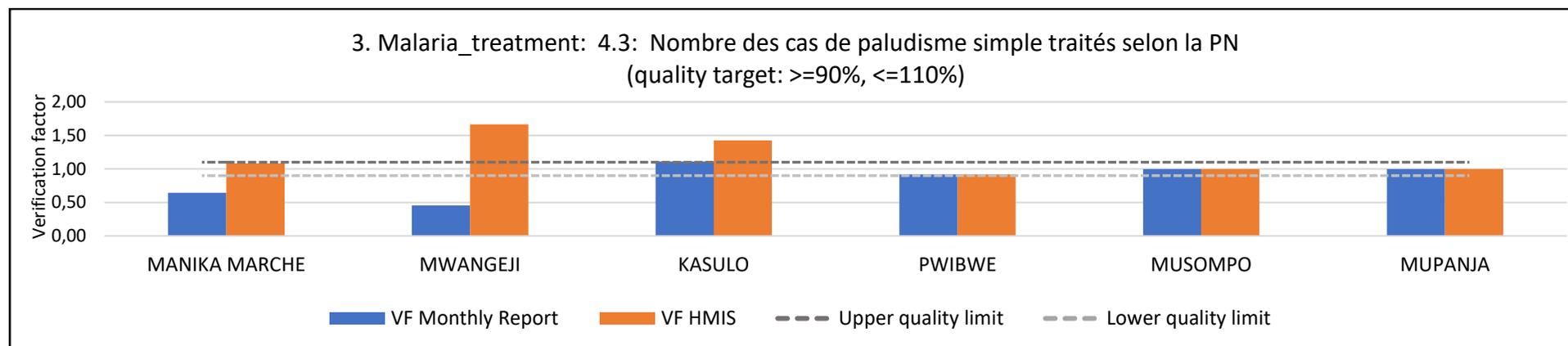
Fig 15 : Facteur de vérification pour le nombre de cas confirmés de paludisme grave. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$



Idem supra. Cependant l'HGR Mwangeji présente des soucis majeurs de rapportage, car plus des données ont été retrouvées dans DHIS2 que dans le registre de consultations curatives. Le manque de vérification et d'analyse des données interne justifie cette situation.

IV.2.3. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre de cas de paludisme simple confirmés et traités selon la Politique nationale

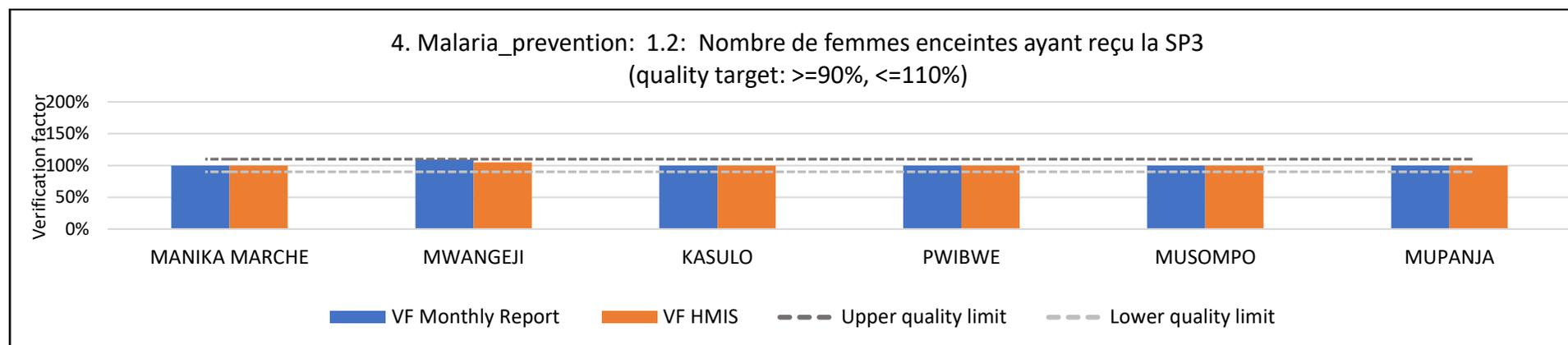
Fig16 : Facteur de vérification pour le nombre de cas de paludisme simple confirmé traité selon la PN. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$



Les trois structures (Manika marché, Mwangeji et Kasulo) ont rapporté plus des cas de paludisme simple dans DHIS2 que dans les rapports SNIS. de L'HGR Mwangeji et le CSR Kasulo présentent un seuil de qualité supérieur contrairement à Manika marché.

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

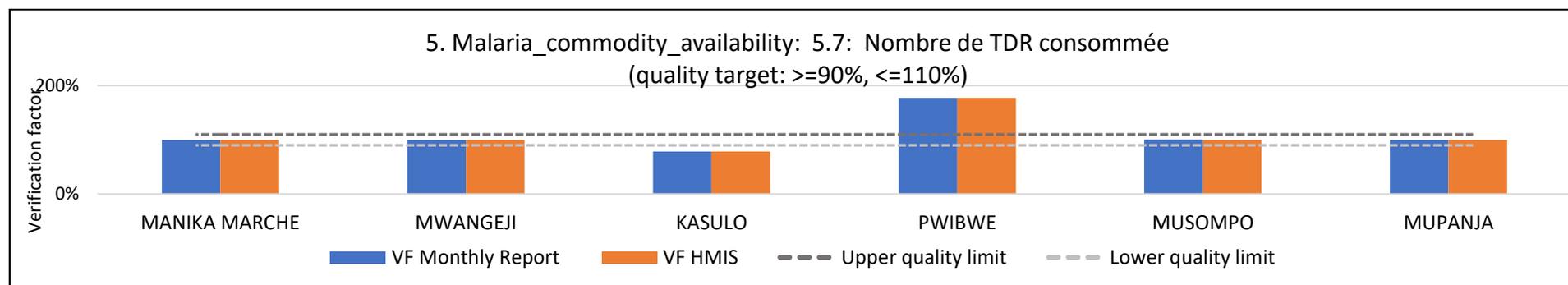
Fig 17 : Facteur de vérification pour le nombre des femmes enceintes ayant reçu la SP3 à la CPN. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$



Toutes les formations sanitaires évaluées ont des données acceptables avec un seuil de qualité variant entre 90% et 110%. Comme dit précédemment, l'amélioration dans le remplissage des registres CPN a contribué positivement à l'amélioration de cette performance.

