



Evaluation de la qualité des données PEPFAR

Webert Jose & Ana Scholl
USAID, Office of HIV/AIDS
SIEI Division / Evaluation Branch

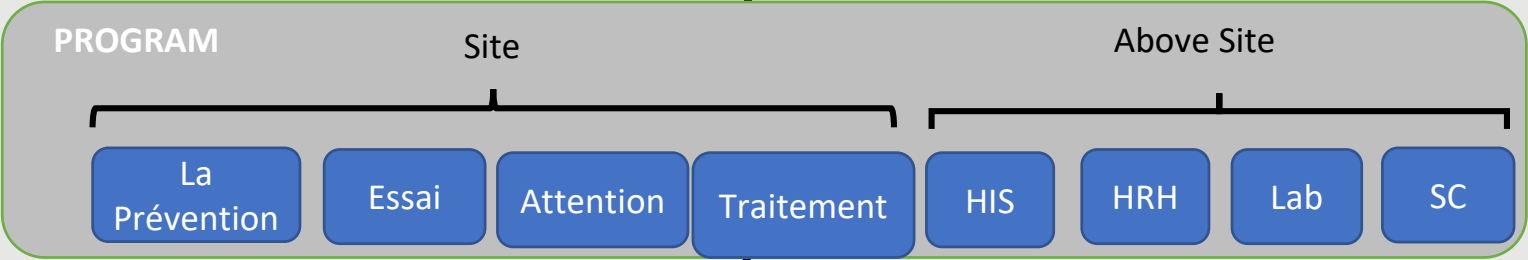
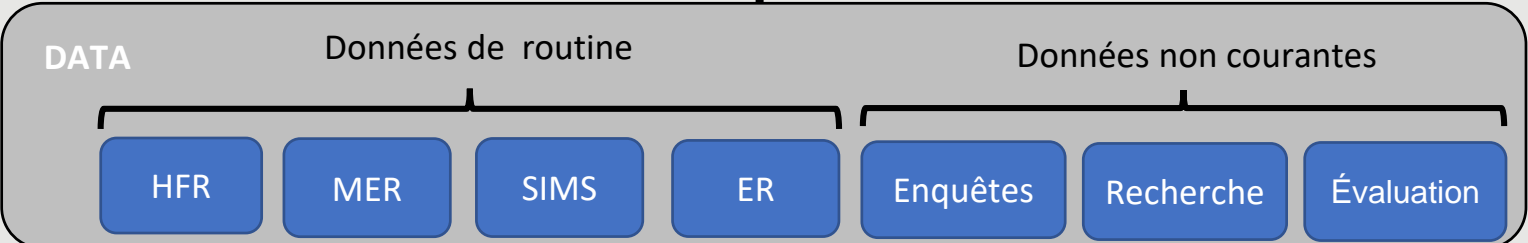
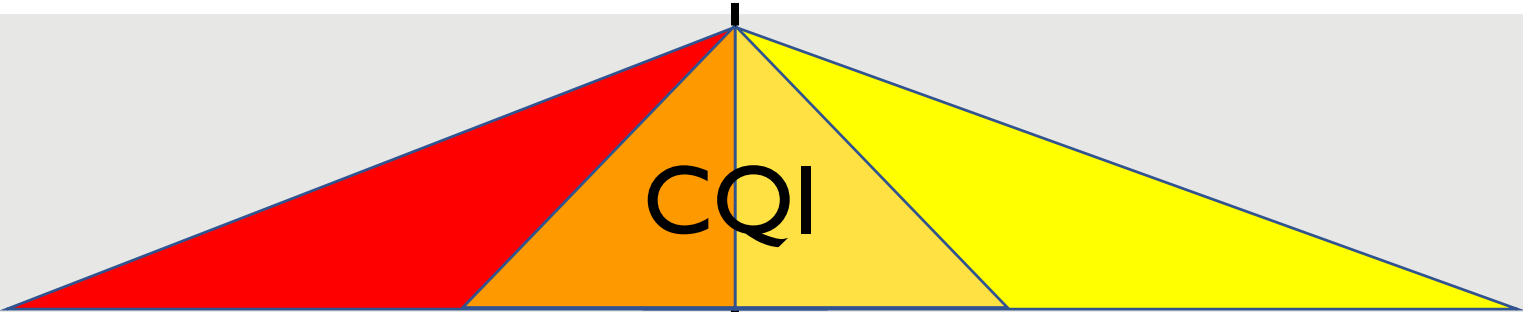
12 Août 2020

Qu'entend-on par DQA?

- Une évaluation de la qualité des données (DQA) est une activité d'assurance de la qualité évaluant une ou plusieurs dimensions de la qualité des données (validité, exactitude / précision, exhaustivité, confidentialité, intégrité, fiabilité et ponctualité)
- Le but de cette activité est de:
 - Veiller à ce que des données de haute qualité soient transmises au Ministère de la Santé, à l'USAID et au programme PEPFAR
 - Identifier et rectifier tout écart entre les nombres recomptés et les nombres rapportés
 - Identifier les problèmes de système qui peuvent affecter la qualité des données rapportées
 - Valider le processus d'agrégation et de rapport des données au niveau du site
 - Aider à renforcer les compétences du personnel en matière de gestion des données et de reporting
 - Identifier les problèmes liés à la qualité des programmes et planifier pour les adresser

Pourquoi la qualité des données est-elle importante pour les programmes VIH?

