



Aperçu des Outils et du Processus d'Assurance et d'Amélioration de la Qualité des Données et du Programme (USAID/PEPFAR)

Webert Jose et Ana Scholl
USAID, Bureau VIH/SIDA
Division SIEI / Direction de l'évaluation

Qu'est-ce que QA/QI ?

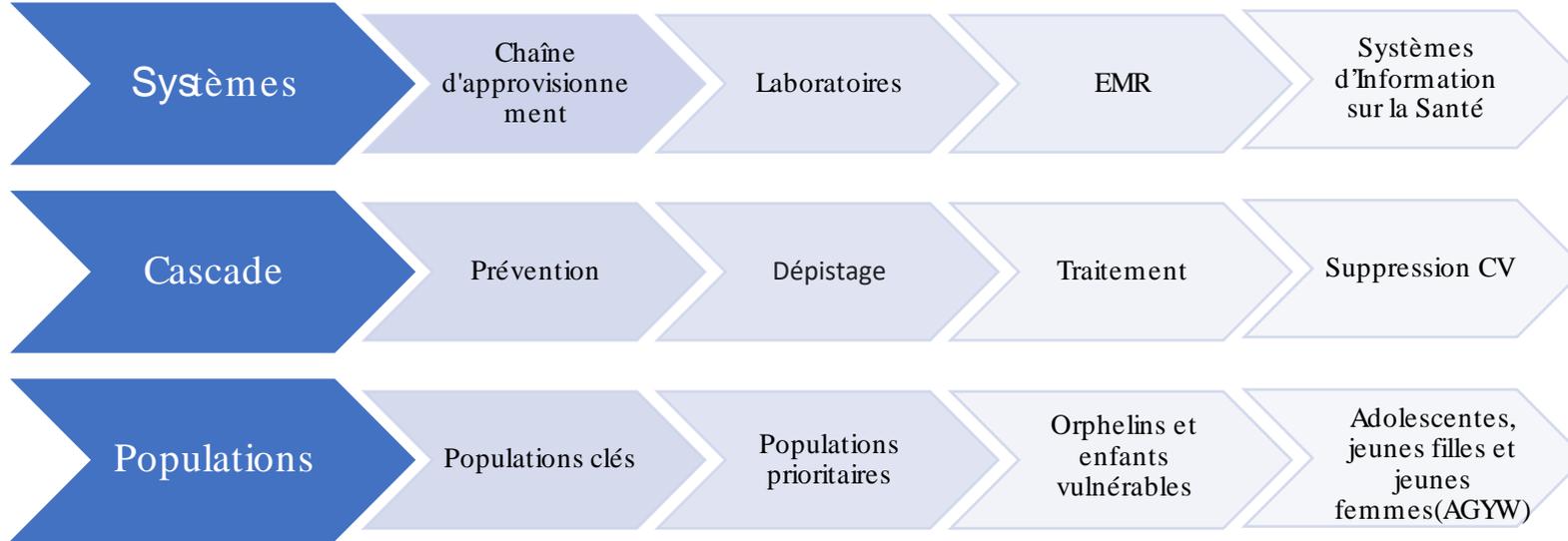
- **Assurance qualité (AQ)** peut être définie comme une activité qui mesure les performances par rapport à des normes à un moment donné.
- **Amélioration de la qualité (AQ)** peut être définie comme une activité basée sur l'évidence conçue pour l'amélioration continue des performances, tester les changements dans les services, mesurer l'effet de ces changements et utiliser les données pour améliorer les performances cliniques et les résultats de santé des clients.
- **L'amélioration de la qualité est une composante spécifique de "l'amélioration continue de la qualité" (ACQ)** qui est un processus en continu visant à engager les équipes de mise en œuvre dans l'identification des obstacles et des facteurs susceptibles de faciliter la dispensation de services de qualité et à leur donner les moyens d'agir pour améliorer les résultats

Qu'entendons-nous par DQA?

- Une **évaluation de la qualité des données (DQA)** est une activité d'assurance qualité qui évalue un ou plusieurs indicateurs et une ou plusieurs dimensions de la qualité des données (validité, exactitude, exhaustivité, confidentialité, intégrité, fiabilité et ponctualité).
- L'objectif des DQA est de s'assurer que des données de haute qualité sont communiquées au Ministère de la Santé (MOH), à l'USAID et au PEPFAR par :
 - L'identification des problèmes de systèmes qui affectent la qualité des données rapportées.
 - La Validation des processus d'agrégation et de rapportage des données au niveau du site.
 - L'identification et la rectification de toute divergence entre les chiffres recomptés et les chiffres rapportés.
 - Le support au renforcement des capacités du personnel en matière de gestion et de rapportage de données.
 - L'identification des problèmes liés à la qualité du programme et l'élaboration des plans de remédiation.

Quel pourrait être l'intérêt / objectif d'un DQA ?

Quelques exemples...



DQAs peuvent se réaliser partout où des indicateurs sont mesurés

Les défis pouvant affecter la Qualité des Données

➤ Questions relatives aux systèmes

- Manque de ressources adéquates pour la collecte et l'analyse des données
- Flux de données qui ne suivent pas le circuit patient à travers la cascade de services
- Les systèmes de suivi et de rapportage au niveau du patient individuellement ne sont pas bien conçus/gérés pour générer avec précision des résultats à rapporter.
- Rôles et responsabilités mal définis en ce qui concerne la saisie, l'agrégation, la validation et le rapportage des données.
- Dépendance vis-à-vis d'autres entités (MOH) pour le rapportage des données.