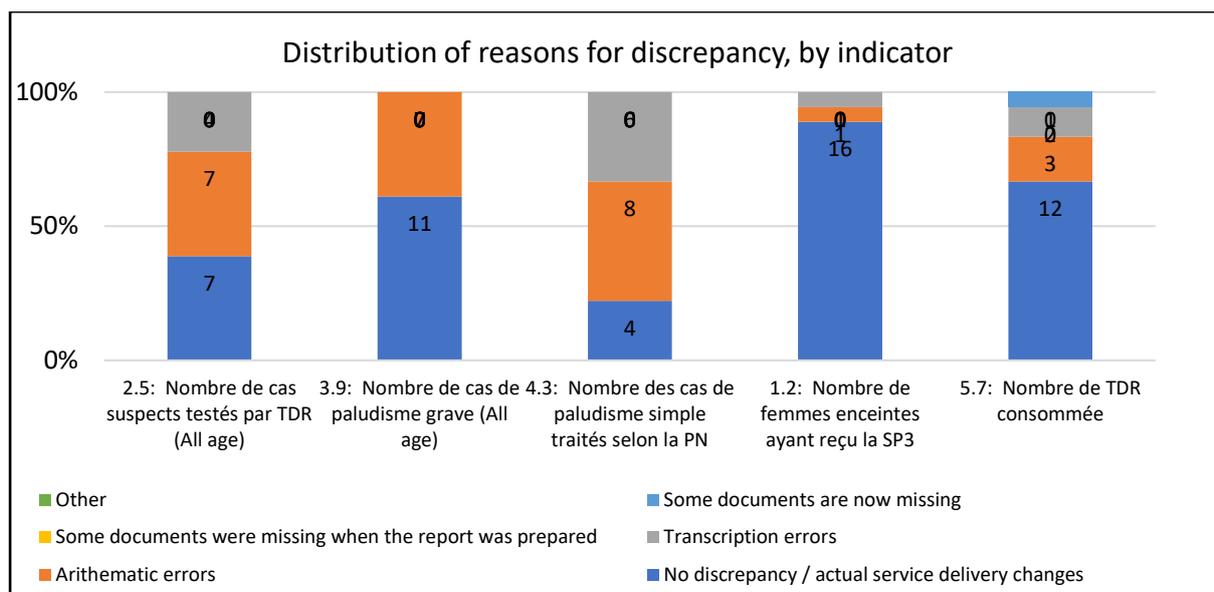
IV.2.5. Distribution de l'exactitude de l'indicateur : Nombre des TDR consommés

Fig 18 : Facteur de vérification pour le nombre de femmes enceintes ayant reçu la SP2. Avec un Target compris entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$



Le CS Pwibwe a des données très aberrantes par rapport à la gestion des consommations des TDR avec un seuil au-delà de 200% largement supérieur au target requis variant entre $\geq 90\%$ et $\leq 110\%$. Par ailleurs, les restes des structures ont quant à elles des données acceptables à l'acceptation du CSR Kasulo qui est en dessous du seuil requis.

Fig 11 : Distribution des raisons d'écarts par indicateur

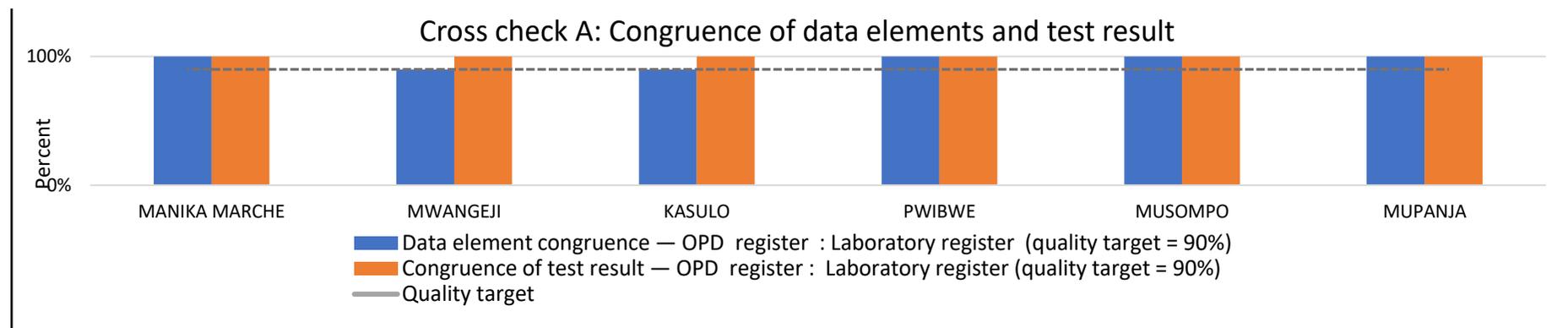


La plupart des erreurs observées dans la production des données sont dues au calcul et à la transcription entre différentes sources. Le nombre des doses de SP3 distribuées présente moins d'écart. Dans la plupart des cas, on a observé la présence des prestataires non formés en NCNSNIS associé à la faible et/ou l'absence de suivi de proximité et la faible qualité des supervisions formatives des ECZS dans les formations sanitaires.