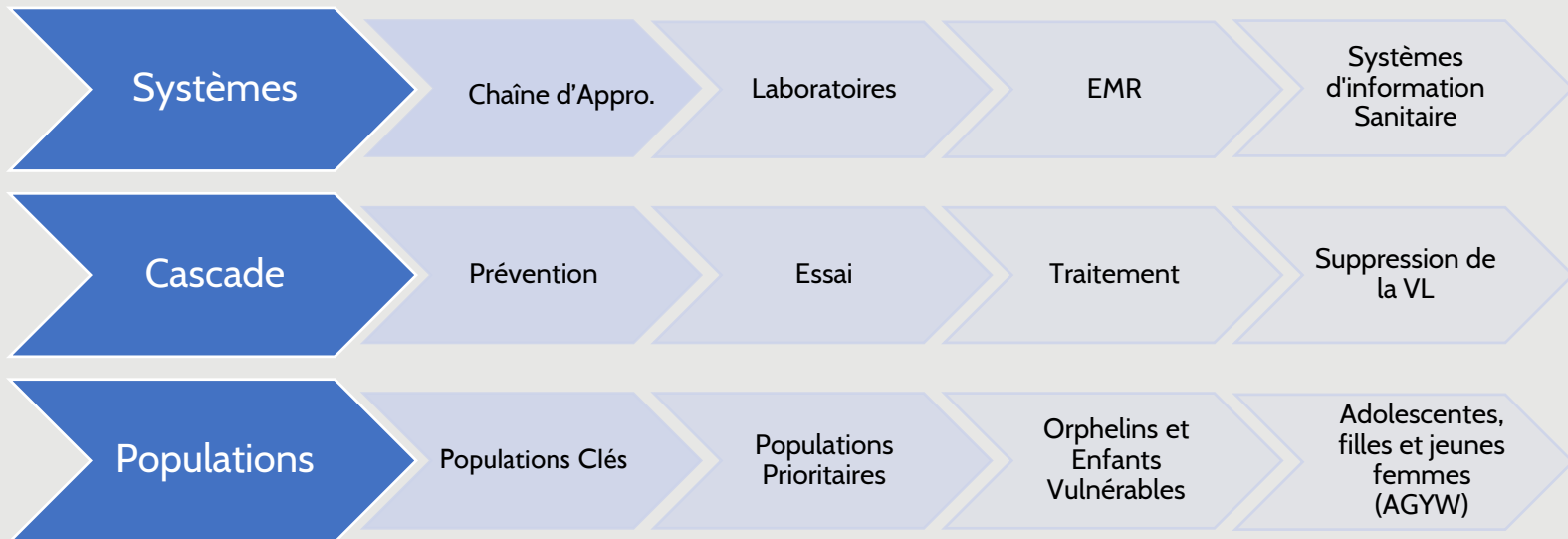
- Les programmes de lutte contre le VIH sont axés sur les résultats et les données
- Des données de qualité sont essentielles pour :
 - suivi et évaluation des progrès vers l'atteinte des objectifs 95-95-95
 - évaluation précise de la performance des partenaires
 - redevabilité et bonne gouvernance
 - planification et prise de décision
 - évaluation des normes de qualité minimales dans les services de prévention, de soins et de traitement



Pourquoi USAID PEPFAR a des exigences spécifiques en matière de qualité des données?

- Conformité avec les exigences de PEPFAR en matière de génération et d'utilisation des données
- Suivi efficace et précis des progrès vers l'atteinte des objectifs 95-95-95
- Atténuation des risques de mauvaise qualité des données sur la qualité des services / programmes et des éventuelles accusations de données frauduleuses dont les organisations partenaires pourraient faire l'objet
- Utilisation accrue des données disponibles pour des analyses plus approfondies

Quels domaines pourraient être visés par un DQA? Quelques exemples...



Les DQA peuvent être réalisés à n'importe quel niveau où des indicateurs sont mesurés

Défis pouvant affecter la qualité des données

➤ **Problèmes liés au système**

- Manque de ressources adéquates pour la collecte et l'analyse des données
- Flux de données / systèmes de gestion et de reporting non conçus pour générer correctement les résultats à rapporter
- Rôles et responsabilités peu clairs
- Dépendance vis-à-vis d'autres entités (MoH) pour la transmission des données

➤ **Autres facteurs**

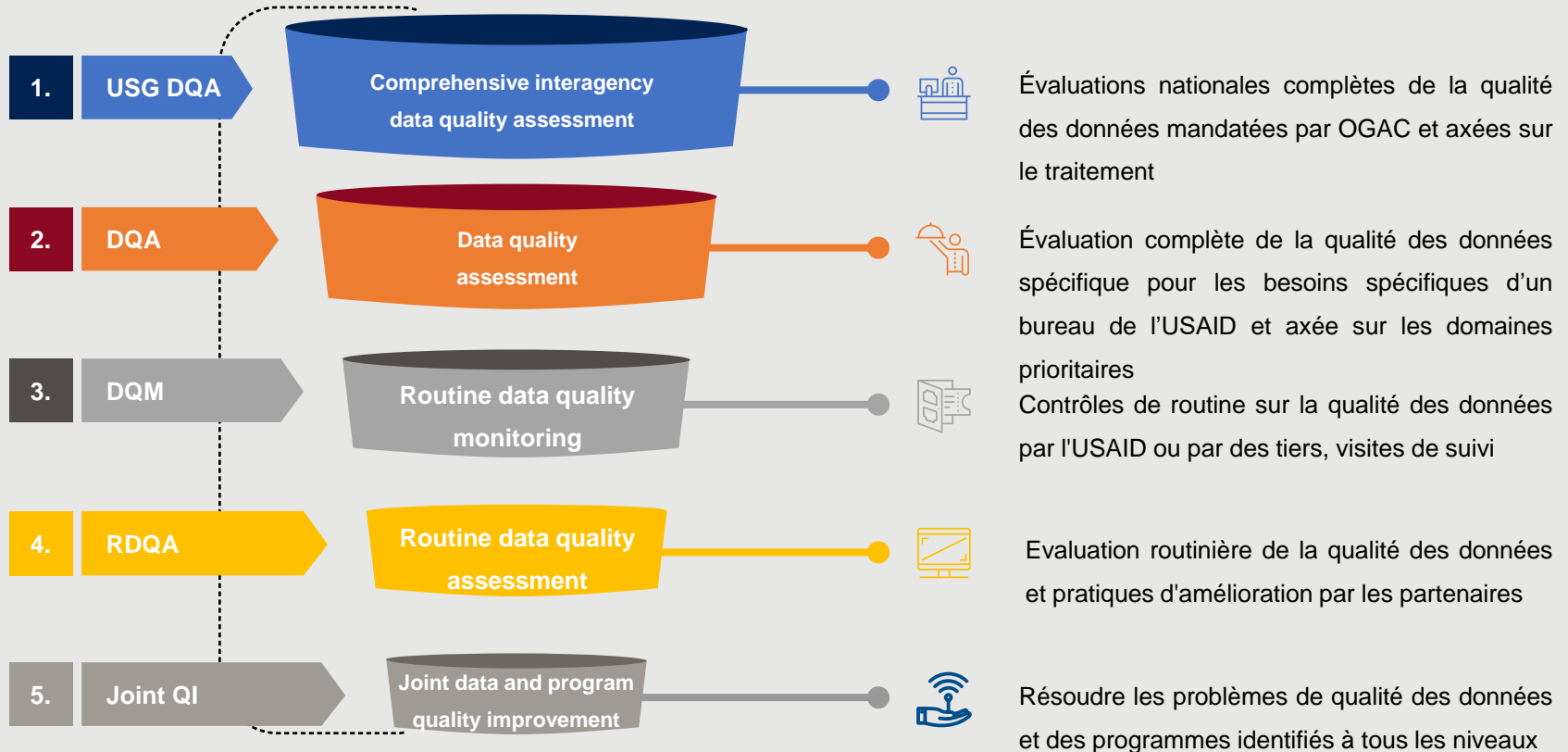
- Mauvaise compréhension de la définition des indicateurs, comment compiler les données, utiliser les feuilles de pointage et préparer les rapports
- Manque d'intérêt ou de motivation pour effectuer la saisie des données et des contrôles de qualité
- Manque de formation en Assurance or amélioration de la Qualité (QA / QI) des données
- Erreurs arithmétiques lors de la consolidation des données à partir de sources primaires