➤ Autres Facteurs

- Mauvaise compréhension de la définition des indicateurs, du processus de compilation des données, de l'utilisation des feuilles de pointage et de la préparation des rapports.
- Manque d'intérêt ou de motivation lors de la saisie des données et des contrôles de qualité
- Manque de formation en QA/QI des données
- Erreurs de calcul lors de la consolidation des données provenant des sources de données

Pourquoi un processus de QA/QI des données spécifiques à USAID/PEPFAR?

- Les programmes de lutte contre le VIH sont axés sur les résultats et gérés sur la base de données ou d'évidence.
- Des données de haute qualité sont essentielles pour :
 - Le suivi & évaluation des progrès vers l'atteinte des objectifs 95-95-95
 - L'évaluation précise des performances des partenaires
 - La redevabilité et la bonne gouvernance
 - La planification et la prise de décision
- Utilisation des données pour évaluer la conformité aux normes de qualité des services et aux directives techniques
- Les opérations du PEPFAR dépendent de données de haute qualité pour la prise de décisions stratégiques



Exemple illustratif : Comment la qualité des données peut affecter la qualité et la performance des programmes ?

- Le site a déclaré de manière inexacte un nombre élevé de HTS_POS :
 - s'attendre à une augmentation du nombre de patients inscrits et maintenus sous TARV
 - plus de médicaments que nécessaire sont envoyés sur ce site
 - plus de personnel embauché pour soutenir le site
- Le site a sous-déclaré le nombre de patients
 - Le partenaire devra se conformer aux exigences d'un Plan d'Amélioration des Performances (PIP) sur recommandation de l'USAID
 - Moins d'intrants reçus que ce qui est nécessaire
 - Moins de personnel embauché que ce qui est nécessaire (impact sur la qualité des services critiques)

Sondage - 1

Approche d'Assurance et d'Amélioration de la Qualité des Données de USAID/OHA

Responsabilité partagée en matière de QA/QI

Approche à plusieurs niveaux



DQA complète dans le cadre de PEPFAR - Principales étapes

➤ **Évaluation des systèmes**

- Identifier les problèmes liés à la gestion et au rapportage des données et tracer la voie à suivre pour la résolution de ces problèmes.

➤ **Cartographie des circuits des patients et des données**

- Comprendre le circuit des patients et identifier les éventuels goulots d'étranglement

➤ **Vérification des données**

- Identifier s'il y a des problèmes de qualité des données ainsi que leur degré de gravité.
- Évaluer la validité et la cohérence des résultats rapportés
- Validation croisée au niveau du site (vérification croisée des données primaires avec des sources de données alternatives)

➤ **Développement du plan d'action**

- Actions visant à résoudre les problèmes identifiés à partir des conclusions de l'évaluation du système et de la vérification des données

DQA – Approche d'Analyse Standard

- **Facteur de vérification (VF)** mesure le pourcentage de données déclarées qui ont été vérifiées après avoir recompté manuellement les chiffres rapportés pour l'indicateur $VF = (\text{Recompté} / \text{Rapporté}) * 100$

Par exemple, si 80 personnes ont été rapportées pour l'indicateur TX CURR et que le DQA a pu vérifier que 78 personnes auraient dû être déclarées pour l'indicateur TX CURR. Alors, le VF est de $(78/80) * 100$ ou 97,5%.

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

- **Concordance:** mesure la concordance des éléments de données sélectionnés entre les outils de rapport et les dossiers des patients.

Concordance = $(\# \text{ de dossiers concordants} / \# \text{ de dossiers examinés}) * 100$

Un facteur de vérification (VF) supérieur à +/-10% indique de sérieux problèmes de qualité des données.

- La règle de décision de DQA définit les écarts acceptables et inacceptables entre les données vérifiées et les données déclarées
- Lorsque de graves problèmes de qualité des données sont identifiés:
 - Une Evaluation de Routine de la Qualité des Données doit être faite un trimestre après le DQA initial dans tous les sites où des problèmes ont été identifiés.
 - USAID ou une tierce partie peut mener un audit complet des dossiers des patients.
 - Un Contrôle de routine de la Qualité des Données devra suivre environ un trimestre après le DQA initial dans tous les sites où des problèmes ont été identifiés lors du DQA initial ou pendant le RDQA rapporté.
 - Renforcement des capacités des IPs et/ou du personnel travaillant dans tous les sites supportés.

Un facteur de vérification (VF) compris entre +/-5% et +/-10% indique des problèmes modérés de qualité des données.

- Actions à mettre en oeuvre pour adresser des problèmes modérés de qualité des données:
 - IP doit réaliser un audit complet des dossiers patients en utilisant un échantillon représentatif des sites à fort volume évalués lors du DQA initial.
 - Au cours du trimestre suivant l'audit des dossiers patients, un Contrôle de routine de la Qualité des Données doit être effectué dans 10% des sites évalués lors du DQA initial.
 - Une Evaluation de Routine de la Qualité des Données devra être réalisée sur une proportion de sites à haut volume INCLUANT 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.

Actions de suivi post-DQA

Actions de suivi post-DQA

- Plans d'action pour l'amélioration de la qualité élaborés pour adresser les problèmes liés aux systèmes, à la qualité des données et/ou à la qualité des programmes.
- Analyse croisée des résultats du DQA avec les données de performance rapportées.
- Mise à jour des rapports soumis pour refléter les résultats de la validation du DQA
- Partage des rapports du DQA avec les parties prenantes concernées
- Renforcement des capacités ou Assistance Technique au personnel concerné
- Augmentation des supervisions d'appui combinées à des exercices de contrôle de routine de la qualité des données.
- Suivi du DQA pour vérifier la bonne mise en œuvre des actions correctives prises.