IV.3. VERIFICATION CROISEE

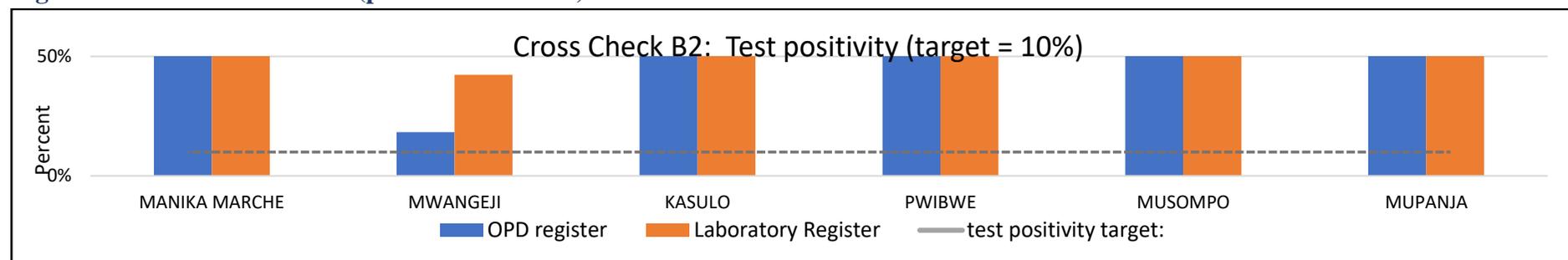
IV.3.1. Vérification croisée entre le Registre de consultations curatives et celui du Laboratoire avec un target = 90%

Fig 19 : Vérification croisée A (cohérence des éléments des données)



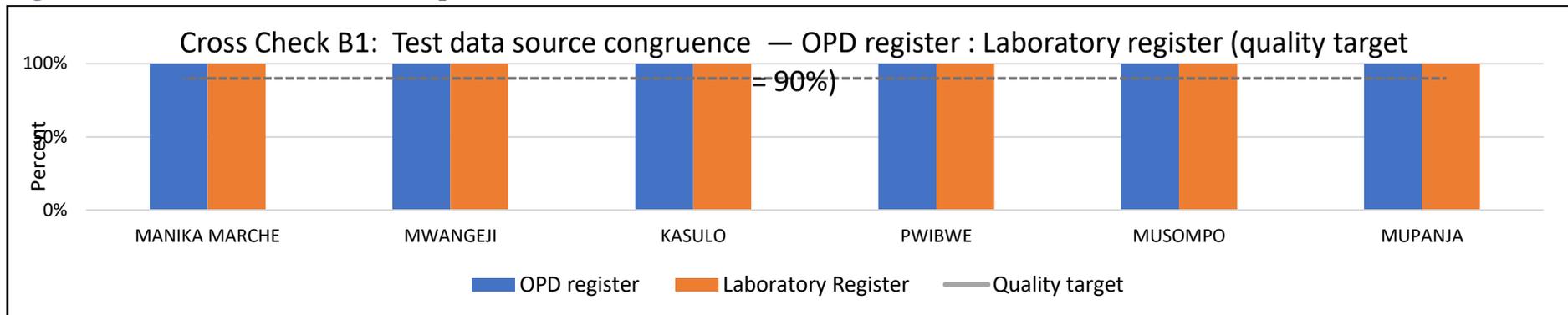
La plupart des structures présentent des données ayant dépassé le target requis. Mwangeji et Kasulo ont des données différentes selon qu'il s'agit d'un registre des consultations curatives ou de Laboratoire.

Fig 20 : Vérification croisée B (positivité des TDR)



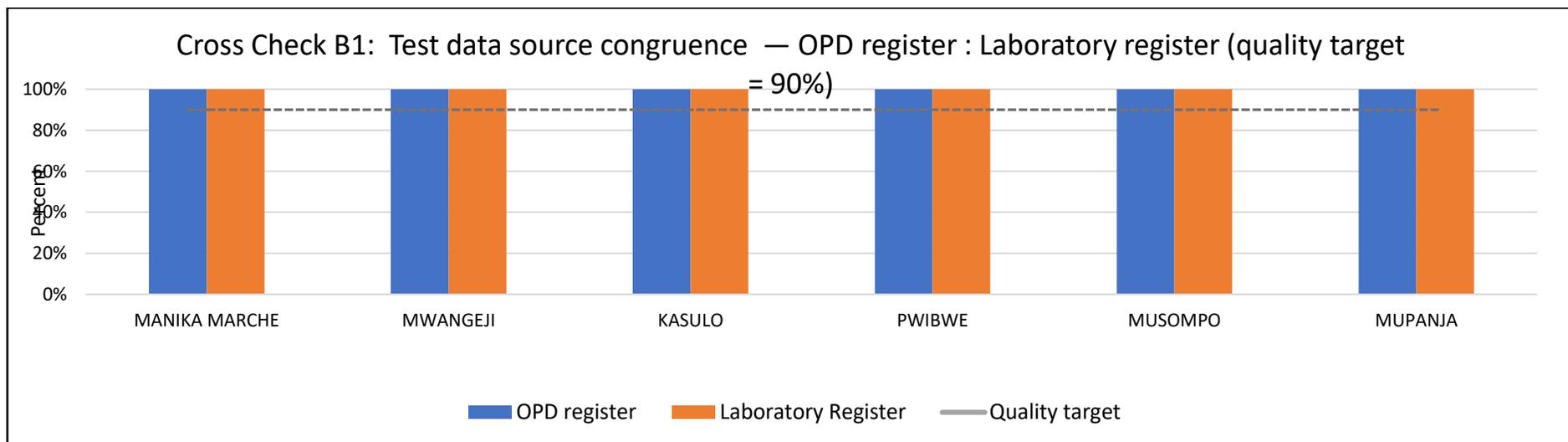
Si bien que toutes les structures aient des données peu digestes, l'HGR Mwangeji a des données plus aberrantes avec un écart 5 fois plus que le target requis.

