



REVUE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Rapport d'étude du volet 2
La revue documentaire

République Démocratique du Congo

Ministère de La Santé Publique, Hygiène et Prévention



REVUE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Rapport d'étude du volet 2 : la revue documentaire



Décembre 2021

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	II
LISTE DES FIGURES	III
LISTE D'ACRONYMES ET ABREVIATIONS	IV
PREFACE	V
REMERCIEMENTS	VII
RESUME EXECUTIF	01
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	10
II. METHODOLOGIE	12
2.1. CADRE DE REFERENCE	12
2.2. DEFINITION DES CONCEPTS CLES	12
2.2.1. Dimensions de la qualité des données	12
2.2.2. Indicateurs sélectionnés pour la revue documentaire	13
2.3. SOURCES DES DONNEES	13
2.4. ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES	14
III. ANALYSE DES DONNÉES	15
IV. RESULTATS	16
DOMAINE 1. COMPLETUDE ET PROMPTITUDE DES RMA	16
I. Rapports mensuels	16
II. Rapport trimestriel	20
DOMAINE 2. COHERENCE INTERNE DES DONNEES RAPPORTEES	22
I. Identification des valeurs aberrantes	22
II. Cohérence des indicateurs à travers le temps	23
III. Cohérence interne avec d'autres indicateurs associés du programme	31
DOMAINE 3. COMPARAISON EXTERNE	34
I. Comparaison des données programmatiques avec les valeurs d'une enquête nationale menée au cours de la même période	34
DOMAINE 4. COHÉRENCE DES DONNÉES DES POPULATIONS	35
CONCLUSION	38
RECOMMANDATIONS	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.	Récapitulatif de la démarche d'évaluation des indicateurs de l'étude	15
Tableau II.	Taux de complétude des rapports mensuels des ZS et ZS avec un faible taux de complétude en 2020	16
Tableau III.	Promptitude des RMA des ZS et ZS avec faible promptitude en 2020	16
Tableau IV.	Complétude des RMA des FOSA par ZS en 2020	17
Tableau V.	Promptitude des RMA et ZS avec faible promptitude en 2020	17
Tableau VI.	Complétude des éléments de données rapportés : présence des valeurs manquantes et de 0 en 2020	18
Tableau VII.	Différence entre de la complétude des rapports de l'année 2020 et la moyenne des 3 années précédentes pour tous les niveaux de déclaration	19
Tableau VIII.	Complétude des rapports trimestriels et ZS avec une faible complétude en 2020	20
Tableau IX.	Promptitude des rapports trimestriels des FOSA et ZS avec faible promptitude en 2020	20
Tableau X.	Complétude des rapports trimestriels : présence des valeurs manquantes et des valeurs <80% en 2020	21
Tableau XI.	Différence entre de la complétude des rapports de l'année 2020 et la moyenne des 3 années précédentes pour tous les niveaux de déclaration	21
Tableau XII.	Tableau XII. Identification des valeurs aberrantes modérées (entre 2 à 3 fois l'écart type de la moyenne de la série mensuelle) au cours de l'année de référence 2020	23
Tableau XIII.	Cohérence du « nouveaux cas de consultation curative » à travers le temps	24
Tableau XIV.	Cohérence de l'indicateur "CPN 1" à travers le temps	26
Tableau XV.	Cohérence de l'indicateur "Penta 1 2 3" à travers le temps	27
Tableau XVI.	Cohérence de l'indicateur "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" à travers les années	29
Tableau XVII.	Cohérence de l'indicateur "Penta 3" à travers le temps	30
Tableau XVIII.	Comparaison entre les indicateurs CPN1 et TPI 1	32
Tableau XIX.	Comparaison entre l'indicateur "nombre de cas de TB' et "nombre d'antituberculeux" en 2020	33
Tableau XX.	Ratio de cohérence pour le Penta 3	34
Tableau XXI.	Comparaison entre la population officielle et la population programmatique sur les « Naissances vivantes" et les « grossesses attendues »	35
Tableau XXII.	Comparaison entre la population officielle et la population programmatique sur les "moins d'une année"	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Evolution de la complétude des RMA de 2017 à 2020 selon le niveau de rapportage	19
Figure 2. Evolution de la complétude des rapports trimestriels de 2017 à 2020	22
Figure 3. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur "nouveau cas consultation externe" en 2020 et la moyenne des 3 années précédentes	24
Figure 4. Evolution des valeurs de l'indicateur "nouveaux cas en consultation externe" de 2017 à 2020	25
Figure 5. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur "CPN 1" et les moyennes de 2017 à 2019	26
Figure 6. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur "Penta 1 2 3" en 2020 et les moyennes de cet indicateur pour la période 2017-2019	28
Figure 7. Evolution de l'indicateur "Penta 1 2 3" de 2017 à 2020	28
Figure 8. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur "cas confirmés de paludisme traités selon la politique nationale" en 2020 et les moyennes de l'indicateur de 2017 à 2019	29
Figure 9. Evolution de l'indicateur "cas confirmés de paludisme traités selon la politique nationale" de 2017 à 2020	30
Figure 10. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur "Penta 3" de 2020 et les moyennes de l'indicateur de 2017 à 2019	31
Figure 11. Evolution de l'indicateur "Penta 3" de 2017 à 2020	31
Figure 12. Corrélation entre les indicateurs CPN1 et TPI 1	32
Figure 13. Corrélation entre les indicateurs "nombre de cas TB" et "cas présumés bactériologiquement positifs"	33
Figure 14. Comparaison entre les données programmatiques et celles de l'enquête MICS 2018 sur la couverture en Penta	34
Figure 15. Corrélation entre données officielles et données programmatiques sur les « naissances vivantes »	36
Figure 16. Corrélation entre données officielles et données programmatiques sur "les moins d'une année"	37

LISTE D'ACRONYMES ET ABREVIATIONS

CPN1	:	Nombre de femmes enceintes ayant effectué la première consultation prénatale
DHIS2	:	District Health Information System version 2
ET	:	Ecart-type
FAPTME	:	Nombre de femmes enceintes VIH+ sous traitement antirétroviral (TARV) pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant
FOSA	:	Formation Sanitaire
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
Pen-ta1/2/3	:	Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu la 1e, 2e, ou 3e dose du vaccin Pentavalent
Penta3	:	Nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu la 3e doses du vaccin Pentavalent
PEV	:	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le paludisme
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	:	Programme National de Lutte contre la tuberculose
PNSR	:	Programme National de la Santé de la Reproduction
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
RDC	:	République Démocratique du Congo
RMA	:	Rapport Mensuel d'Activité
RTA	:	Rapport Trimestriel d'Activité
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
TB	:	Tuberculose

PREFACE

La République Démocratique du Congo (RDC) va mettre en œuvre la Couverture Santé Universelle (CSU) selon la vision du Chef de l'État de donner accès aux soins de santé de qualité à tous les congolais sans que cela n'ait d'impact sur leurs finances. De ce fait, la RDC doit diminuer les limites qui entravent les données de son Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

La raison d'être d'un Système National d'Information Sanitaire est non seulement de produire des données administratives et d'enquête, mais aussi de les transformer en données factuelles crédibles et convaincantes pouvant aider à la prise de décisions pour le système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les données du SNIS constituent un miroir de l'état de santé de la population et, en partie, de la fonctionnalité du système de santé. À côté des données de routine collectées dans la plateforme DHIS2 adoptée par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention depuis 2012 comme base de référence, le SNIS utilise aussi pour son renforcement les enquêtes périodiques. Pour rappel, à ce sujet, les enquêtes suivantes ont été organisées au cours de dix dernières années : il s'agit de l'enquête sur l'évaluation de la disponibilité des services et la capacité opérationnelle (SARA-RDC-2014), l'enquête sur la mortalité intra-hospitalière liée au paludisme, à la tuberculose et au VIH/SIDA ainsi que cette enquête de la revue de la qualité des données en RDC (DQR-RDC-2020) dont il est question présentement.

Par ailleurs, quant à la qualité des données, des approches spécifiques, rétrospectives, notamment RDQA OSQD, Monitoring Amélioré pour Actions (MAA) et évaluations de la qualité des données du PEV/PNLS/PNLP/PNLT ont été organisées dans quelques zones de santé de certaines provinces du pays. Mais elles sont restées parcellaires car ne couvrant pas la totalité du pays au même moment.

Grâce à cette enquête DQR-RDC- 2020, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, avec l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme et l'Alliance Globale pour la Vaccination, s'est proposé de mesurer l'impact, en terme d'amélioration de la qualité des données, à travers la mise à l'échelle de différentes interventions (Utilisation du VSAT, Acquisition des ordinateurs et modems aux ZS, Dotation des outils des collectes et transmission des données, paiement de la connectivité internet,...) réalisées sur une période de 5 ans (2016-2020) par le Gouvernement et les différents partenaires dans quelques zones de santé (hôpitaux et centres de santé) disséminées dans toutes les 26 provinces du pays. Ainsi, cette enquête a permis de mesurer le niveau de la qualité des données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et a fourni pour une première fois, une base factuelle de la qualité des données en la matière en République Démocratique du Congo. Elle constitue donc un véritable outil de plaidoyer et de planification pour les prochaines interventions en faveur du renforcement de SNIS.

J'invite donc tous les acteurs du système sanitaire en République Démocratique du Congo à ne ménager aucun effort pour mettre en œuvre toutes les recommandations assorties dans ce rapport, au vu du défi majeur de qualité des données du SNIS, afin d'améliorer le niveau de qualité desdites données à travers toute l'étendue du pays.

Body ILONGA BOMPOKO, MD, MPH.

Secrétaire Générale



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo (RDC) vient de réaliser sa toute première enquête sur la revue de la qualité des données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) de routine sur l'ensemble du pays.