Sondage- 2

Outils d'Evaluation de la Qualité des Données de USAID/OHA pour les indicateurs de Traitement

Outils de DQA sur les indicateurs de traitement- USAID/OHA

- USAID ne prescrit pas l'outil que nos partenaires de traitement doivent utiliser pour effectuer leurs contrôles de qualité des données/RDQAs.
- L'outil que nous présentons a été développé par USAID à partir d'un outil de CDC/PEPFAR utilisé au cours des DQA inter-agences.
- L'outil que nous avons développé va au-delà de la simple évaluation/validation des nombres rapportés pour les indicateurs de traitement pour supporter plus directement l'amélioration de la qualité des programmes.
- 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 (aucune information relative au nom, adresse, numéro de téléphone, etc. ne doit être collectée et tous les fichiers doivent être protégés à l'aide d'un mot de passe).

DQA sur les indicateurs de traitement

Programme PEPFAR

- **Contexte**
 - Un recomptage complet est nécessaire pour le DQA mandaté par OGAC.
 - Nécessité de rationaliser le processus de DQA afin de pouvoir aussi informer la Qualité du Programme.
 - Défis liés à la définition de l'interruption de traitement (28 ou 90 jours)
 - Nécessité d'évaluer et adresser les problèmes liés aux systèmes

- **Structure de la feuille de pointage des DQAs sur les indicateurs de traitement (USAID/OHA)**
 - Format Excel avec 19 points de données / variables
 - 4 premiers points de données/variables peuvent être remplis à tout moment avant la visite du site.
 - 15 points de données / variables à remplir sur le site

- **Résultats des DQAs sur les indicateurs de traitement (USAID/OHA)**
 - Ecart entre les résultats rapportés et les données validées
 - Problèmes de qualité des services et de conformité aux normes ou aux directives

DQA - Cartographie des circuits des patients et des 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

Résumé des résultats du DQA

DATE
PRIME PARTNER
DISTRICT
SELECT FACILITY
ASSESSMENT PERIOD

THIS TAB CONSOLIDATES THE RESULTS OF ALL THE ACTIVITIES AND ALLOWS FOR COMPARISON OF REPORTED AGAINST RECREATED, GIVING A PERCENT CONCORDANCE.

FOR RESULT INTERPRETATION:
IF PERCENT CONCORDANCE IS >100%, THIS SHOULD BE INTERPRETED AS OVER-REPORTING
IF PERCENT CONCORDANCE IS <100% THIS SHOULD BE INTERPRETED AS UNDER-REPORTING
WITHIN 5% OF 100% IS EXCELLENT CONCORDANCE

SEX	AGE	TX_CURR			TX_NEW		
		PEPFAR REPORTED	RECOUNTED	% CONCORDANCE-PEPFAR (VF= # recounted / # reported)*100%	PEPFAR REPORTED	RECOUNTED	% CONCORDANCE-PEPFAR (VF= # recounted / # reported)*100%
MALE	<1		0	-		0	-
	1 TO 4		0	-		0	-
	5 TO 9		0	-		0	-
	10 TO 14		0	-		0	-
	15 TO 19		0	-		0	-
	20 TO 24		0	-		0	-
	25 TO 29		0	-		0	-
	30 TO 34		0	-		0	-
	35 TO 39		0	-		0	-
	40 TO 49		0	-		0	-
	50+		0	-		0	-
	UNKNOWN		0	-		0	-
	MALE TOTAL		0	0	-	0	-
	FEMALE	<1		0	-		0
1 TO 4			0	-		0	-
5 TO 9			0	-		0	-
10 TO 14			0	-		0	-
15 TO 19			0	-		0	-
20 TO 24			0	-		0	-
25 TO 29			0	-		0	-
30 TO 34			0	-		0	-
35 TO 39			0	-		0	-
40 TO 49			0	-		0	-
50+			0	-		0	-
UNKNOWN			0	-		0	-
FEMALE TOTAL			0	0	-	0	-
ND TOTAL				0	-		0
TG TOTAL			0	-		0	-
TOTAL	TOTAL	0	0	-	0	0	-

OTHER INDICATORS WITH DISAGGREGATES OF INTEREST				
INDICATOR	DISAGGREGATE	RECREATED	PEPFAR REPORTED	% CONCORDANCE-PEPFAR (VF= # recreated / # reported)*100%
MMD	MMD eligible	0		-
	1 month dispens	0		-
	MMD - 2 month	0		-
	MMD- 3 months	0		-
	MMD - 4 months	0		-
	MMD - 5 months	0		-
	MMD - 6 months	0		-
	MMD - 7+	0		-
	No MMD	0	0	0
	MMD 3-5	0	0	0
	MMD 6 and +	0	0	0
TOTAL MMD - 3-	0	0	0	
Viral Load	Test done	0		-
	Suppression	0		-

CHART CROSSCHECK RESULTS	
Number of Patients Currently on ART (PEPFAR DEFINITION)	0
Number of CURRENT Patients on ART Sampled from Register	0
SOURCE DOCUMENT COMPARISON AGAINST REGISTER	Date ART Initiation
Number of patients with ART different initiation date	0
Number of sampled patients with same ART initiation date: high precision	0
% Concordance for ART initiation date	-

Le DQA nous permet d'identifier simultanément les problèmes de qualité des données ET des programmes à partir de la revue des dossiers patients...