Comment la qualité des données peut-elle affecter la programmation?

- Le site a rapporté de manière inexacte un nombre élevé de HTS_POS:
 - Augmentation du nombre de patients à enrôler et à maintenir sous TAR
 - Beaucoup plus de médicaments que nécessaire sont envoyés à ce site ce site
 - Beaucoup plus de personnel embauché pour soutenir le site
- Site a rapporté un nombre moins élevé de patients => faible performance pour tous les indicateurs cliniques
 - Partenaire mis sur un plan d'amélioration des performances (PIP) par l'USAID
 - Moins de produits seront reçus par rapport à ce qui est nécessaire
 - Moins de personnel que nécessaire, ce qui peut avoir des impacts négatifs sur la qualité des services essentiels

Approche QA / QI des données USAID / OHA

Approche à différents niveaux



Processus de DQA - Principales étapes

- Évaluation du système
 - Pour identifier les causes profondes du problème et jeter les bases du processus afin de les adresser
- Vérification des données
 - Identifier s'il y a un problème avec la qualité des données et la gravité du problème
 - Évaluer la validité et la cohérence des résultats rapportés
 - Validation croisée au niveau du site (contre-vérification des données de la source principale avec une autre source)
- Élaboration d'un plan d'action
 - Actions pour résoudre les problèmes identifiés, sur la base des conclusions de l'évaluation du système et de la vérification des données
- Actions de suivi post DQA
 - Décrire les besoins ou types de support spécifiques qui seraient nécessaires

DQA - Approche d'Analyse Standard

- Facteur de vérification (VF): mesure le pourcentage d'un indicateur rapporté qui pourrait être vérifié à partir d'une reconstitution manuelle.

$$VF = (\text{Recompté} / \text{Rapporté}) * 100$$

Par exemple, si 80 personnes ont été déclarées pour TX CURR mais on a pu retrouver uniquement 78 lors du DQA, alors le VF est $(78/80) * 100$ ou 97,5%

- Si $VF > 100\%$, on parle de "sous-rapportage"
- Si $VF < 100\%$, on parle de "sur-rapportage"

- Concordance: mesure l'alignement des éléments de données sélectionnés entre la source des données de rapport et les dossiers des patients.

$$\text{Concordance} = (\text{nombre de fichiers avec informations identiques} / \text{nombre de fichiers examinés}) * 100$$

Règle de décision DQA - Facteur de vérification (VF) > +/- 10%

- Le siège ou un tiers doit mener un audit complet des dossiers des patients.
- Une évaluation de routine de la qualité des données doit être effectuée un trimestre après le DQA initial dans tous les sites où des problèmes ont été identifiés lors du DQA initial.
- Le suivi de la qualité des données doit être effectué un trimestre après l'DQA initiale dans tous les sites où des problèmes ont été identifiés lors du DQA initial.
- Renforcement des capacités du personnel de l'organisation partenaire / ou travaillant dans tous les sites appuyés par le projet / organisation.

Règle de décision DQA - Facteur de vérification (VF) entre +/- 5% et +/- 10%

- L'organisation partenaire doit mener un audit complet des dossiers des patients dans un échantillon représentatif de sites à volume élevé atteints pendant l'DQA initiale
- Le trimestre suivant l'audit des dossiers patients, un suivi de la qualité des données doit être réalisé dans 10% des sites évalués lors de la DQA initiale
- Une évaluation de routine de la qualité des données doit être menée dans une proportion de sites à volume élevé, Y COMPRIS 25% de ceux où des problèmes ont été identifiés.
- Renforcement des capacités du personnel travaillant dans les sites où des problèmes de données ont été identifiés



Des questions

Extrait des outils d'évaluation de la qualité des données de l'USAID / OHA axée sur les patients actuellement sous traitement

DQA - Cartographie des mouvements de patients et des flux de données

OUTIL DE CARTOGRAPHIE DE FLUX DE DONNÉES

Script d'introduction à la cartographie des données

Date

Partenaire

Nom de l'installation

Asseseur

Date de début

Date de fin

INSTRUCTIONS ASSESSEUR :

Cet exercice doit suivre immédiatement le briefing avec le site. Idéalement, il devrait être rempli avec le Chef de l'unité ART, mais s'il est trop occupé ou indisponible, il devrait être rempli avec la personne qui est principalement responsable de la mise à jour de la documentation dans le registre. Si ce n'est toujours pas faisable, il est possible de reporter cette activité jusqu'à ce que le responsable de l'unité ART soit disponible.