Fig 21 : Vérification croisée C (cas de paludisme confirmés)



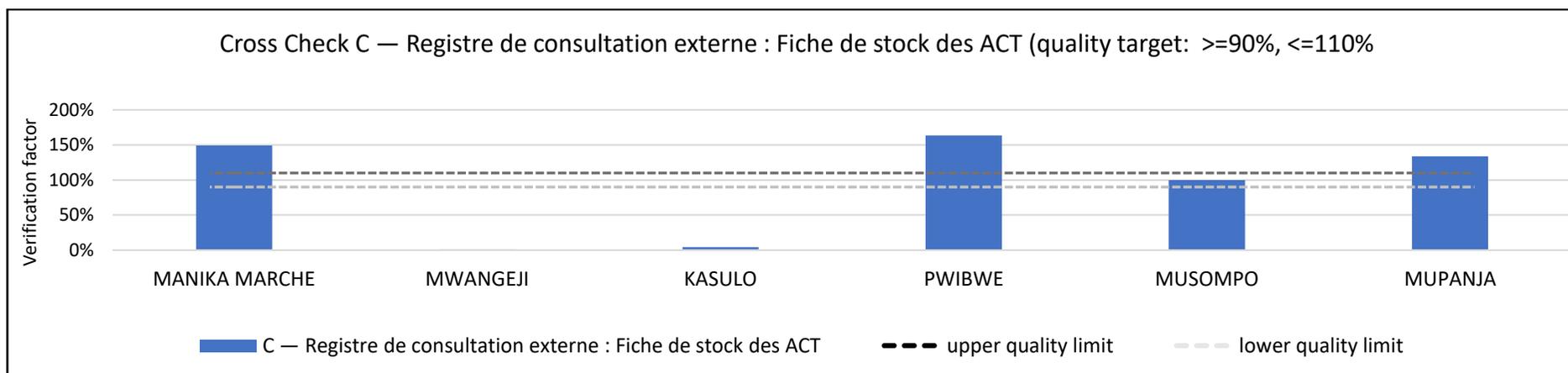
Des avancées très significatives ont été observées dans la quasi-totalité des structures évaluées dépassant ainsi le target requis.

Fig 22 : Vérification croisée C (testing des cas suspects)



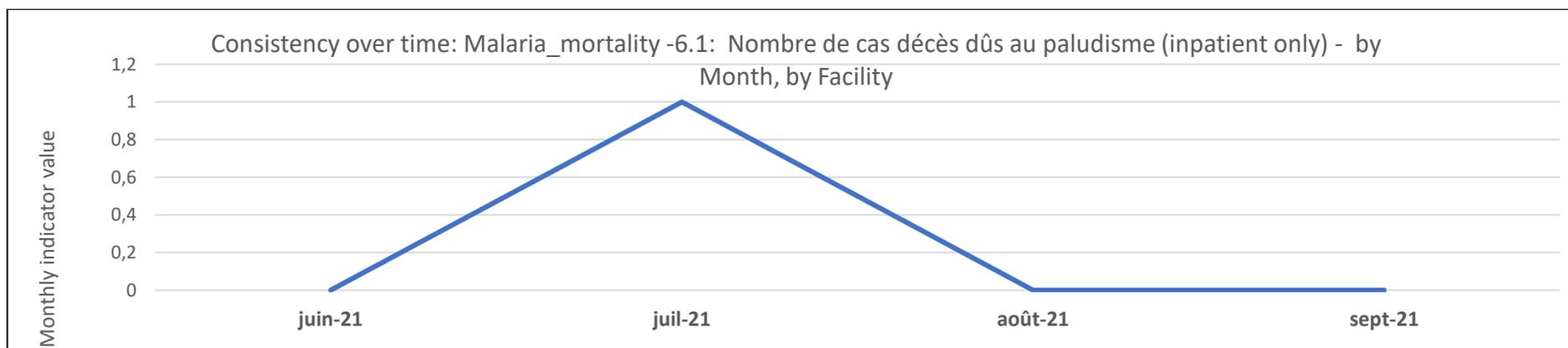
Idem supra.

Fig 23 : Vérification croisée C : registre de consultations curatives et les Fiches de stock.



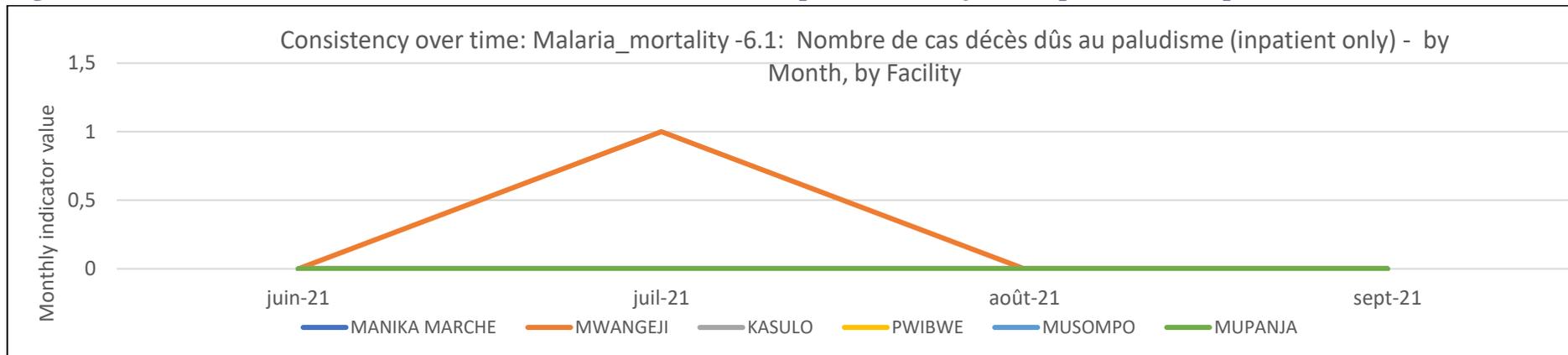
Deux structures (Mwangeji et Kasulo) ont des sérieux problèmes dans la gestion des médicaments. Des fiches de stock non à jour constitue la cause majeure de cette situation.