Sa mise en oeuvre a connu la participation de plusieurs Structures et Experts qui ont joué un rôle important dans sa réussite et envers qui je souhaite témoigner, en tant que président du Comité de Pilotage de l'Enquête, toute ma gratitude pour les efforts physiques, intellectuels et moraux consentis dans la production du présent rapport.

Ces remerciements s'adressent d'abord à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, Dr Jean Jacques MBUNGANI, qui a cru en la nécessité de cette enquête et a mis en place le cadre institutionnel approprié et nécessaire pour sa réalisation.

Le Comité de pilotage présente également toute sa gratitude au Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/SIDA ainsi qu'à GAVI-Alliance, à travers leurs sièges respectifs à Genève, pour le plaidoyer et l'appui technique apportés et jugés indispensables dans l'organisation et la réussite de cette enquête, inscrite dans le plan de travail de la Division SNIS de la Direction des soins de Santé Primaires (DSSP).

Ces remerciements vont de même aux autres partenaires qui ont apporté leurs appuis techniques, financiers et logistiques nécessaires à la mise en oeuvre effective de cette enquête; globalement, il s'agit de STPH, SANRU asbl, CAGF, USAID, ect.

De manière particulière, je remercie Dr Adrien N'SIALA KUMBI, Conseiller Technique et Stratégique Senior chez SANRU pour son implication dans la réalisation de cette enquête.

Nos remerciements d'adressent aussi aux membres du Comité Technique (que j'ai eu la charge de présider) sous le leadership du Dr Body ILONGA BOMPOKO, DG-DGOGSS, qui ont assumé la lourde tâche de la préparation et de la mise en oeuvre de tous les aspects techniques et logistiques de l'enquête, en particulier le Coordonnateur Technique et Point Focal de l'enquête DQR-RDC Mr Jean-Paul LUMBAYI ILUNGA et le Consultant International du Fonds Mondial Mr Jacques DANWINZ; qui ont accompagné et coordonné toutes les activités de l'étude.

Ce rapport a été préparé, revu et formaté par l'agence de mise en oeuvre de cette enquête qui est l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa (ESP/K), recrutée pour exécuter ladite enquête, elle y a commis 5 experts à savoir le Professeur Désiré MASHINDA KULIMBA (Directeur Général du comité de Gestion de l'ESPK) le Professeur Paul MANSIANGI (Directeur Adjoint de l'ESPK), le Professeur Paulin MUTOMBO BEYA le Professeur Aimée LULEBO et le Professeur Eric MAFUTA ; tous enseignants à l'ESPK. Je remercie de manière particulière cette forte équipe pour le dévouement, l'abnégation, le professionnalisme et surtout l'honnêteté scientifique dont elle a fait montre.

Je ne saurais terminer cette rubrique sans dire un mot de remerciement à toutes les équipes ainsi qu'aux membres du comité technique et personnes-ressources qui en tant qu'évaluateurs, contrôleurs et lecteurs ont contribué à la finalisation du présent document.

Enfin le Comité de Pilotage de l'enquête remercie tous les superviseurs chefs d'équipe et les enquêteurs qui n'ont ménagé aucun effort en collectant ces données, parfois dans des conditions très difficiles de sécurité et d'archivage des rapports, dans les formations sanitaires.

Pour le Comité de pilotage

Narcisse TONA TSALA PHUNA, MD, MPH

Président du Comité Technique délégué et Directeur de la DSSP

RESUME EXECUTIF

Introduction

Les données du système national d'information sanitaire (SNIS) permettent de suivre et d'évaluer les politiques de santé afin de savoir dans quelle mesure les services de santé répondent aux besoins des populations, d'élaborer de nouvelles politiques de santé et de mieux planifier les ressources humaines, financières et infrastructurelles. Cependant, le SNIS est continuellement confrontée à de nombreuses limites qui entravent la qualité des données.

L'objectif de cette revue documentaire a été d'évaluer la qualité des données stockées dans la plateforme DHIS2. Les dimensions de la qualité des données évaluées sont complétude et promptitudes des rapports périodiques d'activités, la cohérence interne et externe des données ainsi que la comparaison avec les données démographiques externes.

Méthodologie

L'outil utilisé pour faire la revue documentaire des données du SNIS est le module 2 du guide méthodologique pour la revue de la qualité des données développé par le consortium d'agences regroupant l'OMS, Measures Evaluation, le Global Funds, JSI, GAVI et USAID.

La revue documentaire a porté sur les indicateurs suivants :

- ▶ CPN1 : le nombre mensuel de femmes enceintes ayant effectué la première visite de consultation prénatale ;
- ▶ Penta1/2/3 : le nombre mensuel d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu la 1e, 2e, ou 3e dose du vaccin Pentavalent ;
- ▶ Penta3 : le nombre mensuel d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu la 3e dose du vaccin Pentavalent ;
- ▶ FAPTME : le nombre mensuel de femmes enceintes VIH+ mises sous traitement antirétroviral (TARV) pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (file active prévention de la transmission de la mère à enfant (PTME) sous TARV) ;
- ▶ Cas TB : le nombre trimestriel de cas de tuberculose (TB), à savoir les nouveaux cas et rechutes de TB bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués y compris les extra-pulmonaires ;
- ▶ Cas Pal FOSA : le nombre mensuel de cas confirmés de paludisme simple dans la FOSA traités conformément à la politique nationale ;
- ▶ Nouveaux cas de maladie : le nombre mensuel de nouveaux cas de consultation curative.

En dehors de ces indicateurs, d'autres indicateurs, du même programme, ont été utilisés pour évaluer la cohérence interne. Il s'agit de :

- ▶ Pour la CPN1, il s'agit de la première dose reçue du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine.
- ▶ Pour le cas TB, il s'agit du nombre des régimes médicamenteux distribués.

Les indicateurs cités ci-dessus ont été extraits par zone de santé à partir de la base de donnée du DHIS2 pour la période allant de 2017 à 2020. Les données de l'enquête démographique nationale MICS 2017-2018 particulièrement pour l'indicateur Penta 3 ont été utilisées pour évaluer la cohérence externe pour cet indicateur. Les données démographiques de l'Institut National de Statistique (INS) de 2019 ont été utilisées pour évaluer la cohérence des données populationnelles.

Résultats

Les résultats de différents domaines sont présentés dans le synoptique ci-dessous :

DOMAINE 1 : COMPLETUDE DES RAPPORTS MENSUELS EN 2020					
No.	Indicateur	Définition	Score National (%)	Nombre de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité	% de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité
Indicateur 1a : complétude et promptitude des rapports mensuels					
-	Complétude des RMA des ZS	Taux de complétude des ZS	90,8%	81	15,6%
-	Promptitude des RMA des ZS	Taux de promptitude des ZS	51,8%	387	74,6%
-	Complétude des RMA des FOSA	Taux de complétude des FOSA et FOSA avec une pauvre complétude des RMA	97,7%	6	1,2%
-	Promptitude des RMA des FOSA	Taux de promptitude des FOSA et FOSA avec une pauvre promptitude des RMA	82,2%	192	37,0%
Indicateur 1b1: Complétude des données des indicateurs-% des valeurs non manquantes					
		Indicateurs	Complétude	ZS avec valeurs manquantes	% des ZS avec valeurs manquantes

1b1	Complétude des données des indicateurs (valeurs non manquantes)	Service général : nombre de nouveaux cas de consultation curative	100,0%	0	0%
		Santé de la mère – CPN 1	100,0%	0	0%
		Vaccination - Penta 1 2 3	99,8%	0	0%
		Vaccination – 3ième dose de penta	99,8%	0	0%
		VIH/SIDA - FAPTME	76,7%	121	23,3%
		Paludisme - Nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale	99,6%	4	0,8%
Indicateur 1b2: Complétude des données des indicateurs-% des valeurs non nulles					
1b2	Complétude des données des indicateurs (valeurs zéros)	Service général : nombre de nouveaux cas de consultation curative	100,0%	0	0%
		Santé de la mère – CPN 1	100,0%	0	0%
		Vaccination - Penta 1 2 3	100,0%	0	0%
		Vaccination – 3ième dose de penta	100,0%	0	0%
		VIH/SIDA - FAPTME	68,1%	282	54,3%
		Paludisme - Nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale	100,0%	0	0%
Indicateur 1c: Cohérence de la complétude des rapports mensuels à travers le temps			Score National (%)	Nombre de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité*	% ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité*

-	Cohérence de la complétude des RMA des ZS	Cohérence de la complétude des RMA des ZS et ZS avec divergence de score par rapport à la tendance	105,8%	347	66,9%
-	Cohérence de la complétude des rapports des FOSA	Cohérence de la complétude des RMA des FOSA et FOSA avec divergence de score par rapport à la tendance	101,3%	370	71,3%

* Nombre (pourcentage) de ZS dont le taux de complétude de 2020 est différent de $\pm 10\%$ de la valeur prédite à partir des taux de complétude de la période 2017-2019

DOMAINE 1: COMPLETUDE DES RAPPORTS TRIMESTRIELS

No.	Indicateur	Définition	Score National (%)	Nombre de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité	% de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité
Indicateur 1a : complétude et promptitude des rapports trimestriels					
-	Complétude des RMA des FOSA	Taux de complétude des FOSA et FOSA dont complétude des RMA n'atteint pas le seuil de qualité	98,6%	13	2,5%
-	Promptitude des RMA des FOSA	Taux de promptitude des FOSA et FOSA dont la promptitude des RMA n'atteint pas le seuil de qualité	59,1%	374	72,1%
Indicateur 1b: Données de complétude de l'indicateur – Présence des données manquantes et valeurs <80%					
		Indicateurs	Complétude	ZS avec valeurs manquantes	% des ZS avec valeurs manquantes
1b1	Complétude des données des indicateurs (valeurs manquantes)	TB - Nombre trimestriel de cas de tuberculose	166,7%		
Indicateur 1c : Cohérence de la complétude des rapports trimestriels à travers le temps					
			Score National (%)	Nombre de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité*	% ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité*
-	Cohérence de la complétude des rapports des FOSA	Cohérence de la complétude des RTA des FOSA et FOSA avec divergence de score par rapport à la tendance	98,6%	159	30,6%