01-07-19 to 30-09-19																	
OU	Township / Province / District	Site Name	Site Code	Patient unique ID	KP Group	Sex (M / F / TG / ND)	Date of birth (DD/MM/YYYY) *ENTER "ND" IF DOB	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	ART Regimen (what regimen and how many pills per daily)	Date of Latest VL test (DD/MM/YYYY)	Last VL Test Results *ONLY NUMBERS	Cut-off date
				011-8552	ND	F	16/05/1990	19/05/2015	22/05/2015		22/09/2019	20/10/2020	60	TDF/3TC/EFV	02-10-19	27451	30-09-19
				010-6663	ND	F	31/05/1974	24/04/2015	06/10/2019		28/08/2019	09/03/2020	150	AZT/3TC/NVP	08-05-19	20	30-09-19
				062-9998	MSM	M	19/03/1988	21/03/2019	21/03/2019		03/07/2019	29/10/2019	60	TDF/3TC/EFV			30-09-19
				039-7882	FSW	F	01/11/1990	22/06/2017	22/06/2017		04/09/2019	29/01/2020	60	TDF/3TC/NVP			30-09-19
				014-7865	MSM	M	15/02/1972	06/10/2015	04/04/2016		24/09/2019	27/11/2019	60	TDF/3TC/EFV			30-09-19
				0613-6735	FSW	F	05/11/1983	17/01/2019	19/02/2019		16/07/2019	19/02/2020	120	TDF/3TC/NVP	10-04-19	20	30-09-19
				0569-6745	FSW	F	12/11/2018	08/08/2018	08/08/2018		27/08/2019	25/03/2020	120	AZT/3TC/NVP	24-03-18	155	30-09-19
				0663-8975	FSW	F	04/05/1983	13/05/2019	13/05/2019		27/08/2019	22/10/2019	60	TDF/3TC/EFV	12-06-19	804	30-09-19
				0070-9876	ND	F	04/04/1998	23/07/2019	16/02/2019		10/06/2019	10/07/2019	90	TDF/3TC/EFV	17-06-09	20	30-09-19
				023-4653	FSW	F	10/08/1984	26/07/2018	26/12/2019		17/07/2019	17/06/2019	150	TDF/3TC/EFV			30-09-19
				035-6772	FSW	F	01/01/1980	07/04/2017	07/04/2017		03/08/2019	30/10/2020	60	TDF/3TC/EFV			30-09-19
				0422	FSW	F	08/07/1983	15/08/2018	15/08/2018		11/09/2018	13/10/2018	30	TDF/3TC/EFV			30-09-19
				0577	MSM	M	15/06/2006	23/07/2005	24/08/2015		13/07/2019	12/05/2019	120	TDF/3TC/EFV	30-01-19	10385	30-09-19
				0450	FSW	F	09/05/1993	09/11/2017	09/11/2020		19/06/2019	19/07/2019	30	TDF/3TC/EFV	15-07-81	46	30-09-19
				0428	FSW	F	14/08/1994		08/09/2017			29/10/2019	90	TDF/3TC/EFV	03-04-19	794	30-09-19
				0675	MSM	M	10/03/1991	18/04/2019	18/04/2019		18/08/2019	16/10/2019	90	TDF/3TC/EFV	08-08-18	32	30-09-19
				0676	FSW	F	21/03/1992	18/04/2019	05/06/2019				90	AZT/3TC/NVP	09-05-18	63	30-09-19
				0023	ND	F	14/04/1974	15/05/2014	28/07/2014		05/06/2019	07/08/2019	90	TDF/3TC/EFV	27-02-19	143	30-09-19
				0161	FSW	F	06/12/1988	11/12/2015	10/12/2015		23/07/2019	25/09/2019	180	TDF/3TC/EFV			30-09-19
				0665	FSW	F	10/12/1986	20/05/2019	20/05/2019		05/08/2019	06/11/2019	90	TDF/3TC/EFV	22-07-19	170654	30-09-19
				0504	FSW	F	25/05/1989	17/11/2017	22/11/2017		18/08/2019	10/11/2019	120	TDF/3TC/EFV			30-09-19
				184	FSW	F	10/12/1971	10/02/2016	10/02/2015		08/05/2019	02/08/2019	90	TDF/3TC/EFV	24-04-19	20	30-09-19
				0673	FSW	F	29/09/1987	20/01/2017	03/06/2019		21/08/2019	21/11/2019	90	TDF/3TC/EFV	12-12-18	78	30-09-19
				0041	FSW	F	01/01/1987	02/10/2014	06/10/2014		07/08/2019	26/12/2019	90	TDF/3TC/LPV	07-08-19	36	30-09-19

Sondage- 3

Rapportage des résultats de DQA

Exigences de OGAC concernant la soumission des rapports sur les résultats de DQA

Tous les OUs qui ont réalisé des DQAs au niveau des sites au cours de l'Année Fiscale doivent transmettre un rapport des résultats via le système FACTSInfo avant la date limite de soumission des rapports du quatrième trimestre (mi-novembre) et s'assurer que les chiffres validés sont utilisés pour le rapportage annuel et la préparation du plan annuel d'opération (COP).



DQA Results Reporting

- All OUs that conducted site-level DQAs during FY2021 must submit site-level results
- Formal DQA, DQI, and any other patient data improvement
 - What occurred (DQA, other DQI: EMRs rollout, file room improvement, unique identifier roll out, etc.)
 - What were changes, how this revised results
 - How this would alter interpretation of reported results over time
 - Sufficient information for us to understand, otherwise we may call.
- Submission:
 - Narrative
 - Table or excel file showing DQA results
- **Submit both files into FACTS Info as a supplemental document by the Q4 reporting deadline.**

Deadline: Friday November 12th 2021.