Fig 24 : Vérification croisée C : Evolution mensuelle des décès liés au paludisme de juin à septembre 2021



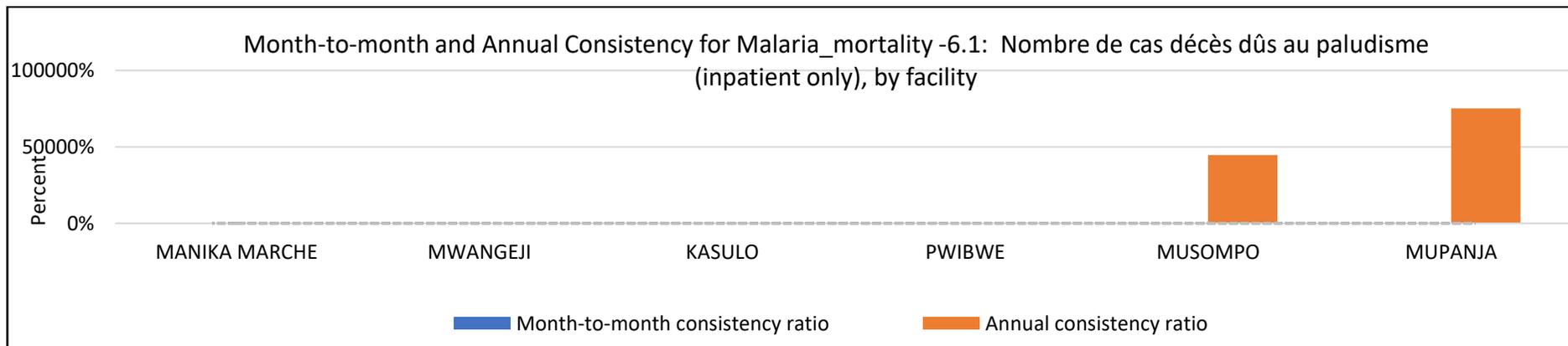
La situation des décès dus au paludisme a évolué en dents de scie les trois premiers mois avec un pic observé au mois de juillet 2021.

Fig 25 : Vérification croisée C : Evolution mensuelle des décès liés au paludisme de juin à septembre 2021 par structure évaluée



On note que seule l’HGR a notifié des cas de décès avec une situation ayant évolué en dents de scie les trois premiers mois. Les restes des structures ne notifient guère les décès.

Fig 26 : Vérification croisée C : Ratio mensuel et annuel des décès liés au paludisme par structure évaluée

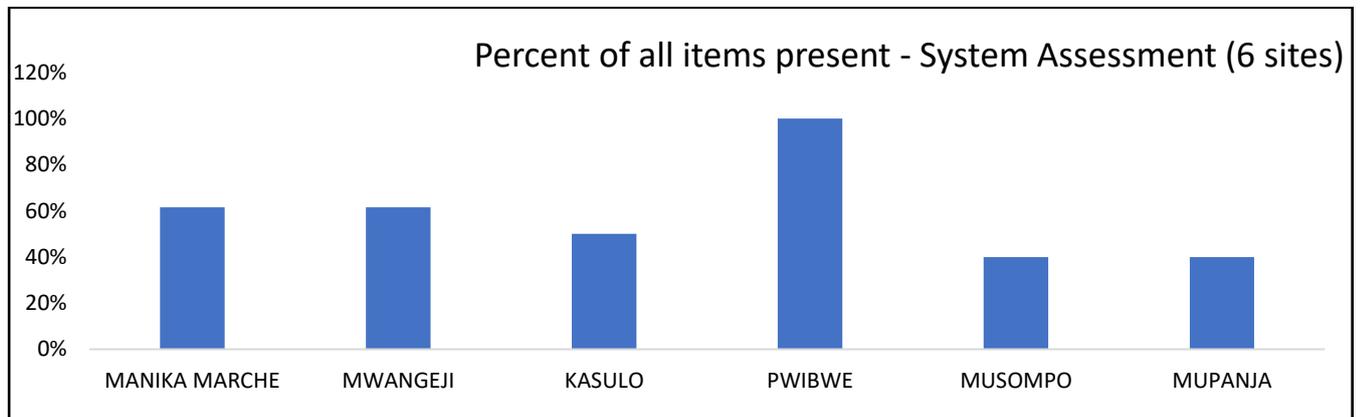


Le CS Musompo et l’HGR Mupanja ont des ratio au-delà du target par rapport à l’ensemble de celles évaluées.

IV.5. EVALUATION DU SYSTEME

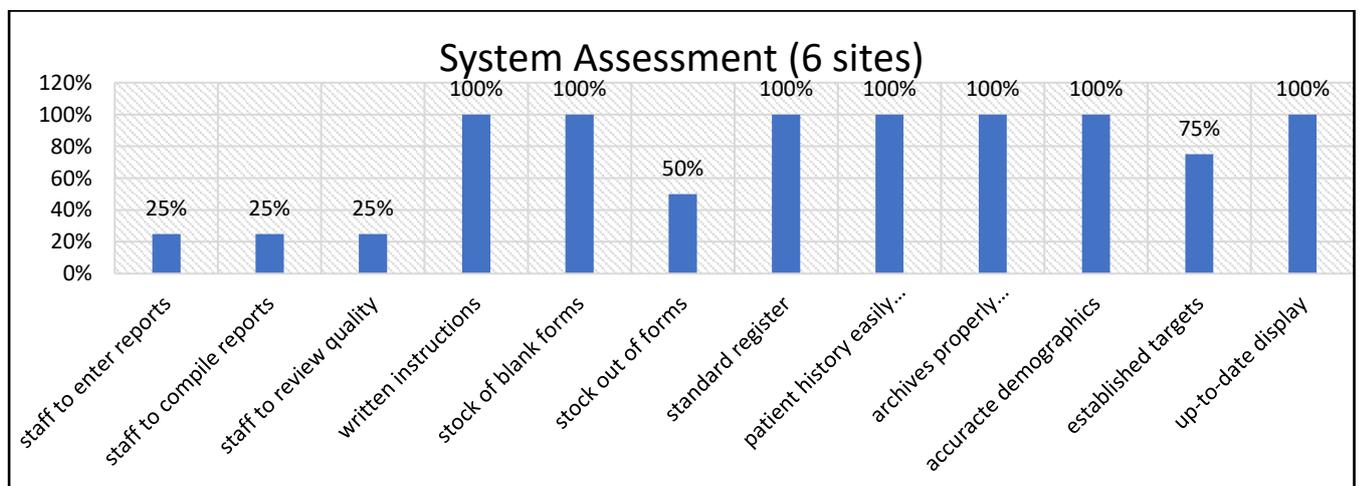
Cette partie nous a permis de collecter certaines informations qualitatives qui soutiennent les certains aspects quantitatifs, afin que la qualité de données soit accrue dans les FOSA, sources principales dans la production de données.