* Nombre (pourcentage) de ZS dont le taux de complétude de 2020 est différent de $\pm 10\%$ de la valeur prédite à partir des taux de complétude de la période 2017-2019

DOMAINE 2: COHERENCE INTERNE DES DONNEES RAPPORTEES

No.	Indicateur	Définition	Score National (%)	Nombre de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité	% ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité
Indicator 2a: exactitude des données - Identification des valeurs aberrantes					
2a1	Valeurs aberrantes extrêmes (relative à la moyenne):	Service général : nombre de nouveaux cas de consultation curative	0,2%	10	1,9%
	Pourcentage des valeurs nationales qui sont extrêmes comparées à la moyenne (≥ 3 écart-type) and ZS avec valeurs aberrantes extrêmes	Santé de la mère – CPN 1	0,0%	2	0,4%
		Vaccination - Penta 1 2 3	0,2%	12	2,3%
		Vaccination – 3ième dose de penta	0,2%	12	2,3%
		VIH/SIDA - FAPTME	0,1%	5	1,0%
		Paludisme - Nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale	0,0%	3	0,6%
		TB - Nombre trimestriel de cas de tuberculose	0,0%		
		% total des valeurs nationales	0,1%		
2a2	Valeurs aberrantes (relative à la moyenne): Pourcentage des valeurs nationales qui sont aberrantes comparées à la moyenne (entre $\pm 2-3$ écart-type) and ZS avec valeurs aberrantes modérées	Service général : nombre de nouveaux cas de consultation curative	3,3%	1	0,2%
		Santé de la mère – CPN 1	3,6%	2	0,4%
		Vaccination - Penta 1 2 3	5,0%	15	2,9%
		Vaccination – 3ième dose de penta	2,2%		
		VIH/SIDA - FAPTME	3,3%	1	0,2%
		Paludisme - Nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale	5,1%	13	2,5%
		TB - Nombre trimestriel de cas de tuberculose	0,0%		
		% total des valeurs nationales	3,9%		

Indicateur 2b: cohérence à travers le temps					
2b	Rapport entre la valeur de l'indicateur pour l'année de référence 2020 sur la moyenne de 3 années précédentes et ZS qui ont des valeurs divergentes comparées à la valeur nationale		Score National** (%)	Nombre de ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité**	% ZS n'ayant pas atteint le seuil de qualité**
		Service général : nombre de nouveaux cas de consultation curative	118%	65	12,5%
		Santé de la mère – CPN 1	114%	12	2,3%
		Vaccination - Penta 1 2 3	118%	33	6,4%
		Vaccination – 3ième dose de penta	118%	35	6,7%
		VIH/SIDA - FAPTME	255%	230	44,3%
		Paludisme - Nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale	112%	43	8,3%
		TB - Nombre trimestriel de cas de tuberculose	174%	131	25,2%

** On considère que la tendance attendue est constante. Ensuite, on calcule le ratio de la valeur de 2020 divisée par la valeur moyenne des données déclarées de la période 2017-2019 puis on vérifie si le ratio calculé est compris entre 0,67 et 1,33.

Indicateur 2c: Cohérence entre les indicateurs du même programme				
Rapport entre deux indicateurs du même programmes qui sont liés et ZS avec des valeurs significativement différentes du résultat attendu	2c2: Santé de la mère: CPN1 et TPI 1	113%	223	43,00%
	2c1: TB: Nombre trimestriel de cas de tuberculose : Nombre trimestriel de régimes TB			

DOMAINE 3: COHERENCE EXTERNE (COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE L'ENQUETE MICS 2018)

No.	Indicateur	Définition	Score National (%)	# ZS avec un score pauvre	% ZS avec un score pauvre
Indicateur 3a: Comparaison des données programmatiques avec celles d'une enquête nationale (MICS 6)					
3a3	Vaccination: Penta 3	3a3: 'Penta 3- ratio (en %) entre les % de la couverture des provinces selon les données de routine sur les % des provinces rapportés par l'enquête nationale MICS 6	179%	23	88,50%

DOMAINE 4: COHERENCE DES DONNEES POPULATIONNELLES (COMPARAISON AVEC LES DONNEES INS 2019)

No.	Indicateur	Définition	Score National (%)	# ZS avec un score pauvre	% ZS avec un score pauvre
Indicator 4: Comparaison de la population cible utilisée par les programmes avec la population cible officielle (estimée par l'Institut National de Statistique)					
4.1	Naissances vivantes	Indicateur 4.1 – comparaison de la population « naissances vivantes » estimée officiellement avec celles utilisée par les programmes pour l'année de référence 2020	104%	18	69,20%
4.2	Grossesses attendues	Indicator 4.2 - comparaison de la population « grossesses attendues » estimée officiellement avec celles utilisée par les programmes pour l'année de référence 2020	104%	18	69,20%
4.3	Moins d'une année	Indicator 4.3 - comparaison de la population « moins d'une année » estimée officiellement avec celles utilisée par les programmes pour l'année de référence 2020	104%	18	69,20%

Conclusion

Les données du système ont démontré une certaine qualité en termes de complétude, cohérence interne et externe malgré la présence de plusieurs ZS à problème. Cependant, la promptitude demeure la dimension la plus faible qu'il faudra préférentiellement corriger.

Ainsi, nous formulons les recommandations suivantes :

▶ **Au niveau central :**

- ✓ Renforcer les capacités des personnels en charge de la gestion des données. Un plan de renforcement, privilégiant les ZS à problème devrait être mis en place.
- ✓ Renforcer les ZS à problème en équipements informatiques pour la gestion des données.
- ✓ Assurer la connexion des ZS pour l'envoi à temps des rapports.
- ✓ Doter les ZS de directives écrites sur la gestion des données et sur les techniques de supervision recentrée sur la qualité des données.

▶ **Au niveau de la ZS**

- ✓ Former régulièrement le personnel en charge de la gestion de l'information sanitaire : à l'utilisation des outils de collecte des données ; aux techniques de calcul et de vérification des indicateurs inclus dans les RMA et RTA ; et aux techniques de supervision recentrée sur la qualité des données.
- ✓ Renforcer les supervisions régulières sur la gestion des données dans les FOSA et former le personnel des FOSA.
- ✓ Renforcer la saisie des données des RMA et RTA reçus des FOSA et au transfert de ces données vers le niveau supérieur.
- ✓ Renforcer la vulgarisation des directives comme aussi des outils de collecte des données au niveau des aires de santé.

▶ **Aux FOSA**

- ✓ Engager ou assigner un personnel devant particulièrement s'occuper de la gestion des données.
- ✓ Assigner une ligne distincte du budget pour la gestion des données notamment pour l'achat de la connexion internet, la rémunération du personnel et le renouvellement de l'équipement informatique.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Depuis quelques années, le Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo (RDC) avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers s'est engagé dans un vaste programme visant à renforcer le système national d'information sanitaire (SNIS) à travers la mise en place du logiciel DHIS2 (dénommé en anglais District Health Information System version 2) et la capacité du pays à analyser et exploiter les données sanitaires (1).

Les données du SNIS permettent de suivre et d'évaluer les politiques de santé afin de savoir dans quelle mesure les services de santé répondent aux besoins des populations, d'élaborer de nouvelles politiques de santé et de mieux planifier les ressources humaines, financières et infrastructurelles. Les données primaires sont collectées en routine dans les formations sanitaires (FOSA) à partir des registres hospitaliers et des dossiers médicaux des malades puis compilées en fonction des besoins programmatiques. Les données compilées sont retranscrites dans les rapports mensuels ou trimestriels d'activités (RMA/RTA) du SNIS et/ou des programmes. Les RMA/RTA sont ensuite transmis aux bureaux centraux des zones de santé (BCZS) où ils sont vérifiés au cours des réunions de monitoring puis saisis dans le DHIS2.

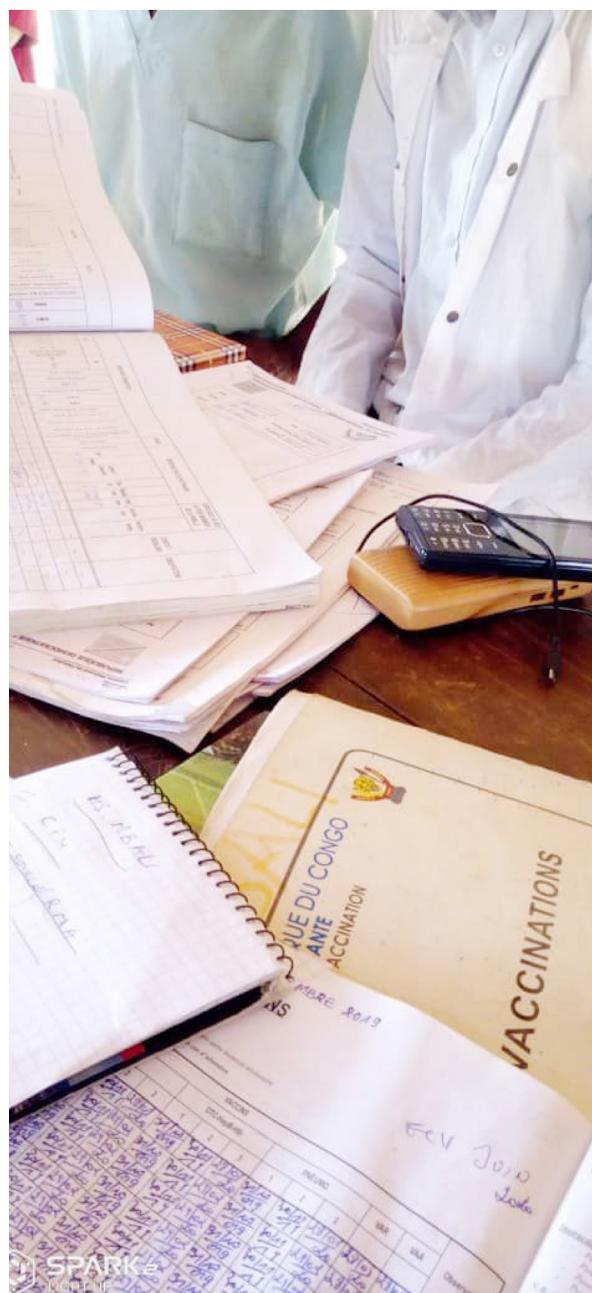
Cependant, le SNIS est continuellement confrontée à de nombreuses limites qui entravent la qualité des données. Les plus fréquentes de ces limites sont : les données manquantes ; l'incohérence des données ; les erreurs de remplissage et de calcul des données compilées ; les erreurs de saisie ; l'absence de processus de vérification et de validation des données ; l'incomplétude et la faible promptitude des données notifiées ; la persistance des systèmes parallèles de l'information sanitaire. Le Ministère de la santé publique a réalisé en 2014, l'enquête sur l'évaluation de la disponibilité et la capacité opérationnelle des services sans pour autant qu'un module sur l'évaluation de la qualité des données du SNIS y soit combiné (2). Les programmes de lutte contre la tuberculose (PNLT), le paludisme (PNLP) et le VIH/Sida (PNLS) ont souvent réalisé des vérifications sur site des données dans le cadre des subventions du Fonds Mondial de lutte contre la TB, le paludisme et le VIH (FM). Cependant, ces revues de la qualité des données sont réalisées dans des programmes spécifiques.