Note :

- Ne lisez pas les questions mot pour mot, mais demandez plutôt à l'infirmière de prétendre que vous êtes un patient nouvellement identifié positif. Demandez-lui de vous guider tout au long des étapes de démarrage du TAR, en notant quand le numéro de TAR est donné et s'il est documenté si un patient refuse initialement le traitement
- Demandez à l'infirmière comment elle remplit le rapport mensuel, comment les indicateurs sont calculés, y compris en comptant ceux qui sont considérés perdus de vue. Essayez de ne faire aucune hypothèse sur les processus de l'installation.
- Demandez quelle(s) source(s) de données sont utilisées pour les rapports mensuels pour PEPFAR et MOH.
- Rendre compte des résultats du flux de données à l'équipe et utiliser ces informations pour aider l'équipe à se préparer au recomptage

Script

Pour commencer, nous aimerions que vous nous expliquiez la cascade de traitement de votre établissement. Veuillez décrire le processus que traverse un patient depuis le début du traitement antirétroviral, jusqu'à la réception des médicaments et le traitement et les soins continus. Nous souhaitons également comprendre en

OUTIL DE CARTOGRAPHIE DE FLUX DE DONNÉES

THERAPIE ANTIRETROVIRALE – A REMPLIR AVEC L'INFIRMIERE ART

| Questions Guides | Flux de données. Notez les différences pour les patients nouveaux ou qui reviennent. |
|---|--|
| <p>Lorsqu'un patient est confirmé séropositif, décrivez ce qui se passe entre la confirmation du VIH + et le début du TAR. Comment les services sont-ils enregistrés et quels outils / registres sont utilisés.</p> <p>Considérez les pistes suivantes :</p> <p>Dites-moi comment les patients commencent le TARV dans cet établissement.</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>En quel mois et en quelle année l'établissement a-t-il commencé à fournir un traitement antirétroviral (TAR) ?</i>• <i>Comment l'initiation du TAR est-elle documentée ?</i>• <i>À quel stade du flux de patients un code TAR est-il attribué ? Où est-ce enregistré ?</i>• <i>Ce processus diffère-t-il entre les cliniques hospitalières et ambulatoires ? Pour les femmes enceintes ? Pédiatrie ? Les patients tuberculeux ?</i>• <i>Qui les patients voient-ils avant le médecin ou le fournisseur de soins de santé (infirmière de triage, assistant médical, etc.) ?</i>• <i>Décrivez le processus de classement des dossiers des patients</i><ul style="list-style-type: none">○ <i>Quand les dossiers des</i> | |

DQA - Évaluation du système de gestion des données

Checklist pour l'évaluation des systèmes de surveillance des patients au niveau du site

- A ETABLIR AVEC L'AGENT EN CHARGE DES ENREGISTREMENTS -

Instructions pour l'équipe d'examen (parties A et B)

C'est l'un des premiers outils que l'équipe devrait utiliser une fois arrivée sur le site après que l'équipe ait fait les présentations et soit installée. La plupart des questions sont appropriées pour le commis aux données du site, mais si les questions seraient mieux répondues par la direction de l'établissement, cela est indiqué.

Partie A : Questions spécifiques TAR

1. Reporting (pour la gestion des sites)

- 1.1. Comment l'établissement soumet-il des rapports mensuels sur le traitement antirétroviral au Ministère de la Santé ?
 - Rapport électronique
 - Formulaire papier
- 1.2. Quelle(s) source(s) de données pour les rapports mensuels sur le traitement antirétroviral soumis au ministère de la Santé ?
 - 1.2.1. Quelle source est utilisée pour les patients de l'établissement ?

 - 1.2.2. Quelle source est utilisée pour la dispensation communautaire ?

 - 1.2.3. Quelle source est utilisée pour _____ ?

 - 1.2.4. Expliquez pourquoi vous utilisez ces sources

- 1.3. À quelle fréquence signalez-vous la TAR au ministère de la Santé ?
 - Journalière
 - Hebdomadaire
 - Mensuel
 - Autre: _____

2. Personnel (pour la gestion du site)

- 2.1. Qui est responsable du calcul des indicateurs TAR et de la rédaction des rapports mensuels pour le ministère de la Santé et / ou le partenaire d'exécution ? (Veuillez cocher tous les points applicables)

TAR:

- Un(e) spécialiste dédié(e) au suivi et à l'évaluation dans les établissements embauché par le ministère de la Santé ou un partenaire d'exécution
- Un(e) spécialiste du suivi et de l'évaluation embauché(e) par le Ministère de la Santé qui visite régulièrement l'établissement
- Agent de saisie de données
- Infirmière ou autre membre du personnel Clinique
- Autre: _____

- 2.2. Des processus sont-ils en place pour garantir que les données TAR sont compilés et rapportés si le personnel désigné n'est pas disponible ?

- Qui
- Non

- 2.3. Have personnel been trained on how to use and complete paper-based registers and electronic medical record systems and reporting forms?

- Qui
- Non

3. Qualités des données ((pour la gestion du site)

- 3.1. L'établissement suit-il des procédures de contrôle de la qualité pour la saisie des données dans un registre électronique, des dossiers médicaux électroniques ou un registre papier ?

- Oui
- Non

- 3.2. L'établissement dispose-t-il de procédures opérationnelles normalisées sur la qualité des données pour les processus de rapport mensuel de TAR ?

- Qui
- Non

- 3.3. L'établissement reçoit-il des commentaires du partenaire d'exécution sur la qualité de ses rapports TAR ?

- Oui
- Non

Feuille de pointage pour les DQAs de USAID / OHA axés sur les patients actuellement sous traitement

1. Nous ne prescrivons pas quel outil nos partenaires pourraient / devraient utiliser lorsqu'ils effectuent leurs contrôles de qualité des données / RDQA
2. L'outil que nous présentons est un outil de l'USAID qui était basé et donc aligné sur un outil PEPFAR / CDC DQA utilisé pour les DQA inter-agences
3. L'outil que nous avons développé va au-delà de la simple évaluation / validation du nombre de patients sous traitement pour appuyer plus directement l'amélioration de la qualité des programmes;
4. Importante mise en garde en cas d'utilisation de cet outil: «Attention spéciale en vue d'assurer la confidentialité et la protection des Informations Personnelles des Patients (pas de noms, adresses, numéros de téléphone, etc.)