Fig 28 : Evaluation du système au niveau de six points de prestation



Seul le CS Pwibwe présente le maximum des items évalués suivies de celles de Manika marché et Mwangeji avec 62%. Le CS Musompo et l’HGR Mupanja sont derniers avec 40% chacune.

Fig 28 : Evaluation du système au niveau de six points de prestation



De ce résultat, on note les observations ci-dessous :

- ✓ 25% des structures évaluées disposent d’un staff devant collecter, compiler et vérifier les données ;
- ✓ 50% des structures ont déclaré avoir connu une rupture en outils SNIS les trois derniers mois ;
- ✓ 25% des structures ne disposent de tableau de bord pour le suivi des indicateurs du paludisme et procèdent donc par la méthode aveugle ;
- ✓ Et les restent des variables sont disponibles au maximum.

CONCLUSION

En définitive, des bonnes performances en rapport avec l'actualité et l'exhaustivité des données ont été observées dans presque toutes les structures réévaluées avec plus de 95%. Cependant, les outils SIGL ne sont pas à jour dans la quasi-totalité des structures évaluées.

L'outil spécifique de contrôle de la qualité des données Paludisme (MRDQA) dans la collecte et l'analyse des données transmises par les FOSA nous a permis d'obtenir des résultats qui nous conduisent à la production avec les parties prenantes d'un plan de redressement dont la diffusion a été faite aux prestataires par les évaluateurs en vue de garantir sa mise en œuvre devant permettre d'améliorer davantage le processus de la qualité des données de routine à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Toutes les structures ont présenté de manière plus générale des limites dans la production des données de qualité avec des avancées significatives par rapport au premier passage dans certains cas. En effet, le remplissage des outils en général et ceux en rapport avec la gestion des médicaments pose encore des soucis dans tous les sites de prestation évalués et en particulier dans la zone de santé de Manika. Plusieurs facteurs contribuant négativement à la production des données de mauvaises qualité dont entre autres : appui théorique à la tenue des réunions de monitoring (reliquats des revues tenues non payés par le tiers), troisième jour de la revue mensuelle consacrée à l'analyse des données Paludisme tenue à la cavalière, absence des supervisions centrées sur la qualité des données, faible accompagnement des prestataires par les ECZS, réunions de monitoring à la base non tenues, utilisation de certains outils non normés, prestataires non formés en NCNSNIS etc.

Il est plus qu'impératif que des mesures courageuses soient prises à titre exemplatif au-delà de l'accompagnement des ECZS par les ECP et des prestataires par les ECZS, car dans certains cas, les prestataires fabriquent les données (*cas du CS PWIBWE*).

Les EPP des zones de santé devraient se faire associés à des EPS pour une bonne synergie des interventions liées aux problèmes spécifiques.

Pour y parvenir, toutes les parties prenantes devraient donc capitaliser les recommandations et le plan de redressement pour accompagner la mise en œuvre des plans de redressement dans toutes les 14 zones de santé constituantes de la DPS Lualaba.

Il est donc recommandé à toutes les ECZS qui ont pris part à cette mission de partager toutes les faiblesses constatées pendant la mission d'audit de qualité de données MRDQA avec tous les IT au cours des grandes occasions comme durant les réunions de monitoring et les supervisions formatives intégrées pour que tous s'approprient des observations issues de cette évaluation.

ANNEXES

1. PLAN DE REDRESSEMENT

N°	Faiblesses Identifiées	Description de l'action correctrice	Responsable(s)	Echéance	Commentaires
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE MANIKA					
1	Discordance des données entre les registres et les RMA	Remplir correctement et complètement les registres	IT	Continue	Les registres sont remplis selon utiliser le manuel de remplissage. En plus, nous avons observé que le registre CPN est rempli comme celui du PEV en remplissant les dates dans les colonnes des CPN et SP.
		Désigner une personne pour la collecte et compilation des données pour l'analyse avant l'élaboration du rapport	IT	Immédiat /continue	Malgré les efforts consentis dans le processus d'amélioration de la qualité des données, l'accompagnement des prestataires du CS.
		Désigner une personne pour la vérification du rapport avant la transmission au BCZS	IT	Une semaine	Seul l'IT est chargé de tout faire croyant ainsi un vide dans le chef des autres prestataires.
2	Mauvais remplissage des outils de gestion de l'information sanitaire	Remplir correctement les outils SNIS en utilisant le manuel de remplissage	IT	Dès que possible	Principe d'autonomie des gestion des fonds FBP
3	Le tableau de bord pour le suivi des indicateurs phares de l'aire de santé non à jour	Mettre à jour le tableau de bord	IT	Une semaine/c ontinue	Nous avons rendu disponible le modèle du tableau de bord ainsi que les indicateurs clés et leur mode de calcul.
4	Faible exhaustivité des éléments des données et des documents source.	Remplir correctement et complètement les différents outils de collecte comme de transmission pour tous les patients reçus au CS.	IT	Continue	L'équipe du CS n'est pas impliquée dans les activités du CS.