À ce jour, aucune étude rigoureuse n'a encore été réalisée en RDC pour évaluer de façon holistique la qualité des données du SNIS. Or l'évaluation de la qualité des données devrait être régulièrement faite pour connaître le niveau de confiance que l'on peut accorder aux données sanitaires utilisées pour éclairer les décisions en matière de santé et aussi pour identifier les forces et les limites du SNIS et proposer des mesures correctrices. En outre, le SNIS, lorsqu'il produit des données fiables, permet d'avoir le reflet le plus actualisé de l'état de santé des populations contrairement aux enquêtes en population qui sont espacées dans le temps. Il est donc très utile d'évaluer la performance du SNIS, particulièrement dans le contexte actuel de mise en œuvre du Plan de renforcement du SNIS.

Face à ces enjeux, le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec ses partenaires

techniques et financiers ont proposé de réaliser une enquête sur la « revue de la qualité des données programmatiques ». Ce rapport présente les résultats de la revue documentaire qui a essentiellement exploité les données disponibles dans le DHIS2 ainsi que, pour comparaison externe, les données démographiques nationales produites par l'institut national de statistique et les données de quelques enquêtes nationales.

L'objectif de cette revue documentaire a été d'évaluer les dimensions de la qualité des données stockées dans la plateforme DHIS2. Les dimensions de la qualité des données évaluées sont la complétude et promptitude des RMA/RTA, la cohérence interne et externe des données ainsi que la comparaison avec les données démographiques externes



II. METHODOLOGIE

2.1. CADRE DE REFERENCE

Cette évaluation a utilisé comme document de référence, le module de 2 du guide pour la revue de la qualité des données développé par le consortium d'agences suivants : OMS, Measures Evaluation, Global Funds, JSI, GAVI et USAID¹.

L'évaluation a consisté en une revue documentaire approfondie. Elle a évalué les quatre dimensions de la qualité des données déclarées que sont : la complétude, la promptitude, la cohérence interne et la comparaison avec les données externes.

2.2. DEFINITION DES CONCEPTS CLES

2.2.1. Dimensions de la qualité des données

Les dimensions de la qualité des données évaluées sont définies de la manière suivante :

- ✔ La complétude des RMA/RTA. C'est le pourcentage des RMA/RTA des FOSA qui ont été reçus au niveau supérieur.
- ✔ La complétude des éléments de données. Deux pourcentages sont mesurés pour chacun des indicateurs sélectionnés : le pourcentage des données mensuelles ou trimestrielles de l'indicateur sélectionné qui sont nulles et le pourcentage des données mensuelles ou trimestrielles de l'indicateur sélectionné qui sont manquantes.
- ✔ La promptitude des RMA/RTA. C'est le pourcentage des RMA/RTA déclarés par les FOSA qui ont été reçus à temps au niveau supérieur.
- ✔ La cohérence interne des données. Elle consiste à vérifier la tendance au cours du temps des données, la présence des valeurs aberrantes, et la cohérence entre les indicateurs liés. La tendance au cours du temps des données consiste à vérifier si les valeurs rapportées au cours de l'année la plus récente de la période d'observation sont extrêmes comparativement aux valeurs rapportées au cours des autres années de la période d'observation. La présence des valeurs aberrantes consiste à examiner si une valeur dans une série de données est atypique comparativement aux autres valeurs de la série. La cohérence entre les indicateurs consiste à vérifier si la relation observée entre les indicateurs, telle que décrite dans les données rapportées, est celle qui est attendue.
- ✔ La cohérence externe avec d'autres sources de données. Il s'agit d'évaluer la concordance entre deux sources de données produisant le même indicateur sélectionné. Les deux sources de données généralement comparées sont le SNIS et les enquêtes périodiques en population réalisées au niveau national.
- ✔ La comparaison externe des données de population. Cette mesure de la qualité des données

¹ Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Module 2. Desk review of data quality

permet d'évaluer la concordance des estimations (issues de sources différentes) des données démographiques qui servent de dénominateur dans le calcul d'une proportion utilisée pour évaluer la performance des indicateurs de santé.

- ✓ Le seuil de validité de la qualité des données : c'est une valeur fixée pour chacune des dimensions de la qualité des données qui permet d'établir une règle de décision. En effet, un indicateur traceur d'une dimension de la qualité des données est considéré comme étant de bonne qualité si celui-ci est inférieur ou supérieur à son seuil de validité préalablement fixé.

2.2.2. Indicateurs sélectionnés pour la revue documentaire

Les indicateurs suivants ont été sélectionnés pour faire la revue documentaire de la qualité des données du DHIS2 :

- ✓ CPN1 : le nombre de femmes enceintes ayant effectué la première visite de consultation prénatale (CPN) ;
- ✓ Penta 1/2/3 : le nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu la 1e, 2e, ou 3e dose du vaccin Pentavalent ;
- ✓ Penta 3 : le nombre d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu la 3e dose du vaccin Pentavalent ;
- ✓ FAPTME : le nombre de femmes enceintes VIH+ sous traitement antirétroviral (TARV) pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- ✓ CasTB : le nombre de cas de tuberculose (TB) toutes formes confondues (nouveaux cas, récurrences, échec et reprises) bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués y compris les extrapulmonaires ;
- ✓ CasPalFOSA : le nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale déclaré dans la FOSA ;
- ✓ CasConsultation : le nombre de nouveaux cas de consultation curative.

En dehors de ces indicateurs, d'autres indicateurs, du même programme, ont été utilisés pour évaluer la cohérence interne. Il s'agit de :

1. Pour la CPN1, il s'agit de la première dose reçue du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine.
2. Pour le cas TB, il s'agit du nombre des régimes médicamenteux distribués.

2.3. SOURCES DES DONNEES

La période d'observation retenue pour la revue documentaire est la période 2017-2020. L'année de référence considérée est l'année 2020.

A cet effet, les données requises pour faire la revue documentaire sont :

- ✓ Les valeurs annuelles des indicateurs sélectionnées par zone de santé de la période 2017-2020 disponibles dans le DHIS2. Toutes les ZS de la RDC y sont incluses ;

- ✓ Les valeurs mensuelles des indicateurs sélectionnées par ZS de l'année 2020 ; Toutes les ZS de la RDC y sont incluses.
- ✓ Les données de l'enquête MICS 2017-2018 particulièrement pour l'indicateur Penta 3.
- ✓ Les données démographiques de l'Institut National de Statistique (INS) 2019.

Par ailleurs, comme les sous-populations d'intérêt à savoir les moins d'une année, les grossesses attendues ainsi que les naissances vivantes n'ont pas été explicitement rapportées, nous avons utilisé les proportions utilisées par le SNIS à savoir 3,49% pour les moins d'une année ainsi que 4% pour les deux autres sous-populations.

2.4. ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Les experts de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa et du SNIS ont été mobilisés pour procéder à cette revue documentaire. Le tableau de bord Excel développé par l'OMS pour la revue documentaire de la qualité des données du SNIS a été utilisé pour entrer les données collectées et produire automatiquement les résultats grâce aux formules de calcul préalablement définies dans ce tableau de bord.