DQA/DQI Narrative

Please submit a short summary that should answer the following questions (at a minimum):

- How many sites were visited and assessed for this DQA or DQI?
- Which indicators did you include in the DQA or DQI?
- What time period was assessed? (For example, assessed TX_CURR for Q2 vs Q1 vs. Current date of assessment)
- Did the DQA include a full file recount at all sites? If not, what proportion of files were reviewed? What records were touched with DQI?
- What type of files were reviewed?
 - Paper-based patient files
 - Electronic patient files
 - Laboratory files
 - All of the above
- Generally, what were the findings of your assessment? (For example, under-reporting at sites, over-reporting, percent of sites with data discrepancies, etc.)
- What type of follow up is planned to resolve data quality issues?
- Is the MOH receptive of the site level data quality findings and working to correct national systems where necessary?
- If your DQA/DQI included an assessment of results by age/sex disaggregates, please provide those results as well.

Grandes lignes d'un résumé de rapport de DQA

- Nombre de sites évalués
- Nombre et liste des sites présentant des écarts supérieurs à 10 % entre les chiffres recomptés et les résultats déclarés
- Nombre de dossiers de bénéficiaires examinés
- Problèmes de qualité des données et du programme identifiés /adressés
- Problèmes liés au Système de gestion des données sanitaires identifiés et/ou adressés
- 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 du programme).

Ressources utiles

Rappel Important

- Il existe **beaucoup d'autres outils** qui peuvent être utilisés pour effectuer le DQA.
- Il n'est **PAS OBLIGATOIRE** d'utiliser **la feuille de pointage développée par USAID/OHA** pour les DQAs sur les indicateurs de traitement.
- **Les Informations Personnellement Identifiables** (adresse du patient, numéro de téléphone, nom) ne doivent jamais être collectées pendant le DQA.
- Si vous utilisez cette feuille de pointage, vous ne devez jamais collecter des informations susceptibles de révéler l'identité d'un patient.

Améliorer les capacités en matière de qualité des données grâce à un cours virtuel de renforcement des capacités efficace et à grande portée



Welcome to the USAID/PEPFAR Data Quality Assessment Tools Online Course! This training focuses on the use of USAID/PEPFAR's Data Quality Assessment (DQA) tools and aims to provide learners with guidance and tips on the implementations and applications of DQA to improve HIV reporting. In this course, participants will be introduced to three new DQA tools that will ensure the optimization of data quality and use.

Formation à son propre rythme (peut être réalisée en 2 semaines)

- **Lien du cours (Anglais) :** https://rise.articulate.com/share/XpRRm67wrtb8r_Bs9xLfieMZtSBvmFzw
- **Mot de passe :** USAID

- **Lien du cours (Français) :** <https://rise.articulate.com/share/TSXPH9SHK5y840WZkE-X3tI8ooPng7rl#/>
- **Mot de passe :** USAID

Liste de quelques outils de DQA

- [Outil des données QA/QI](#) (Suite d'outils d'évaluation des mesures) peut être utilisé pour le RDQA ou tout type de DQA.
- [Outils des données QA/QI](#) (USAID/PEPFAR - Comprend des outils de pointage, des flux de données et des questionnaires d'évaluation des systèmes) peuvent être utilisés pour un DQA initial axé sur la cascade de traitement VIH.
- [Outil standard LQAS – Suivi Evaluation](#) peut être utilisé pour réaliser un Contrôle de la Qualité des Données (DQM) axé sur l'évaluation de la cohérence et de l'exhaustivité.
- [Outil d'Évaluation de la Qualité des Données de traitement de l'OMS](#) pour l'évaluation de la qualité des données sur le traitement du VIH et le suivi des patients au niveau national et des partenaires.
- [Évaluation de la qualité des données de Charge Virale de l'OMS](#) Module Commun de Qualité des Données de ONUSIDA-PEPFAR-FOND MONDIAL pour l'Évaluation et le Renforcement des Données relatives au Test de la Charge Virale dans les Programmes VIH et les Systèmes de Suivi des Patients



Qualité du Programme : SIMS – PDSA - ESD - RCA

Qu'est-ce que le SIMS ? (système de suivi de l'amélioration du site)

- Méthode d'assurance qualité utilisée pour accroître l'impact des programmes PEPFAR sur l'épidémie de VIH grâce à une approche standardisée de suivi de la qualité des services au niveau du site et au niveau de support aux activités des sites.
- **SIMS** est une enquête basée sur des normes, conçue pour mesurer la qualité des services et identifier les déficiences du programme à l'aide de questions simples et de schémas logiques pour déterminer des scores rouge/jaune/vert.

Priorités SIMS pour FY22

- Révision SIMS (du SIMS 4.1 au SIMS 4.2)
 - Aligner les CEEs du SIMS sur les MPRs
 - Ajouter des CEEs liés à la DTG pédiatrique
 - Ajouter des CEEs liés au Contrôle de la Prévention des Nouvelles Infections - pour adresser les questions de sécurité au niveau du site (prenant en considération la COVID-19 / TB et les procédures avec des effets indésirables connus).
 - Mettre à jour les directives pour l'adaptation aux questions de COVID-19
- Lancement de SIMS 4.2 d'ici le 1er octobre 2022
- L'utilisation du SIMS comme outil d'auto-évaluation est encouragée.