5	Faible fonctionnalité du système (pas de personne désignée pour la compilation ni la vérification des données, pas de réunion d'analyse des données tenue, personnel non formé en nouveau cadre normatif SNIS)	Désigner une personne devant collecter, compiler et vérifier les données à la base.	IT	Une semaine	Nous avons laissé un modèle de la lettre de désignation d'une personne devant collecter, compiler et vérifier les données du CS.
		Organiser les réunions de monitoring à la base avec tous les responsables des autres structures de l'AS et de ceux du CS en les sanctionnant par un CR/PV.		Chaque fin du mois	Un briefing a été fait également sur l'organisation de la réunion de monitoring à la base.
HÔPITAL GENERAL DE REFERENCE MWANGEJI					
1	Outils de gestion des médicaments disponibles, mais non correctement et complètement remplis.	Remplir complètement et correctement les outils de gestion des médicaments	Gestionnaire de stock/DN	Immédiat /Continue	Insistance sur l'accompagnement de la préposée à la pharmacienne de la zone de santé.
2	Réalisation abusive des GE et TDR au même moment et chez les mêmes sujets.	Rationaliser la réalisation des examens biologiques en faisant le choix entre la GE ou le TDR et non les deux systématiquement.	TL	Continue	Nous avons observé que les cas testés par TDR/GE sont presque pareil avec ceux testés aux TDR tout simplement.
3	Absence du tableau de bord des indicateurs Palu dans la FOSA.	Rendre disponible le tableau de bord des indicateurs Palu, le mettre à jour et le compléter régulièrement.	DN/MDH	Immédiat /Continue	Nous avons laissé le modèle du tableau de bord ainsi que les différents indicateurs à y insérer.
4	Discordance de données des registres et celles du RMA.	Elaborer le rapport en équipe en y associant tous les responsables des services de l'hôpital.	DN/MDH	Dès le mois de/Continue décembre /continue	Nous avons orienté l'équipe sur les remplissage des outils de transmission et de ceux de collecte (registre CPN etc.)
		Notifier une personne pour la compilation et la vérification des données	MDH	Avant le rapportage du mois prochain (décembre)2020	Un modèle de la lettre de désignation d'une personnes devant collecter, compiler et l'autre devant vérifier les données de la structure a été rendue disponible à la structure.

5	Certains patients ne sont pas enregistrés dans le registre de des consultations externes.	Instruire la personne qui utilise régulièrement le registre de Labo d'enregistrer au quotidien tout patient ayant subi un examen du laboratoire pour une bonne conformité entre le registre de Labo et le registre de consultation curative	DN/MDH	Immédiat /Continue	Plusieurs personnes remplissent les registres, cette situation est également à la base des erreurs de calcul observées.
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE KASULO					
1	Discordance des données entre les différents outils (Registre et RMA)	Impliquer les autres collègues membres de l'unité fonctionnelle dans la collecte et la vérification des données.	IT	Chaque fin du mois	Nous avons observé que presque toutes les données transmises au BCZS ne correspondent à celles des registres.
		Rendre disponible les outils normés au CS pour lui permettre d'utiliser ceux du PMA et non comme c'est le cas actuellement où la structure utilise les outils PCA.	PTF/DPS	Avant fin septembre 2021	Nous avons observé une rupture en outils de collecte des données et la structure utilise actuellement ceux de l'HGR.
2	Faible couverture en MILD chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins d'une année ayant reçu le VAR.	Donner à toutes les femmes la MILD à la CPN et à tous les ECV à la CPS.	Matrone/IT	Continue	Nous avons observé que tous les enfants de moins d'une année ayant reçu le VAR n'ont pas bénéficié la MILD.
3	Absence du tableau de bord des indicateurs Palu dans la FOSA.	Rendre disponible et mettre à jour le tableau de bord des indicateurs Palu et le compléter régulièrement.	IT	Immédiat	Un modèle du tableau de bord des indicateurs paludisme a été laissé à la structure avec des explications sur le mode de calcul des indicateurs clés du PNLN.
4	Faible qualité des données (présence des aberrances et incohérences)	Tenir les réunions d'analyse des données, remplir le rapport en équipe et utiliser le manuel de remplissage.	IT	Dès le mois prochain	Une démonstration sur l'analyse des données a été faite en faveur de tous les membres de la structure présents le jour de l'évaluation.
5	Fiche de stock des médicaments et intrants antipaludiques non à jour, sans la CMM ni la MAD ...	Mettre à jour les fiches de stocks des antipaludéens disponibles au niveau de la structure.	IT Matrone/IT	Une semaine	Des lacunes ont été observées dans le chef de la gestionnaire de stock de la structure. Un mentoring a été fait sur place en faveur de tous les membres présents afin d'améliorer très prochainement.

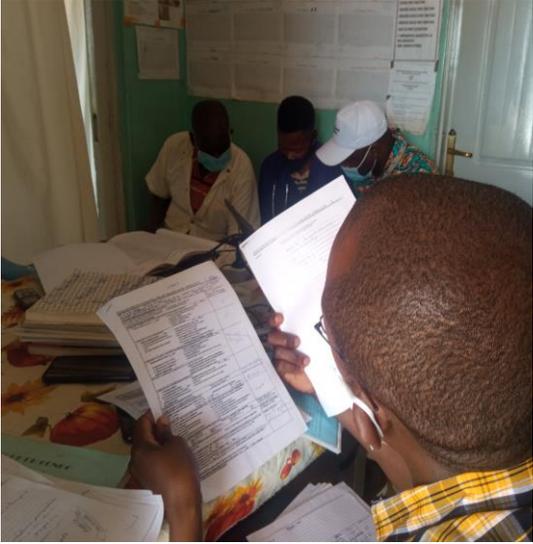
	Faible couverture en MILD chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins d'une année ayant reçu le VAR.	Donner à toutes les femmes la MILD à la CPN et à tous les ECV à la CPS.		Continue	Nous avons observé que tous les enfants de moins d'une année ayant reçu le VAR n'ont pas bénéficié la MILD.
CENTRE DE SANTE PWIBWE					
1	Non-respect de la politique de PEC (les cas enregistrés ne sont pas les mêmes que ceux soignés)/Fabrication des données	Transmettre tous les données réelles au BCZS	IT	Continue	Les prestataires soignent presque tous les cas avec de la quinine en perfusion, mais rapportent comme cas soignés aux ACT.
		Conduire une action disciplinaire à l'IT pour fabrication des données	MCZS	Deux semaines	Les prestataires soignent presque tous les cas avec de la quinine en perfusion, mais rapportent comme cas soignés aux ACT.
2	Faible exhaustivité des éléments des données et des documents source.	Remplir correctement et complètement les différents outils de collecte comme de transmission pour tous les patients reçus au CS.	IT	Continue	L'équipe du CS n'est pas impliquée dans les activités du CS.
3	Faible exactitude et cohérence des données	Notifier une personne pour la collecte et la vérification des données et organiser une réunion d'analyse avant leur transmission au BCZS.	IT	immédiat/continue	Le registre de laboratoire n'est pas rempli
4	Absence du tableau de bord des indicateurs palu au niveau du CS	Rendre disponible le tableau de bord des indicateurs palu et le mettre à jour.	IT	Une semaine	Nous avons laissé le modèle du tableau de bord contenant des indicateurs de prévention, de prise en charge et d'impact du paludisme.
5	Absence du registre des populations actuelles	Rendre disponible le registre de populations actuelles pour des enregistrements de naissances et des décès.	IT	Avant la fin du mois de juin	