III. ANALYSE DES DONNEES

Le tableau ci-dessous reprend les différents indicateurs traceurs mesurés par niveau de mesure

Tableau I. Récapitulatif de la démarche d'évaluation des indicateurs de l'étude

Indicateurs sélections	Indicateur tra- ceur de la quali- té des données	Type de mesure	Niveau de mesure	Seuil de validité de la qua- lité des données*	Période
▶ CPN1 ▶ FAPTME ▶ Penta 1/2/3 ▶ Penta 3 ▶ CasPalFOSA ▶ CasConsultation CasTB	Complétude	Proportion	Zone de santé; national	≥80%	2017- 2020
	Promptitude			≥80%	2020
▶ CPN1 ▶ FAPTME ▶ Penta 1/2/3 ▶ Penta 3 ▶ CasPalFOSA ▶ CasConsultation CasTB	Valeurs non manquantes	Proportion	Zone de santé ; National	≥90%	2020
	Valeurs non nulles				
▶ CPN1 ▶ FAPTME ▶ Penta 1/2/3 ▶ Penta 3 ▶ CasPalFOSA ▶ CasConsultationCasTB	Présence des va- leurs aberrantes ou atypiques	Proportion	Zone de santé ; National	>3σ ou ≥2σ et ≤3σ	2020
▶ CPN1 ▶ FAPTME ▶ Penta 1/2/3 ▶ Penta 3 ▶ CasPalFOSA ▶ CasConsultationCasTB	Cohérence au cours du temps	Proportion	Zone de santé ; National	>0,67 et <1,33	2017- 2020
▶ CPN1 versus TPI SP 1 ^{ière} dose ▶ CasTB versus nombre des régimes TB	Cohérence entre indicateurs liés	Proportion	Zone de santé ; National	>0,9 et <1,1	2020
▶ Penta 3	Cohérence ex- terne	Proportion	Provinces ; National	>0,9 et <1,1	2020
▶ Données de population des programmes ▶ Projection dé- mographique de l'INS	Comparaison externe des don- nées de popula- tion	Proportion	Provinces ; National	>0,9 et <1,1	2018

IV. RESULTATS

Les résultats sont présentés selon les domaines suivants : la complétude et la promptitude des RMA/RTA, la cohérence interne, la cohérence externe ainsi que la comparaison externe des données de population.

DOMAINE 1. COMPLETUDE ET PROMPTITUDE DES RMA

Les résultats de cette sous-section sont présentés distinctivement pour les RMA, portant sur tous les indicateurs sauf ceux de la tuberculose.

I. RAPPORTS MENSUELS

I.1. Complétude des rapports de ZS

En 2020, il a été noté un taux de complétude des RMA des ZS, attendus au niveau supérieur et validés, à 90,8%. Dans l'ensemble 59,2% des ZS avaient un taux de complétude de 100% alors que 15,6% soit 81 ZS avaient un taux de complétude inférieur à 80% (tableau II).

Tableau II. Taux de complétude des rapports mensuels des ZS et ZS avec un faible taux de complétude en 2020

Taux de complétude des rapports mensuel de ZS:		90,8%
Nombre et % des ZS avec 100% du taux de complétude :	307	59,2%
Nombre et % des ZS avec un taux de complétude inférieur à 80% :	81	15,6%

I.2. Promptitude des rapports de ZS

Malgré un taux de complétude supérieur à 90%, il ressort qu'en 2020, le taux de promptitude des RMA des ZS, attendus au niveau supérieur et validés, était à 51,8%. Seules deux ZS avaient un taux de promptitude de 100% alors que 74,6% soit 387 ZS avaient un taux de promptitude inférieur à 80%.

Tableau III. Promptitude des RMA des ZS et ZS avec faible promptitude en 2020

Taux de promptitude des RMA des ZS :		51,8%
Nombre et % des ZS avec une promptitude de 100% :	2	0,4%
Nombre et % des ZS avec une promptitude en dessous de 80%:	387	74,6%

I.3. Complétude des rapports des FOSA

Le tableau IV ci-dessous indique que le taux de complétude des RMA des FOSA attendus au niveau des ZS, en 2020, était de 97,7%. Moins de la moitié des ZS (44,3%) avaient un taux de complétude des RMA des FOSA de 100%. Six ZS avaient un taux de complétude des RMA des FOSA de <80%.

Tableau IV. Complétude des RMA des FOSA par ZS en 2020

Taux de complétude des RMA de FOSA:		97,7%
Nombre et % des ZS avec un taux de complétude des RMA des FOSA de 100%:	230	44,3%
Nombre et % des ZS avec un taux de complétude des rapports de FOSA de <80%:	6	1,2%

I.4. Promptitude des rapports des FOSA

Le tableau V indique que le taux de promptitude des RMA des FOSA était de 82,2%, seules trois ZS avaient reçu dans le délai tous les RMA de leur FOSA. Environ quatre ZS sur dix avaient une promptitude de <80%.

Tableau V. Promptitude des RMA et ZS avec faible promptitude en 2020

Taux de promptitude des RMA des FOSA :		82,2%
Nombre et % des ZS avec 100% du taux de promptitude :	3	0,6%
Nombre et % des ZS avec <80% du taux de promptitude :	192	37,0%

I.5. Valeurs manquantes et zéros

Cette section rapporte la situation des ZS ayant soit des complétudes de <80% ou des valeurs manquantes. Il ressort du tableau VI ci-dessous que quasiment toutes les ZS n'avaient rapporté ni de valeurs manquantes ni des valeurs <80% pour tous les indicateurs excepté pour le FAPTME où 23,3% des ZS avaient des valeurs manquantes et 54,3 avaient rapporté zéro comme valeur. Ceci reflète la couverture en activité PTME dans les différentes ZS du pays et pas forcément la mauvaise qualité des données de complétude rapportées.

Bien que minime, 4 ZS manquaient tout de même des données sur l'indicateur du paludisme. Ceci requiert tout de même une investigation pour connaître les raisons pouvant expliquer cela.

Tableau VI. Complétude des éléments de données rapportés : présence des valeurs manquantes et de 0 en 2020

Programmes et Indicateurs	Seuil de qualité- %	Type	% de ZS ayant le % de valeurs non nulles et de valeurs non manquantes inférieur au seuil de qualité		
			Score national %	No.	%
Service général : nombre de nouveaux cas de consultation curative	>= 90%	% valeurs non manquantes	100,0%	0	0%
		% valeurs non nulle	100,0%	0	0%
Santé de la mère – CPN 1	>= 90%	% valeurs non manquantes	100,0%	0	0%
		% valeurs non nulle	100,0%	0	0%
Vaccination - Penta 1 2 3	>= 67%	% valeurs non manquantes	99,8%	0	0%
		% valeurs non nulle	100,0%	0	0%
Vaccination – 3ième dose de penta	>= 67%	% valeurs non manquantes	99,8%	0	0%
		% valeurs non nulle	100,0%	0	0%
VIH/SIDA- FAPTME	>= 90%	% valeurs non manquantes	76,7%	121	23,3%
		% valeurs non nulle	68,1%	282	54,3%
Paludisme - Nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale	>= 90%	% valeurs non manquantes	99,6%	4	0,8%
		% valeurs non nulle	100,0%	0	0%
Total (Tous les indicateurs combinés)		% valeurs non manquantes	96,0%	125	24,1%
		% valeurs non nulle	94,7%	282	54,3%

I.6. Cohérence de la complétude des RMA à travers le temps

Le tableau VII montre que le score national pour les FOSA (101%) était de 1% supérieur (moins que les 10% du seuil de qualité) à la valeur prédite pour l'année 2020 à partir des données observées au cours des trois années précédentes. Ceci traduit donc une bonne tendance comme cet indicateur a augmenté de façon monotone de 2017 à 2020. Cependant, cette cohérence n'est pas similaire pour 370 des 519 ZS. Cette situation requiert donc une investigation pour éclairer si elle est due à la qualité des données ou à la nature programmatique.

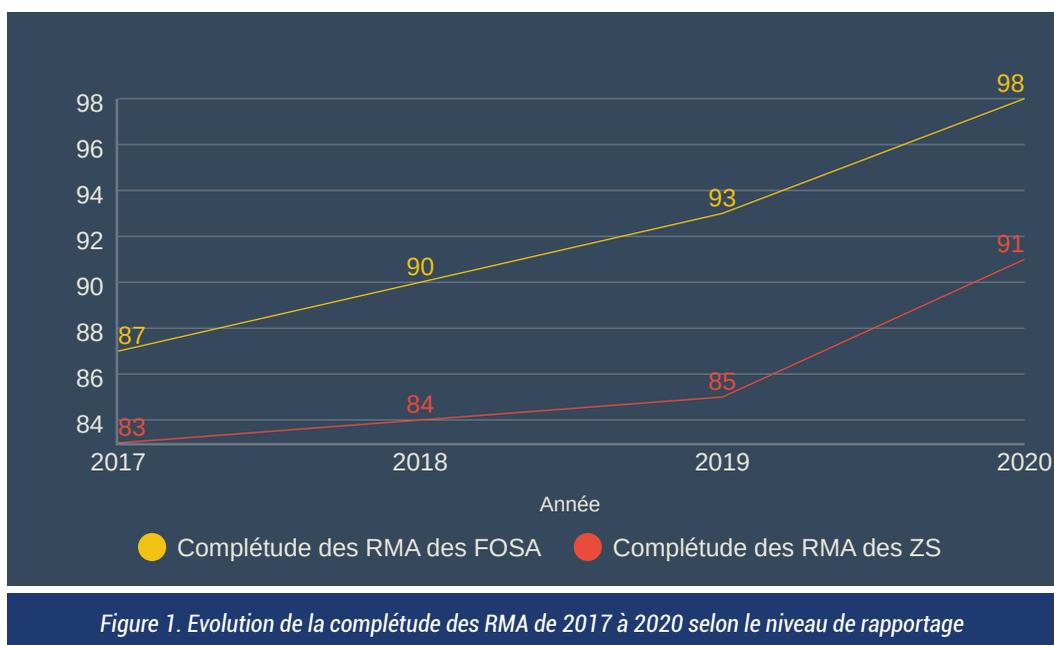
Pour ce qui concerne les ZS, le score national était de 6% supérieur (aussi moins de 10% du seuil de qualité) à la valeur prédite en considérant les 3 années précédentes. De même, 317 (66,9%) des ZS avaient montré une augmentation de la tendance en dehors du seuil de qualité prévu (10%) en

2020 comparé à la moyenne de 3 dernières années. Une investigation plus approfondie tenant aussi compte des perturbations liées à la pandémie de COVID19 est aussi requise.

Tableau VII. Différence entre de la complétude des rapports de l'année 2020 et la moyenne des 3 années précédentes pour tous les niveaux de déclaration

Niveau de rapportage	Tendance attendue	Seuil de qualité	Score National %	No.	%
FOSA	Croissant	10%	101%	370	71,3%
ZS	Croissant	10%	106%	347	66,9%

L'étude a montré que la complétude de RMA a augmenté de 2017 à 2020, allant de 82% environ pour atteindre presque 100% en 2020. Cette tendance est aussi notée pour les RMA de zones de santé, bien que dans les proportions plus faibles.