Feuille de pointage pour les DQAs de USAID / OHA axés sur les patients actuellement sous traitement

Le contexte

- Recomptage complet requis pour l'DQA sur demande spécifique de OGAC
- Exigences de la direction du Bureau de VIH de l'USAID pour combiner les DQAs avec l'évaluation de la qualité du programme
- Défis avec la définition des perdus de vue ou LTFU (28 ou 90 jours)

Structure de la feuille de pointage OHA / DQA:

- Format Excel avec 19 points de données ou variables
- 4 premiers points de données ou variables peuvent être remplis à tout moment avant la visite du site
- 15 points de données ou variables à renseigner sur place au niveau du site

PS: Il existe divers autres outils qui peuvent être utilisés pour mener une DQA

Résumé des résultats de l'DQA

| PARTENAIRE PRINCIPAL DISTRICTE | | CET ONGLET CONSOLIDE LES RÉSULTATS DE TOUTES LES ACTIVITÉS ET PERMET LA COMPARAISON DES RAPPORTS ET DES DONNÉES RÉCONSTITUÉES, DONNANT UN POURCENTAGE DE CONCORDANCE. | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|--|----------|--|-------------------|----------|--|
| SELECTIONNER LE SITE | | POUR L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS: SI POURCENTAGE DE CONCORDANCE > 100%, SUR-DÉCLARATION SI LE POURCENTAGE DE CONCORDANCE < 100% SOUS-RAPPORT 5% DE 100% EST UNE EXCELLENTE CONCORDANCE | | | | | |
| PERIODE D'ÉVALUATION | | TX_CURR (28 days) | | | TX_NOUVEAU | | |
| SEXE | AGE | RAPPORT PEPFAR | RECOMPTÉ | % CONCORDANCE- PEPFAR (VF= # recompté / # reporté)*100% | RAPPORT PEPFAR | RECOMPTÉ | % CONCORDANCE- PEPFAR (VF= # recompté / # reporté)*100% |
| HOMME | <1 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 1 TO 4 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 5 TO 9 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 10 TO 14 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 15 TO 19 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 20 TO 24 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 25 TO 29 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 30 TO 34 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 35 TO 39 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 40 TO 49 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 50+ | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | INCONNU | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | HOMME TOTAL | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| FEMME | <1 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 1 TO 4 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 5 TO 9 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 10 TO 14 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 15 TO 19 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 20 TO 24 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 25 TO 29 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 30 TO 34 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 35 TO 39 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 40 TO 49 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 50+ | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | INCONNU | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | FEMME TOTAL | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| ND TOTAL | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | |
| TG TOTAL | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | |
| TOTAL | TOTAL | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |

| AUTRES INDICATEURS DÉSAGRÉGÉS | | | | |
|-------------------------------|--------------------|--------|--------------------|---|
| INDICATEUR | DISAGRÉGÉS | RECRÉÉ | RAPPORTÉ PEPFAR | % CONCORDANCE- PEPFAR (VF= # recréé/ # reporté)*100% |
| MMD | MMD eligible | 0 | 0 | - |
| | 1 month dispensing | 0 | 0 | - |
| | MMD - 2 month | 0 | 0 | - |
| | MMD - 3 months | 0 | 0 | - |
| | MMD - 4 months | 0 | 0 | - |
| | MMD - 5 months | 0 | 0 | - |
| | MMD - 6 months | 0 | 0 | - |
| | MMD - 7+ | 0 | 0 | - |
| | No MMD | 0 | 0 | 0 |
| | MMD 3-5 | 0 | 0 | 0 |
| | MMD 6 and + | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL MMD - 3+ | 0 | 0 | 0 | |
| Charge virale | Test done | 0 | 0 | - |
| | Suppression | 0 | 0 | - |

| CHARTRE CROISÉE DES RESULTATS | |
|--|----------------------------|
| Nombre de Patients Actuellement sous ART (DEFINITION PEPFAR) | 0 |
| Nombre Patients Actuellement sous ART à prélever du Registre | 0 |
| COMPARAISON DES DOCUMENTS SOURCES CONTRE LE REGISTRE | Date Initiation ART |
| Nombre de patients sous ART avec différente date d'initiation | 0 |
| Nombre de patients prélevés avec même date d'initiation ART: grande precision | 0 |
| % Concordance date initiation ART | - |

DQA - Feuille de pointage (remplie avec des données)