6	Existence des cas de paludisme grave traités, mais non rapportés	Notifier tous les cas de paludisme grave traités selon la politique nationale d'autant plus que la structure dispose de 4 médecins affectés par le CD et dont deux touchent leur prime de risque.	IT	Avant la fin du mois de juin	Le BCZS devra accompagner la structure dans l'adaptation du son paquet.
CENTRE DE SANTE MUSOMPO					
1	Faible promptitude des RMA vers le BCZS	Transmettre le RMA au BCZS au plus tard le 7ème jour du mois M+1	IT	Chaque mois	Les rapports sont soit transmis en retard soit arrivés au BCZS après le 07 du mois.
2	Faible exhaustivité des éléments des données et des documents sources.	Remplir complètement les différents outils de collecte comme de transmission et les mettre surtout à jour.	IT	Deux semaines	La structure dispose des registres standards, mais ces derniers ne sont ni correctement remplis, ni à jour ce qui pose des sérieux problèmes dans la traçabilité sur notification des cas comme sur la gestion des médicaments.
3	Discordance des données entre les registres et les RMA	Briefer les prestataires sur le remplissage des registres	IT	Avant la fin du mois	
		Désigner une personne pour la collecte des données pour l'analyse avant l'élaboration du rapport	IT	Avant la fin du mois	Malgré les efforts consentis dans le processus d'amélioration de la qualité des données, l'accompagnement des prestataires du CS.
		Désigner une personne pour la vérification du rapport avant la transmission au BCZS	IT	Avant la fin du mois	
4	Faible disponibilité d'outils de gestion de l'information sanitaire	Recourir à la réserve FBP pour la reproduction des différents registres avec les frais de fonctionnement du FBP	IT	Prochain paiement des subsides FBP	Principe d'autonomie des gestion des fonds FBP

5	Le tableau de bord pour le suivi des indicateurs phares de l'aire de santé non à jour	Mettre à jour le tableau de bord	IT	Immédiat	
6	Faible qualité des données produites	Mettre en place une équipe pour l'analyse et certification des données chaque mois	IT	Une semaine	Nous avons laissé un modèle de la lettre
HOPITAL GENERAL DE REFERENCE MUPANJA					
1	Mauvais remplissage des outils de gestion des médicaments disponibles (fiches de stock, RUMER etc.)	Remplir complètement et correctement les outils de gestion des médicaments selon le manuel de remplissage.	Gestionnaire de stock	Immédiat /Continue	Nécessité d'accompagner les prestataires sur la gestionnaire de stock.
2	Absence du tableau de bord des indicateurs Palu au niveau de l'hôpital.	Rendre disponible le tableau de bord des indicateurs Palu et le compléter régulièrement.	DN/MDH	Immédiat /Continue	Nous avons laissé le modèle du tableau de bord ainsi que les différents indicateurs à y insérer.
3	Discordance de données des registres, le rapport SNIS et celles du DHIS2.	Elaborer le rapport en équipe en y associant tous les responsables des services avec l'implication du médecin directeur.	DN/MDH	Dès la fin du mois /continue	Nous avons orienté l'équipe sur les remplissage des outils de transmission et de ceux de collecte (registre CPN etc.)
4	Certains patients ne sont pas enregistrés dans le registre de Labo	Instruire la personne qui utilise régulièrement le registre de Labo d'enregistrer au quotidien tout patient ayant subi un examen du laboratoire pour une bonne conformité entre le registre de Labo et le registre de consultation curative	DN/MDH	Immédiat /Continue	Une méthodologie sur l'enregistrement
5	Absence d'une personne notifiée pour la collecte, compilation et vérification des données de l'HGR.	Notifier une personne pour la collecte et compilation et une autre pour la vérification des données.	MDH	Avant le rapportage du mois prochain (décembre)2020	Un modèle de la lettre de notification des personnes devant s'occuper de la collecte, compilation et vérification des données a été rendu disponible au niveau de la structure.

6	Pas de réunion d'analyse des données tenue dans la FOSA avec la participation du MDH et des autres responsables de services fonctionnels.	Organiser la tenue des réunions d'analyse des données avec la participation de tous les responsables de services sous l'accompagnement du BCZS (Phcienne, ISSP et Data Manager)	MDH	Dès la fin du mois de décembre	Nous avons montré la méthodologie d'organisation de la tenue de la réunion d'analyse des données au niveau du site de prestation des services.
7	Absence de la notification de décès dû au paludisme à l'HGR	Rechercher correctement les causes des décès enregistrés au niveau de l'hôpital.	MDH	Continue	Les prestataires reconnaissent cependant que le paludisme constitue la première cause de mortalité, mais sans évidence.

III. QUELQUES IMAGES



Ce document a été édité, formaté et reproduit par ICF Measure Malaria avec l'appui de