I. RAPPORT TRIMESTRIEL

Cette section rapporte les résultats de complétude et promptitude des rapports trimestriels concernant les indicateurs de la tuberculose.

I.1. Complétude des rapports trimestriels

Le taux de complétude des RTA de FOSA était de 98,6% en 2020, 456 ZS soit 87,9% avaient un taux de complétude des RTA de FOSA à 100%. Il a été noté que 2,5% des ZS avaient en 2020 un taux de complétude de RTA de FOSA en dessous du seuil de qualité.

Tableau VIII. Complétude des rapports trimestriels et ZS avec une faible complétude en 2020

Taux de complétude RMA des FOSA :		98,6%
Nombre et % des ZS avec 100% du taux de complétude :	456	87,9%
Nombre et % des ZS avec un taux de complétude de rapports trimestriels des FOSA à <80%:	13	2,5%

I.2. Promptitude des rapports trimestriels

Malgré une complétude des RTA, seul 59,1% étaient arrivés dans les délais requis. Seulement 33 ZS sur les 519 (6,4%) avaient une promptitude de 100% pour l'année de référence 2020. Sur les 519 ZS, 374 (72,1%) avaient une promptitude. Le contexte particulier de la pandémie à COVID19 pourrait être une des explications qu'il faudra fouiller.

Tableau IX. Promptitude des rapports trimestriels des FOSA et ZS avec faible promptitude en 2020

Taux de promptitude des RMA des FOSA		59,1%
Nombre et pourcentage des ZS avec 100% des FOSA ayant rapporté dans le temps	33	6,4%
Nombre et pourcentage de ZS avec des FOSA ayant une promptitude en deçà du seuil de qualité	374	72,1%

I.3. Valeurs manquantes et zéros de RTA

Seul 11% des ZS avaient des valeurs manquantes pour ce qui concerne l'indicateur de la tuberculose ; ce qui est bien inférieur au seuil de qualité. Aucune ZS n'avait rapporté de zéro.

Tableau X. Complétude des rapports trimestriels : présence des valeurs manquantes et des valeurs <80% en 2020

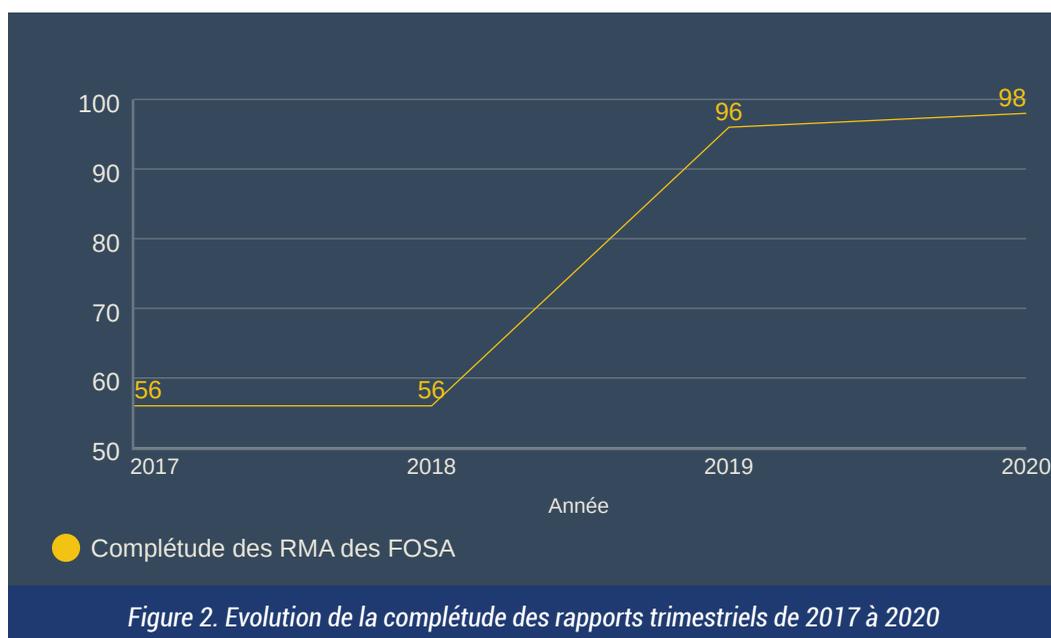
Indicateur	Seuil de qualité- %	Type	Score national %	ZS avec valeurs manquantes ou % <80%	
				No.	%
TB - Nombre trimestriel de cas de tuberculose	>= 80%	Valeurs manquantes	100,0%	0	<80%
		Zéro	99,6%	3	1,5%

I.4. Comparaison de la complétude des RTA de 2020 avec la moyenne des années antérieures 2017-2019

Le score national pour l'année de référence 2020 était d'un pour cent inférieur au score prédit à partir des données observées au cours des trois années précédentes ; ce qui est un bon résultat traduit une bonne prédiction comme cette valeur est inférieure (en valeur absolue) au seuil de qualité fixé (tableau XI). Ce score a connu une évolution significative de 2017 à 2019 jusqu'à atteindre plus 95%. A partir de cette année, cette évolution a été faible mais a atteint 100% en 2020 (figure 2). Cependant, 144 ZS sur les 519 avaient des scores dont la différence avec le score attendu était en dehors du seuil de qualité.

Tableau XI. Différence entre de la complétude des rapports de l'année 2020 et la moyenne des 3 années précédentes pour tous les niveaux de déclaration

Niveau de rapportage	Tendance attendue	Seuil de qualité	Score national %	No.	%
FOSA	Croissante	10%	99%	144	27,7%



DOMAINE 2. COHERENCE INTERNE DES DONNEES RAPPORTEES

I. Identification des valeurs aberrantes

L'étude a exploré la cohérence interne de données rapportées. Un des volets de l'analyse de la cohérence a porté sur l'identification de valeurs aberrantes au cours de l'année 2020. De manière générale, pour tous les indicateurs pris ensemble, moins d'un pour cent (0,2%) des valeurs aberrantes extrêmes ont été trouvées. Les valeurs aberrantes extrêmes ont été identifiées pour les consultations curatives dans 10 ZS (1,9%); pour la consultation prénatale, dans deux ZS (0,4%); pour les données de vaccination notamment le Penta 1 2 3 ou le Penta 3 dans 12 ZS (2,3%); dans cinq ZS, pour les données du VIH (1%) et dans trois ZS pour les données du paludisme (0,6%) (tableau XII).

L'étude a également identifié les valeurs aberrantes modérées. En général, pour tous les indicateurs, moins de 5% (3,9%) de valeurs aberrantes modérées ont été trouvées dans les données. Les indicateurs ayant présenté le plus de valeurs aberrantes modérées étaient en rapport avec la vaccination. Les valeurs aberrantes modérées ont été identifiées dans 15 ZS (2,9%) pour les données de Penta 1 2 3 et dans 13 ZS (2,5%) pour les données de Penta 3 (tableau XII).

Tableau XII. Tableau XII. Identification des valeurs aberrantes modérées (entre 2 à 3 fois l'écart type de la moyenne de la série mensuelle) au cours de l'année de référence 2020

Programmes et Indicateurs	Score national	ZS avec >= 2 valeurs aberrantes modérées par rapport à la moyenne de l'année	
	%	No.	%
Service général : nombre de nouveaux cas de consultation curative	3,3%	1	0,2%
Santé de la mère – CPN 1	3,6%	2	0,4%
Vaccination - Penta 1 2 3	5,0%	15	2,9%
Vaccination – 3ième dose de penta	5,1%	13	2,5%
HIV_AIDS - FAPTME	2,2%		
Paludisme - nombre de cas de paludisme simple traités conformément à la politique nationale	3,3%	1	0,2%
Total (Tous les indicateurs combinés)	3,9%		

II. Cohérence des indicateurs à travers le temps

a. Identification des valeurs aberrantes

Cet indicateur "nouveaux cas de consultations curatives a présenté une tendance à la constance dans le temps, le nombre de consultations ambulatoires a connu une amélioration en 2020 par rapport aux trois années antérieures. Globalement, le score obtenu au niveau national est de 118% ce qui signifie que le nombre de consultations curatives pour l'année 2020 était supérieur de 18 % à la moyenne des consultations curatives des trois dernières années ; ceci est bien inférieur au seuil de qualité de 33% et traduit donc une bonne qualité des données. Soixante-cinq zones de santé soit moins d'une ZS sur six (13%) ont enregistré un rapport divergent au rapport national (écart de plus de 33 % par rapport à la valeur nationale). Les 65 ZS dont les résultats sortaient de l'intervalle limite de qualité ont obtenu un rapport indiquant que le nombre de consultations curatives pour l'année 2020 était supérieur de plus de 33 % à la moyenne des consultations curatives des trois dernières années. Ces écarts suggèrent des problèmes liés à la qualité des données ou des problèmes de nature programmatique. En ce qui concerne la qualité des données, des efforts doivent être fournis pour que toutes les données relatives aux consultations curatives dans les ZS soient bien saisies.

Des efforts doivent aussi être fournis pour vérifier que les informations sur les consultations des années précédentes soient correctes et que les contrôles précédents de la qualité des données aient bien été réalisés.

Tableau XIII. Cohérence du « nouveaux cas de consultation curative » à travers le temps

Année	2020
Tendance attendue	Constant
Comparer les ZS à:	Résultat national
Seuil de qualité	33%
Score national (%)	118%
Nombre de ZS avec scores divergents	65
% de ZS avec scores divergents	13%

Les Figure 3 et 4 fournissent une comparaison entre le nombre de consultations externes de l'année 2020 et la valeur prévisionnelle établie sur la base des trois années précédentes. Les valeurs obtenues pour les zones de santé sont comparées aux valeurs attendues : il est escompté que, si la tendance observée persiste, la valeur obtenue pour l'année 2020 sera identique ou semblable à la valeur prévisionnelle pour chaque zone de santé. Le nombre de consultations ambulatoires enregistré était supérieur ou inférieur à 33 % du nombre attendu dans 65 (correspondant aux points situés au-dessus de la ligne en pointillés supérieure ou aux points situés au-dessous de la ligne en pointillés inférieure).