7/1/2019 to 9/30/2019

| OU | Province /District | Nom du Site | Code du Site | Identifiant Unique du Patient | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) *ENTRER "ND" SI DATE INCONNUE | Date du diagnostic VIH (JJ/MM/AAAA) | Date début ART (JJ/MM/AAAA) | Transfert entrant / sortant | Date dernière visite/ collecte médicaments (JJ/MM/AAAA) | Date prochaine visite (JJ/MM/AAAA) | Nombre de doses journalières recues *ENTRER UNIQUEMENT DES | Posologie ART (Quelle posologie et combien de cachets par jours) | Date dernier test VL (JJ/MM/AAAA) *ENTRER DATE COLLECTE | Resultat dernier Test VL *ENTRER UNIQUEMENT DES CHIFFRES. | Date limite |
|----|--------------------|-------------|--------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|--|--|---|---|-------------|
| | | 011-8552 | ND | F | 16/05/1990 | 19/05/2015 | 22/05/2015 | | 22/09/2019 | 20/10/2020 | 60 | TDF/3TC/EFV | 10/2/2019 | 27451 | 9/30/2019 |
| | | 010-6663 | ND | F | 31/05/1974 | 24/04/2015 | 06/10/2019 | | 28/08/2019 | 09/03/2020 | 150 | AZT/3TC/NVP | 5/8/2019 | 20 | 9/30/2019 |
| | | 062-9998 | MSM | M | 19/03/1988 | 21/03/2019 | 21/03/2019 | | 03/07/2019 | 29/10/2019 | 60 | TDF/3TC/EFV | | | 9/30/2019 |
| | | 039-7882 | FSW | F | 01/11/1990 | 22/06/2017 | 22/06/2017 | | 04/09/2019 | 29/01/2020 | 60 | TDF/3TC/NVP | | | 9/30/2019 |
| | | 014-7865 | MSM | M | 15/02/1972 | 06/10/2015 | 04/04/2016 | | 24/09/2019 | 27/11/2019 | 60 | TDF/3TC/EFV | | | 9/30/2019 |
| | | 0613-6735 | FSW | F | 05/11/1983 | 17/01/2019 | 19/02/2019 | | 16/07/2019 | 19/02/2020 | 120 | TDF/3TC/NVP | 4/10/2019 | 20 | 9/30/2019 |
| | | 0569-6745 | FSW | F | 12/11/2018 | 08/08/2018 | 08/08/2018 | | 27/08/2019 | 25/03/2020 | 120 | AZT/3TC/NVP | 3/24/2018 | 155 | 9/30/2019 |
| | | 0663-8975 | FSW | F | 04/05/1983 | 13/05/2019 | 13/05/2019 | | 27/08/2019 | 22/10/2019 | 60 | TDF/3TC/EFV | 6/12/2019 | 804 | 9/30/2019 |
| | | 0070-9876 | ND | F | 04/04/1998 | 23/07/2019 | 16/02/2019 | | 10/06/2019 | 10/07/2019 | 90 | TDF/3TC/EFV | 6/17/2009 | 20 | 9/30/2019 |
| | | 023-4653 | FSW | F | 10/08/1984 | 26/07/2018 | 26/12/2019 | | 17/07/2019 | 17/06/2019 | 150 | TDF/3TC/EFV | | | 9/30/2019 |
| | | 035-6772 | FSW | F | 01/01/1980 | 07/04/2017 | 07/04/2017 | | 03/08/2019 | 30/10/2020 | 60 | TDF/3TC/EFV | | | 9/30/2019 |
| | | 0422 | FSW | F | 08/07/1983 | 15/08/2018 | 15/08/2018 | | 11/09/2018 | 13/10/2018 | 30 | TDF/3TC/EFV | | | 9/30/2019 |
| | | 0577 | MSM | M | 15/06/2006 | 23/07/2005 | 24/08/2015 | | 13/07/2019 | 12/05/2019 | 120 | TDF/3TC/EFV | 1/30/2019 | 10385 | 9/30/2019 |
| | | 0450 | FSW | F | 09/05/1993 | 09/11/2017 | 09/11/2020 | | 19/06/2019 | 19/07/2019 | 30 | TDF/3TC/EFV | 7/15/1981 | 46 | 9/30/2019 |
| | | 0428 | FSW | F | 14/08/1994 | | 08/09/2017 | | | 29/10/2019 | 90 | TDF/3TC/EFV | 4/3/2019 | 794 | 9/30/2019 |
| | | 0675 | MSM | M | 10/03/1991 | 18/04/2019 | 18/04/2019 | | 18/08/2019 | 16/10/2019 | 90 | TDF/3TC/EFV | 8/8/2018 | 32 | 9/30/2019 |
| | | 0676 | FSW | F | 21/03/1992 | 18/04/2019 | 05/06/2019 | | | | 90 | AZT/3TC/NVP | 5/9/2018 | 63 | 9/30/2019 |
| | | 0023 | ND | F | 14/04/1974 | 15/05/2014 | 28/07/2014 | | 05/06/2019 | 07/08/2019 | 90 | TDF/3TC/EFV | 2/27/2019 | 143 | 9/30/2019 |
| | | 0161 | FSW | F | 06/12/1988 | 11/12/2015 | 10/12/2015 | | 23/07/2019 | 25/09/2019 | 180 | TDF/3TC/EFV | | | 9/30/2019 |
| | | 0665 | FSW | F | 10/12/1986 | 20/05/2019 | 20/05/2019 | | 05/08/2019 | 06/11/2019 | 90 | TDF/3TC/EFV | 7/22/2019 | 170654 | 9/30/2019 |
| | | 0504 | FSW | F | 25/05/1989 | 17/11/2017 | 22/11/2017 | | 18/08/2019 | 10/11/2019 | 120 | TDF/3TC/EFV | | | 9/30/2019 |
| | | 184 | FSW | F | 10/12/1971 | 10/02/2016 | 10/02/2015 | | 08/05/2019 | 02/08/2019 | 90 | TDF/3TC/EFV | 4/24/2019 | 20 | 9/30/2019 |
| | | 0673 | FSW | F | 29/09/1987 | 20/01/2017 | 03/06/2019 | | 21/08/2019 | 21/11/2019 | 90 | TDF/3TC/EFV | 12/12/2018 | 78 | 9/30/2019 |
| | | 0041 | FSW | F | 01/01/1987 | 02/10/2014 | 06/10/2014 | | 07/08/2019 | 26/12/2019 | 90 | TDF/3TC/LPV | 8/7/2019 | 36 | 9/30/2019 |

Résumé des résultats de l'DQA (avec données)