Amélioration
de l'analyse
et de
l'utilisation
des données
SIMS

Soutenir les
intersections
entre
SIMS/CQ/TA
pour une
remédiation
rapide.

Veiller à ce que la
qualité du programme
se poursuive malgré les
perturbations

Structure des outils et du processus de notation

- **SETS** sont des groupes de CEEs classés par type de programme, de population ou de site.
- **CEEs** ou "Core Essential Elements" : groupes de questions élaborées à partir des normes de qualité des programmes basées sur l'évidence ou des directives soutenues par l'OMS et/ou la documentation des meilleures pratiques.
- **Questions d'Evaluation:** chaque CEE est composé d'une série de questions qui permettent de faire progressivement l'évaluation par rapport à la norme

CEE #: S_01_07 Waste Management [ALL SITES-GEN]

Standard → STANDARD: Each site implements procedures for collection, storage, and disposal of infectious waste to prevent exposures to workers, patients, and the public. Procedures include segregation of infectious waste, posted waste disposal guidance, and secure storage of infectious waste inside and outside the site.

Instructions → Instructions: Assess all the components of this CEE throughout the site, then complete the CEE scoring based on **any** instance where the observations do not meet the requirements.

Comment → If the site does not generate infectious waste, check NA, and SKIP this CEE **NA** **NA Option**

Question → **Comment:**

	Question	Response	Scoring
Q1	Is infectious waste segregated from general waste and securely stored in separate, labeled, color-coded waste containers inside and outside the facility? <input type="checkbox"/>	Y N	If N=Red
	If Y, then Q2		
Q2	Is all infectious waste (regardless if stored inside or outside the facility) securely stored and not accessible to the public? <input type="checkbox"/>	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q3		
Q3	Does the facility have the following? Tick all that apply: <input type="checkbox"/> 1) Written procedures for infectious waste management and disposal available? <input type="checkbox"/> 2) Posted guidance or job aides describing the types of waste and the process for waste segregation? <input type="checkbox"/>	# Ticked	If 0-1 = Yellow If 2 = Green
	SCORE		

Visual Inspection →

Individual Question Scores (bracketed on the right side of the table)

Final Score (indicated by a red arrow pointing to the SCORE cell)

COLOR (# score)	DESCRIPTION
G: Green (3)	Meets standard
Y: Yellow (2)	Needs improvement
R: Red (1)	Needs urgent remediation
Gray (0)	Not Applicable selected

Processus SIMS

- Classement par ordre de priorité des points pour conduire des évaluations SIMS (sites et niveau de support aux activités des sites)
 - Les Bureaux de pays doivent donner une justification/explication pour chaque site/point sélectionné pour réaliser une évaluation SIMS.
 - Pas de restrictions en termes de nombre minimum ou maximum de sites ou points au niveau de support aux activités des sites à évaluer durant chaque année fiscale
- Réalisation des évaluations SIMS
 - Niveau du site
 - Niveau de support aux activités des sites
- Plans d'action corrective
- Analyse intégrée des données pour améliorer ou maintenir la performance et la qualité

Types d'Évaluations SIMS

- **ÉVALUATION COMPLÈTE:** La première évaluation au niveau du site ou au dessus du niveau site est menée par le personnel USG. Les évaluations complètes ont pour but d'examiner la gamme des services VIH fournis sur le site ou le niveau de support aux activités des sites.
- **SUIVI DE RECOMMANDATION :** À réaliser dans un intervalle de 6 mois après l'évaluation complète pour réévaluer les CEEs ayant un score rouge/jaune et évaluer les améliorations éventuelles. Le suivi des recommandations peut être réalisée par les IPs mais les données correspondantes doivent être saisies dans les systèmes de l'Agence par le personnel USG pour s'assurer que la remédiation et les visites de suivi se sont déroulées comme prévu.

Description of SIMS Assessment Types and Assessment Tool Composition

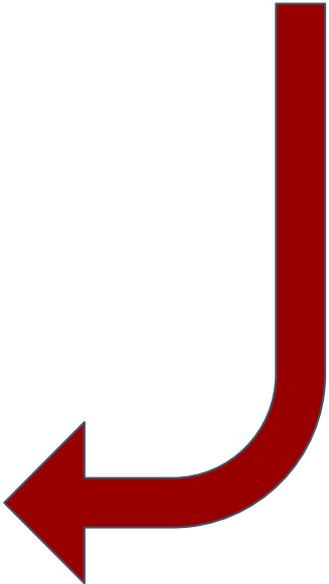
Assessment Tool	Assessment Type	Conducted by	CEEs to be Assessed
Site	Comprehensive	USG	All applicable* Required and relevant** Elective CEEs
	Follow-Up	USG or IP	All CEEs that previously scored red or yellow.
Above Site	Comprehensive	USG	All applicable Required and relevant Elective CEEs

Alors... Comment définir les stratégies de remédiation ?

What *precisely* led to the Red or Yellow Score?