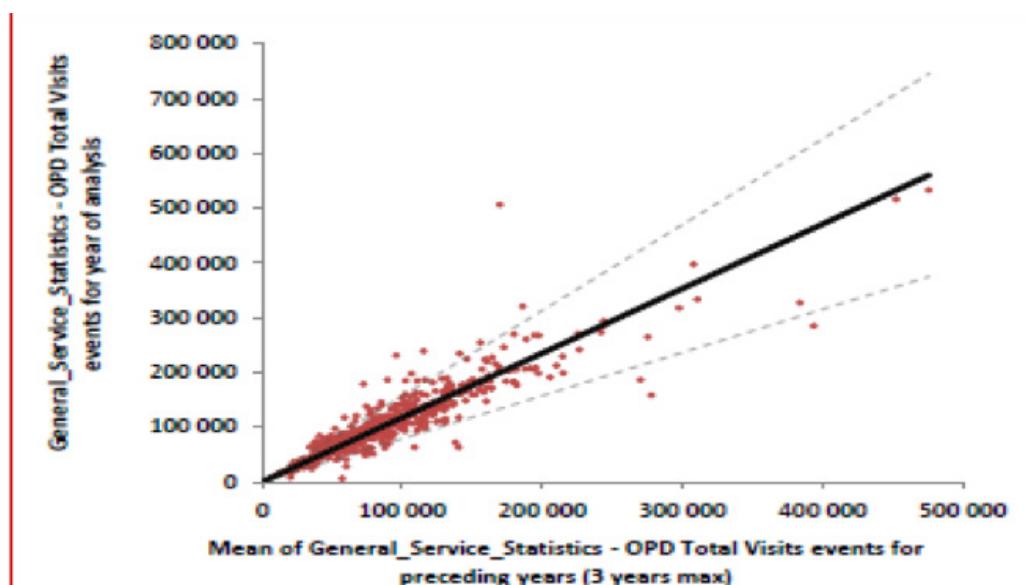


Figure 3. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur « nouveau cas consultation externe » en 2020 et la moyenne des 3 années précédentes

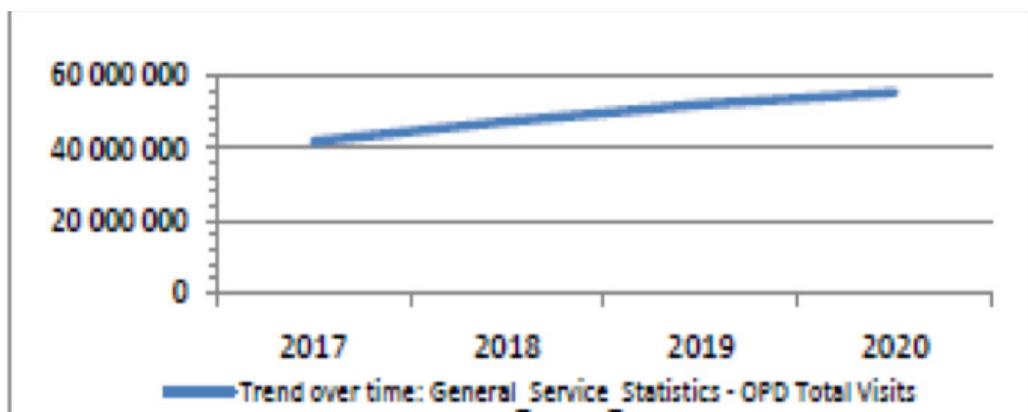


Figure 4. Evolution des valeurs de l'indicateur «nouveaux cas en consultation externe» de 2017 à 2020

b. Nombre de femmes ayant réalisé leur première visite prénatale

L'indicateur "nombre de femmes ayant réalisé leur première visite prénatale" a présenté une tendance à l'amélioration dans le temps, le nombre de CPN1 a connu une augmentation, bien que faible, en 2020 par rapport aux trois années antérieures. Globalement, le rapport obtenu au niveau national est de 114% ce qui signifie que le nombre de CPN1 pour l'année 2020 était supérieur de 14 % à la moyenne des CPN1 des trois dernières années; en dessous donc du seuil de qualité de 33%. Douze zones de santé (2%) ont enregistré un rapport divergent au rapport national (écart de plus de 33 % par rapport à la valeur nationale). Les 12 ZS dont les résultats sortaient de l'intervalle limite de qualité ont obtenu un rapport indiquant que le nombre de CPN 1 pour l'année 2020 était supérieur ou inférieur de plus de 33 % à la moyenne des CPN1 des trois dernières années. Ces écarts suggèrent des problèmes liés à la qualité des données ou des problèmes de nature programmatique. En ce qui concerne la qualité des données, des efforts doivent être fournis pour que toutes les données relatives aux CPN1 dans les ZS soient bien saisies. Des efforts doivent aussi être fournis pour vérifier que les informations sur les CPN1 des années précédentes soient correctes et que les contrôles précédents de la qualité des données aient bien été réalisés.

Tableau XIV. Cohérence de l'indicateur «CPN 1» à travers le temps

Année	2020
Tendance attendue	Constant
Comparer les ZS à:	Résultat national
Seuil de qualité	33%
Score national (%)	114%
Nombre de ZS avec scores divergents	12
% de ZS avec scores divergents	2%

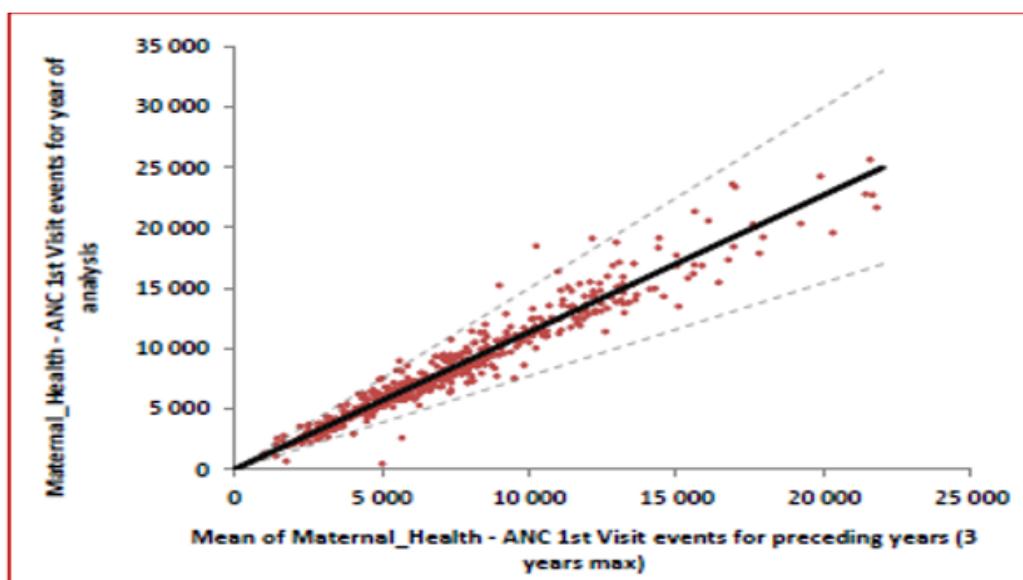


Figure 5. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur «CPN 1» et les moyennes de 2017 à 2019

c. Penta 123

L'indicateur "Penta 123" a présenté une tendance à l'amélioration dans le temps. Il a connu une augmentation, bien que faible, en 2020 par rapport aux trois années antérieures. Globalement, le rapport obtenu au niveau national est de 118 % ce qui signifie que le nombre de Penta 123 pour l'année 2020 était supérieur de 18 % à la moyenne des Penta 123 des trois dernières années. Trente-trois zones de santé (6,4%) ont enregistré un rapport divergent au rapport national (écart de plus de 33 % par rapport à la valeur nationale). Les 33 ZS dont les résultats sortaient de l'intervalle limite de qualité ont obtenu un rapport indiquant que le nombre de Penta 123 pour l'année 2020 était supérieur ou inférieur de plus de 33 % à la moyenne des Penta 123 des trois dernières années. Ces écarts suggèrent des problèmes liés à la qualité des données ou des problèmes de nature programmatique. En ce qui concerne la qualité des données, des efforts doivent être fournis pour que toutes les données relatives aux Penta 123 dans les ZS soient bien saisies. Des efforts doivent aussi être fournis pour vérifier que les informations sur le Penta 123 des années précédentes soient correctes et que les contrôles précédents de la qualité des données aient bien été réalisés.

La comparaison avec les résultats nationaux (selon lesquels la valeur effective en 2020 est égale à la valeur moyenne nationale) montre que 33 ZS obtiennent un rapport qui diverge de plus de 33 % de l'intervalle limite de qualité, la valeur obtenue étant en dessous de cet intervalle dans 9 ZS et au-dessus dans les restants de ZS.