| SEXE | AGE | TX_CURR (28 days) | | | TX_NOUVEAU | | |
|----------|-------------|-------------------|----------|--|----------------|----------|--|
| | | RAPPORT PEPFAR | RECOMPTÉ | % CONCORDANCE-PEPFAR (VF= # recompté / # reporté)*100% | RAPPORT PEPFAR | RECOMPTÉ | % CONCORDANCE-PEPFAR (VF= # recompté / # reporté)*100% |
| HOMME | <1 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 1 TO 4 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 5 TO 9 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 10 TO 14 | 1 | 2 | 200.00% | 1 | 1 | 100% |
| | 15 TO 19 | 145 | 52 | 35.86% | 18 | 14 | 78% |
| | 20 TO 24 | 883 | 662 | 74.97% | 90 | 84 | 93% |
| | 25 TO 29 | 826 | 866 | 104.84% | 81 | 86 | 106% |
| | 30 TO 34 | 577 | 654 | 113.34% | 53 | 50 | 94% |
| | 35 TO 39 | 356 | 411 | 115.45% | 28 | 24 | 86% |
| | 40 TO 49 | 405 | 554 | 136.79% | 32 | 28 | 88% |
| | 50+ | 148 | 230 | 155.41% | 12 | 10 | 83% |
| | INCONNU | 0 | 19 | - | 0 | 0 | - |
| | HOMME TOTAL | 3341 | 3450 | 103.26% | 315 | 297 | 94% |
| FEMME | <1 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 1 TO 4 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 5 TO 9 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | 10 TO 14 | 1 | 0 | 0.00% | 0 | 0 | - |
| | 15 TO 19 | 24 | 12 | 50.00% | 3 | 3 | 100% |
| | 20 TO 24 | 134 | 94 | 70.15% | 15 | 17 | 113% |
| | 25 TO 29 | 205 | 175 | 85.37% | 21 | 20 | 95% |
| | 30 TO 34 | 228 | 213 | 93.42% | 8 | 9 | 113% |
| | 35 TO 39 | 209 | 225 | 107.66% | 10 | 10 | 100% |
| | 40 TO 49 | 252 | 316 | 125.40% | 16 | 14 | 88% |
| | 50+ | 88 | 158 | 179.55% | 7 | 6 | 86% |
| | INCONNU | 0 | 4 | - | 0 | 0 | - |
| | FEMME TOTAL | 1141 | 1197 | 104.91% | 80 | 79 | 99% |
| ND TOTAL | | 1 | - | | 0 | - | |
| TG TOTAL | | 0 | - | | 0 | - | |
| TOTAL | TOTAL | 4482 | 4648 | 104% | 395 | 376 | 95% |

| AUTRES INDICATEURS DÉSAGRÉGÉS | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|--|
| INDICATEUR | DISAGRÉGÉS | RECRÉÉ | RAPPORTÉ PEPFAR | % CONCORDANCE-PEPFAR (VF= # recréé / # reporté)*100% |
| MMD | MMD eligible | 0 | | - |
| | 1 month dispensing | 357 | | - |
| | MMD - 2 month | 416 | | - |
| | MMD- 3 months | 1657 | | - |
| | MMD - 4 months | 1533 | | - |
| | MMD - 5 months | 313 | | - |
| | MMD - 6 months | 419 | | - |
| | MMD - 7+ | 0 | | - |
| | No MMD | 773 | | 0 |
| | MMD 3-5 | 3503 | | 0 |
| | MMD 6 and + | 419 | | 0 |
| | TOTAL MMD - 3+ | 3922 | | 0 |
| | Charge virale | Test done | 0 | |
| Suppression | | 0 | | - |

| CHARTRE CROISÉE DES RESULTATS | |
|---|----------------------------|
| Nombre de Patients Actuellement sous ART (DEFINITION PEPFAR) | 4,648 |
| Nombre Patients Actuellement sous ART à prélever du Registre | 232.4 |
| COMPARAISON DES DOCUMENTS SOURCES CONTRE LE REGISTRE | Date Initiation ART |
| Nombre de patients sous ART avec différente date d'initiation | 25 |
| Nombre de patients prélevés avec même date d'initiation ART: <i>grande precision</i> | 330 |
| % Concordance date initiation ART | 142% |

Feuille de pointage et problèmes de qualité des données

Scénario I

- Dans ce scénario, un employé vient juste d'être engagé dans votre équipe avec pour responsabilité de générer des données agrégées à partir des dossiers des malades
- Au niveau de l'outil mensuel, on doit saisir les données agrégées relatives au nombre total de cas pédiatriques et adultes actuellement sous traitement
- Le nouveau membre de l'équipe ne connaît pas les définitions correctes (pédiatriques = moins de 15 ans, adultes = 15 ans et plus)
- Le nouveau membre de l'équipe capture toute personne de moins de 18 ans en tant que cas pédiatrique et toute personne de 18 ans et plus en tant qu'adulte pendant 6 mois consécutifs.
- Le chef de projet est très préoccupé par le pic des cas pédiatriques
 1. Quels critères de qualité des données ce scénario enfreint-il?
 2. Quelles mesures prendriez-vous pour identifier ce problème lorsqu'il a commencé?
 3. Comment les gestionnaires et / ou le S&E devraient-ils répondre à ce problème?

Scénario 2

- Dans ce scénario, quel est le problème de chacun des données du patient, s'il en existe?
- Quelles mesures devraient être prises par les gestionnaires et / ou l'équipe de suivi et d'évaluation pour résoudre ces problèmes?
- Quelles mesures pourriez-vous prendre pour éviter ce type de problème de qualité des données?

| Date of birth (DD/MM/YYYY) *ENTER "ND" IF DOB CANNOT BE FOUND | Date of HIV diagnosis (DD/MM/YYYY) | Date of ART initiation (DD/MM/YYYY) | Transfer-in or Transfer-out | Date of last visit/drug pickup (DD/MM/YYYY) | Date of next visit (DD/MM/YYYY) | # Daily doses picked up/dispensed *ONLY NUMBERS SHOULD BE ENTERED. DO NOT ENTER TEXT. |
|--|--|--|--------------------------------|---|------------------------------------|--|
| 04/04/1998 | 23/07/2019 | 16/02/2019 | | 10/06/2019 | 10/07/2019 | 90 |
| 10/08/1984 | 26/07/2018 | 26/12/2019 | | 17/07/2019 | 17/06/2019 | 150 |
| 01/01/1980 | 07/04/2017 | 07/04/2017 | | 03/08/2019 | 30/10/2020 | 60 |
| 08/07/1983 | 15/08/2018 | 15/08/2018 | | 11/09/2018 | 13/10/2018 | 30 |
| 15/06/2006 | 23/07/2005 | 24/08/2015 | | 13/07/2019 | 12/05/2019 | 120 |
| 09/05/1993 | 09/11/2017 | 09/11/2020 | | 19/06/2019 | 19/07/2019 | 30 |
| 14/08/1994 | | 08/09/2017 | | | 29/10/2019 | 90 |
| 10/03/1991 | 18/04/2019 | 18/04/2019 | | 18/08/2019 | 16/10/2019 | 90 |
| 21/03/1992 | 18/04/2019 | 05/06/2019 | | | | 90 |
| 14/04/1974 | 15/05/2014 | 28/07/2014 | | 05/06/2019 | 07/08/2019 | 90 |
| 06/12/1988 | 11/12/2015 | 10/12/2015 | | 23/07/2019 | 25/09/2019 | 180 |