CEE #: S_07_01 Compliance with National Testing Algorithm [HTS]			
STANDARD: Each site performs and records rapid HIV testing in accordance with national testing algorithms.			
Comment:			
	Question	Response	Scoring
Q1	Does the site have written or printed testing protocols or other job aids that are in full accordance with the current national testing algorithm?	Y N	If N=Red
If Y, then Q2			
Q2	Is the site collecting the following information in either an HTS (HIV Testing Services) register, rapid testing logbook, or some other data collection tool? Tick all that apply: <input type="checkbox"/> 1) Test 1 (Name of test kit and result) <input type="checkbox"/> 2) Test 2 (Name of test kit and result) <input type="checkbox"/> 3) Test 3, if applicable (Name of test kit and result) <input type="checkbox"/> 4) Final test result given to beneficiary	Y N	If N to Any=Red
If Y to All, then Q3			
Q3	Review the 20 most recent entries within the past 12 months where the final test result was HIV positive in the HTS register/rapid testing logbook. Does a review of these entries reveal 100% compliance with the national testing algorithm?	____ %	If <70% entries compliant=Red If 71-90% entries compliant=Yellow If >91% compliant = Green
SCORE			

Focus on the question level to help plan **WHAT** needs to be improved and **HOW?**



Plans d'action corrective

- Élaborer un plan d'amélioration assorti d'un calendrier pour s'assurer que les obstacles et les blocages seront adressés dans un intervalle de 6 mois.
 - Quels CEEs ont obtenu un score jaune ou rouge? Quelles mesures doivent être prises pour y remédier?
- Suivez les progrès réalisés en matière de remédiation et d'amélioration
 - Tous les CEEs ayant eu un score rouge ou jaune lors d'une évaluation de site doivent être réévalués dans les 6 mois.
 - Les évaluations de suivi peuvent être effectuées par le personnel USG ou du IP.
 - Veillez documenter les raisons pour lesquelles vous avez choisi l'une ou l'autre option
- Identifier les obstacles au niveau de support aux activités des sites / des politiques spécifiques qui affectent les progrès au niveau du site.
- Identifier le soutien qui pourrait être nécessaire
- Pour les sites performants, envisager de les connecter avec d'autres sites moins performants pour faciliter le partage des connaissances et des bonnes pratiques.



Utilisation des données SIMS

Utilisation des données des évaluations SIMS

- Identifier les obstacles à la performance et faciliter l'amélioration de la qualité
- Approfondir l'analyse et guider la gestion et l'amélioration
- Donner la priorité à l'amélioration de la qualité des interventions de base là où elles sont les plus importantes pour le contrôle et l'impact de l'épidémie.
- Faciliter l'amélioration de la qualité des services et de l'assistance technique, en particulier au niveau des sites.
- Assurer une prestation de services conformes aux normes de qualité et faire preuve de responsabilité en montrant que la qualité est contrôlée et maintenue ou améliorée (le cas échéant).
- Identifier et prendre des mesures pour répondre aux besoins de coaching ou de conception d'outils spécifiques et/ou de SOPs
- Aider à identifier les meilleures pratiques qui peuvent être partagées avec les sites moins performants.

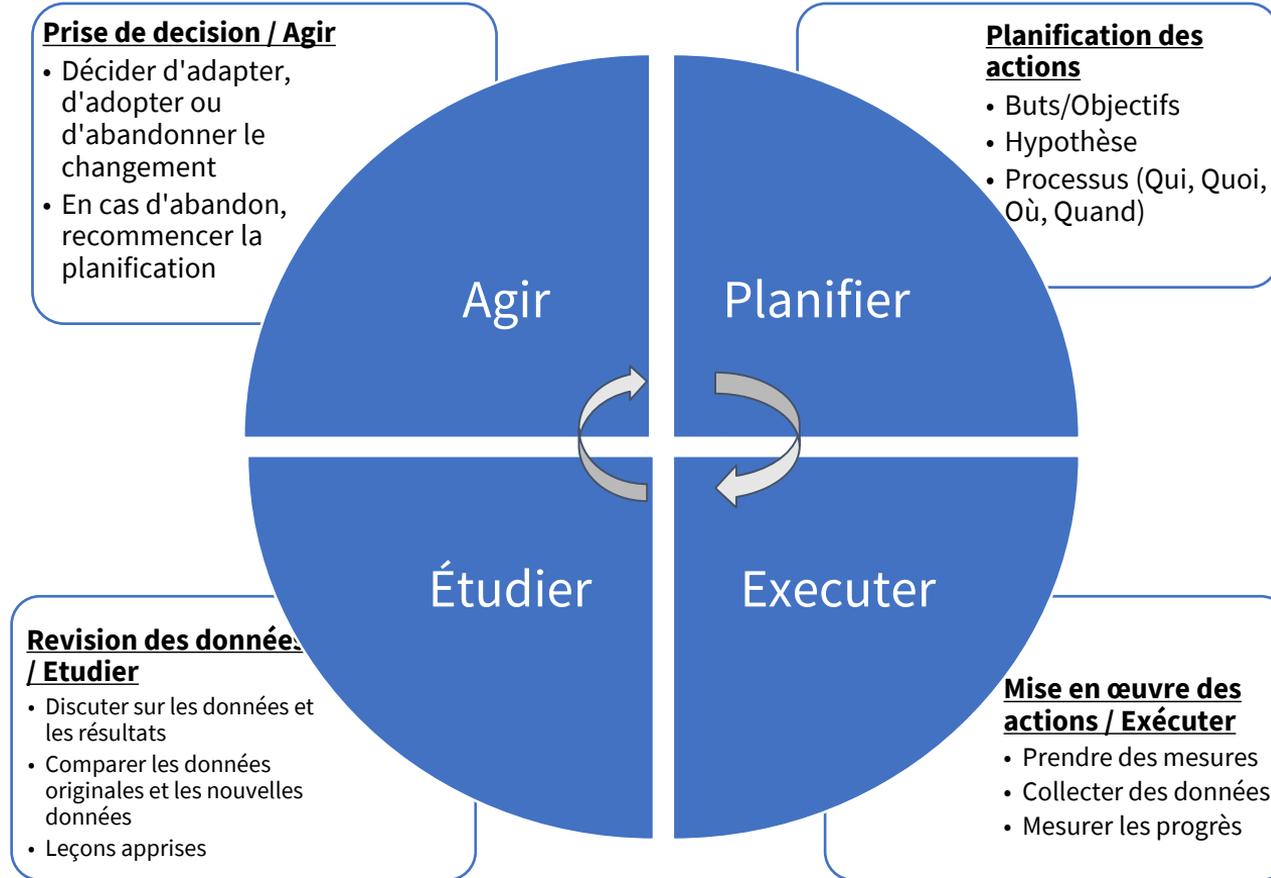
Analyse intégrée des données SIMS pour améliorer et maintenir la performance et la qualité du programme

- Assurer une gestion efficace du programme à partir de l'analyse croisée / la revue des données de:
 - SIMS et ER: comprendre comment les ressources financières ont été dépensées? sur quoi? pour qui?
 - SIMS et MER : déterminer comment la qualité des services est liée à la performance?
 - SIMS et les investissements en support aux activités dans les sites: identifier les barrières politiques affectant les progrès et/ou la qualité au niveau du site? Le programme est-il sur la bonne voie pour atteindre les standards au niveau support aux activités des sites?
 - SIMS et le plan de travail des IP: identifier le soutien en DSD ou en AT que les IP concernés devront fournir ?
 - SIMS et les données de suivi communautaire: comprendre quels sont les obstacles et les catalyseurs du point de vue du patient ?

Sondage- 4

Autres Outils / Processus de Qualité du Programme

Modèle de cycle Planifier - Exécuter - Étudier - Agir (PDSA/PEEA)





Perturbations des services & aucune activité QA/QI connue (SIMS, DQM, RDQA) n'a été menée



HQ/OHA partage l'outil ESD avec la Mission pour qu'elle le partage avec le IP



IP reçoit l'outil ESD de la Mission



ESD est téléchargé sur le dispositif mobile IP POC



IP POC le plus proche de l'établissement de santé ou du site communautaire visite le site et rend compte de l'état des services.



Les données sont analysées et partagées via un tableau de bord avec le personnel au niveau HQ, Mission & IP.



Les données qualitatives & quantitatives sont reçues dans GHSurvey ou DDC.

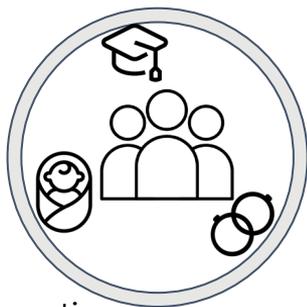
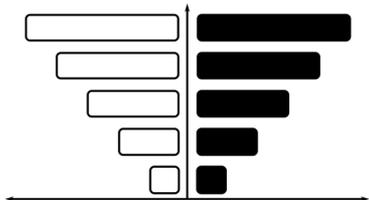
Outil de contrôle du programme pendant la COVID-19 et d'autres interruptions de service peut être étendu à d'autres domaines de la santé :

[Outil de mesure des Perturbation des Services Essentiels \(ESD\)](#)

Cartographie du processus

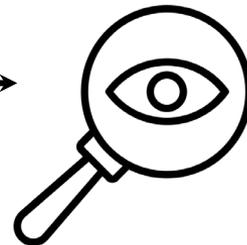
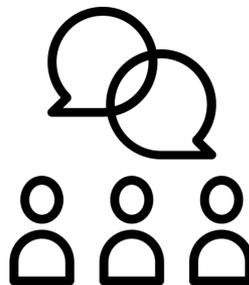
Un autre outil est le paquet RCA standardisé : il s'appuie sur les processus de données existants pour mieux comprendre les causes de l'IIT et orienter les interventions pour l'amélioration de la qualité du programme et de la prestation de services.

Le EMR, le DQA et le registre de suivi permettent d'identifier les clients qui ont manqué des rendez-vous pendant plus de 7 jours.



Les informations sociodémographiques permettent un meilleur suivi et une meilleure identification des personnes à risque pour l'IIT.

Les entretiens individuels et les discussions de groupe mettent en évidence les causes des rendez-vous manqués



L'analyse RCA fournit des indications sur les domaines à améliorer pour accroître la fidélisation des clients.

Sondage - 5

Évaluation des Capacités en matière d'Information Stratégique & Efforts pour le Renforcement des Capacités

Évaluation des Capacités de l'Information Stratégique du PEPFAR (PSICA)

L'outil PSICA, développé par USAID, aide à **identifier** les **besoins spécifiques** des partenaires locaux en matière de gestion du SI et à adapter les **programmes** de renforcement des capacités pour soutenir la production, la gestion et l'utilisation de données PEPFAR de haute qualité.

Cet outil est disponible en anglais et en français

Domaine	Sous-domaine
Capacité en Ressources Humaines pour l'Information Stratégique du PEPFAR	Disponibilité du personnel
	Compétence du personnel
Processus organisationnels pour l'Information Stratégique du PEPFAR	Planification et budgétisation
	Gestion des processus
	Format et fréquence
	Autonomie
Systèmes d'Infrastructure Technique pour l'Information Stratégique du PEPFAR	Systèmes et outils
	Autonomie
	Données du niveau du client
Qualité et Utilisation des Données du PEPFAR	Assurance de la Qualité des Données
	Amélioration de la Qualité des Données
	Utilisation des Données
4	12

Questions

Merci.