Scénario 3

- Dans ce scénario, de nombreuses valeurs manquent pour les individus.
- Quelles sont les conséquences des données manquantes / incomplètes?
- Quelles mesures pouvez-vous prendre pour éviter ce risque pour la qualité des données?

| ART Regimen (what regimen and how many pills per daily doses) | Date of Latest VL test (DD/MM/YYYY) *ENTER DATE WHEN SPECIMEN COLLECTED | Last VL Test Results *ONLY NUMBERS SHOULD BE ENTERED. DO NOT ENTER TEXT. |
|---|--|---|
| 0 EFV 400 | 17/11/2018 | 2000 |
| 0 | 26/11/2018 | |
| 0 EFV 400 | | |
| 0 EFV 400 | | |
| 0 | 18/11/2018 | |
| 0 EFV 400 | 06/02/2019 | 450 |
| 0 EFV 400 | 01/09/2019 | 30000 |
| 0 | 05/03/2019 | 1000000 |
| 0 EFV 400 | 09/03/2019 | |
| 0 | | |

Actions de suivi post-DQA

Post-DQA Follow-up actions

- Elaboration de plans d'action en vue de l'amélioration de la qualité pour adresser les problèmes liés aux systèmes, à la qualité des données et / ou à la qualité des programmes
- Analyse croisée des résultats de l'DQA avec les données de performance rapportées
- Mise à jour des résultats rapportés pour refléter les résultats de la validation DQA
- Partage des rapports de DQA avec les parties prenantes concernées
- Renforcement des capacités ou assistance technique au personnel concerné
- Supervisions de soutien accrues combinées à une surveillance de routine de la qualité des données
- Conduire des DQA subséquentes comme des actions correctives

Aperçu du rapport DQA - Composants clés

Grandes lignes d'un résumé de rapport de DQA

- Nombre de sites évalués
- Nombre et liste des sites présentant des écarts entre les chiffres reconstitués et les résultats rapportés supérieurs à 10%
- Nombre de dossiers de bénéficiaires examinés
- Problèmes de qualité des données et des programmes identifiés et / ou adressés
- Problèmes identifiés et/ou résolus au système de gestion des données sanitaires
- Plan d'action pour adresser les problèmes identifiés, y compris le calendrier de mise en oeuvre, le personnel / l'entité responsable (système de santé, problèmes de qualité des données et des programmes)

Rappel critique

1. Il existe divers autres outils qui peuvent être utilisés pour effectuer l'DQA
2. L'utilisation de cette feuille de pointage utilisée par OHA pour les DQAs axes sur les indicateurs de traitement OHA n'est PAS OBLIGATOIRE
3. Les informations personnellement identifiables (adresse du patient, numéros de téléphone, noms) ne doivent jamais être collectées pendant l'DQA
4. Si vous utilisez cette feuille de pointage, vous ne devez jamais collecter d'informations susceptibles de révéler l'identité d'un patient.

Vérification des connaissances

Q1. Qui est responsable de la qualité des données?

Q2. Les données brutes utilisées pour le rapport au premier trimestre ont été vérifiées la semaine dernière et les mêmes résultats ont été trouvés. Cette déclaration fait référence à quels critères de qualité des données?

Q3: Tous les sites ne font pas de rapport et / ou les sites soumettent leurs rapports après la date limite. Cette déclaration fait référence à quels critères de qualité des données?

Q4: Vrai ou Faux: DQA ne peut être menée que sur les indicateurs de soins et de traitement?

Q5: Vrai ou faux: DQA ne peut être menée que par le personnel de l'USAID?

Q6: Vrai ou Faux: USAID / OHA ou OGAC peuvent décider de mener une DQA approfondie ou un audit sur les données rapportées?

Q7: Vrai ou Faux: On s'attend à ce que DQA soit effectuée systématiquement pendant les visites de supervision?

Q8. Identifier si cette situation fait référence à une «sur-rapportage» ou une «sous-rapportage»

TX_CURR rapporté: 120; TX_CURR recompté : 110

Q9. Identifier si cette situation fait référence à une “sur-rapportage”
ou une “sous-rapportage”

TX_NEW recompté : 150; TX_NEW rapporté : 130

Q10. Identifier si cette situation fait référence à une «sur-rapportage»
ou une «sous-rapportage»

Facteur de vérification = 120%

Q11. Identifier si cette situation fait référence à une “sur-rapportage”
ou une “sous-rapportage”

Facteur de vérification = 85%

Outils utiles concernant DQA

- ❑ [Outil de AQ / AQ des données](#) (développée par Measure Evaluation et axée sur TX_CURR uniquement) pour RDQA et même pour DQA initiale non axée sur la cascade de soins cliniques
- ❑ [Outils d'AQ / AQ des données](#) (USAID / PEPFAR - Comprend des outils de comptage, des flux de données et des questionnaires d'évaluation des systèmes) pour DQA initiale axée sur la cascade de soins cliniques globalement.
- ❑ [Outil standard d'évaluation](#) pour le suivi de la qualité des données (DQM) axé sur l'évaluation de la cohérence et de l'exhaustivité

Ressources concernant la qualité des programmes et des données

- <https://www.globalhealthlearning.org/course/data-quality>
- <https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-data-quality-assessment/en/>
- <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-19-26>

Points de contact à l'OHA pour l'assistance concernant DQA

- ❑ Ana Scholl (adjapovicsscholl@usaid.gov)
- ❑ Webert Jose (wjose@usaid.gov)
- ❑ Josephine Mungurere-Baker (jmungurerebaker@usaid.gov)

Je vous remercie