Tableau XV. Cohérence de l'indicateur «Penta 1 2 3» à travers le temps

Année	2020
Tendance attendue	Constant
Comparer les ZS à:	Résultat national
Seuil de qualité	33%
Score national (%)	118%
Nombre de ZS avec scores divergents	33
% de ZS avec scores divergents	6,4%

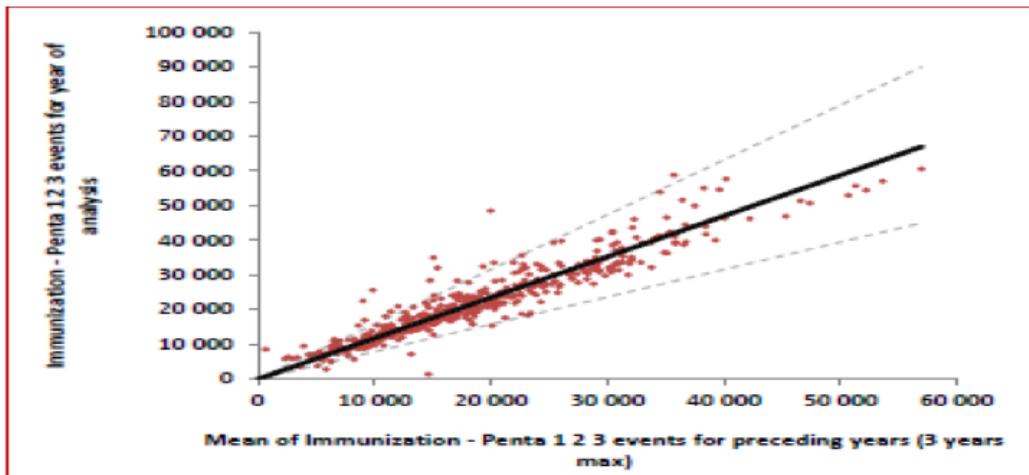


Figure 6. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur «Penta 1 2 3» en 2020 et les moyennes de cet indicateur pour la période 2017-2019

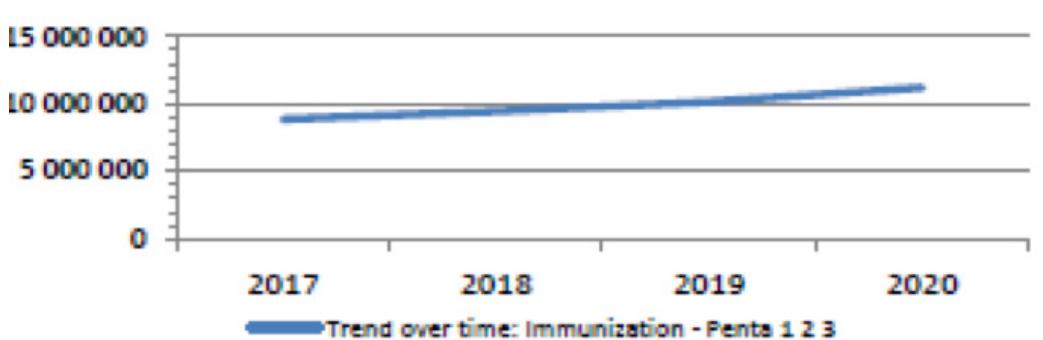


Figure 7. Evolution de l'indicateur «Penta 1 2 3» de 2017 à 2020

d. Cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale

L'indicateur "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" a présenté une tendance à l'amélioration dans le temps, le "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" a connu une augmentation, bien que faible, en 2020 par rapport aux trois années antérieures. Globalement, le rapport obtenu au niveau national est de 112 % ce qui signifie que le nombre de "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" pour l'année 2020 était supérieur de 12% à la moyenne de "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" des trois dernières années. Quarante-trois zones de santé (8 %) ont enregistré un rapport divergent au rapport national (écart de plus de 33 % par rapport à la valeur nationale). Les 43 ZS dont les résultats sortaient de l'intervalle limite de qualité ont obtenu un rapport indiquant que le nombre des "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" pour l'année 2020 était supérieur

ou inférieur de plus de 33 % à la moyenne du nombre des "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" des trois dernières années. Ces écarts suggèrent des problèmes liés à la qualité des données ou des problèmes de nature programmatique. En ce qui concerne la qualité des données, des efforts doivent être fournis pour que toutes les données relatives aux nombres des "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" dans les ZS soient bien saisies. Des efforts doivent aussi être fournis pour vérifier que les informations sur le nombre de "cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale" des années précédentes soient correctes et que les contrôles précédents de la qualité des données aient bien été réalisés. Les ZS concernées sont reprises dans le Tableau XVI et les figures 8 et 9.

Tableau XVI. Cohérence de l'indicateur «cas confirmés du paludisme et traités selon la politique nationale» à travers les années

Année	2020
Tendance attendue	Constant
Comparer les ZS à:	Résultat national
Seuil de qualité	33%
Score national (%)	112%
Nombre de ZS avec scores divergents	43
% de ZS avec scores divergents	8%

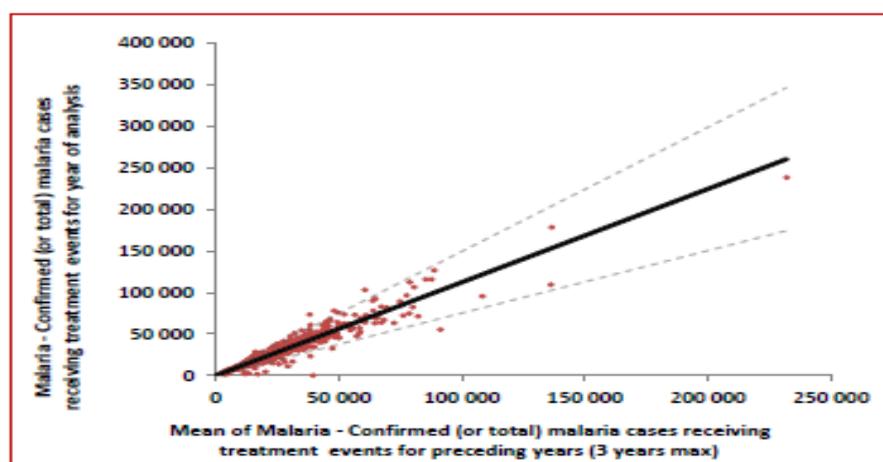


Figure 8. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur «cas confirmés de paludisme traités selon la politique nationale» en 2020 et les moyennes de l'indicateur de 2017 à 2019

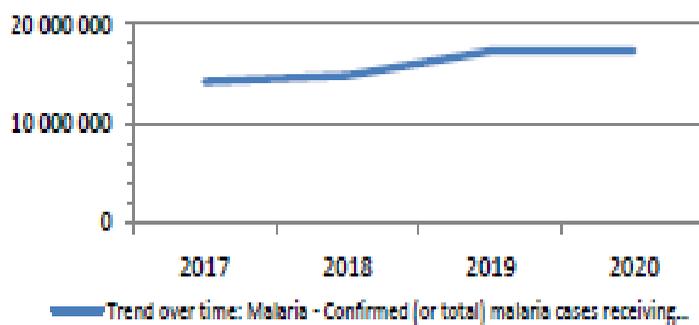


Figure 9. Evolution de l'indicateur «cas confirmés de paludisme traités selon la politique nationale» de 2017 à 2020

e. Penta 3

L'indicateur "Penta 3" a présenté une tendance à l'amélioration dans le temps. Il a connu une amélioration en 2020 comparé aux années 2017 et 2018 pour demeurer constante de 2019 à 2020. Globalement, le rapport obtenu au niveau national est de 118 % ce qui signifie que le nombre de "Penta 3" pour l'année 2020 était supérieur de 18% à la moyenne de "Penta 3" des trois dernières années. Trente-cinq zones de santé (7 %) ont enregistré un rapport divergent au rapport national (écart de plus de 33 % par rapport à la valeur nationale). Les 35 ZS dont les résultats sortaient de l'intervalle limite de qualité ont obtenu un rapport indiquant que le nombre de "Penta 3" pour l'année 2020 était supérieur ou inférieur de plus de 33 % à la moyenne du nombre de "Penta 3" des trois dernières années. Ces écarts suggèrent des problèmes liés à la qualité des données ou des problèmes de nature programmatique. En ce qui concerne la qualité des données, des efforts doivent être fournis pour que toutes les données relatives aux nombres de "Penta 3" dans les ZS soient bien saisies. Des efforts doivent aussi être fournis pour vérifier que les informations sur le nombre de "Penta 3" des années précédentes soient correctes et que les contrôles précédents de la qualité des données aient bien été réalisés. Les ZS concernées sont reprises dans le Tableau XX et les figures 12 et 13.

Tableau XVII. Cohérence de l'indicateur «Penta 3» à travers le temps

Année	2020
Tendance attendue	Constant
Comparer les ZS à:	Résultat national
Seuil de qualité	33%
Score national (%)	118%
Nombre de ZS avec scores divergents	35
% de ZS avec scores divergents	7%

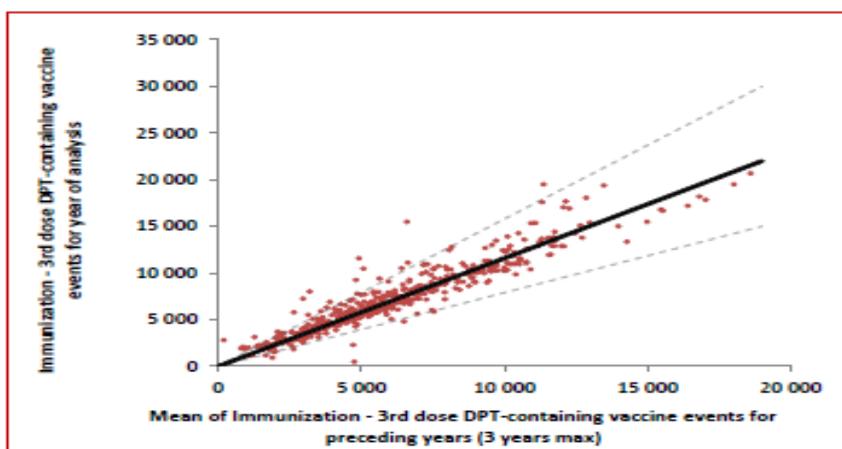


Figure 10. Corrélation entre les valeurs de l'indicateur «Penta 3» de 2020 et les moyennes de l'indicateur de 2017 à 2019

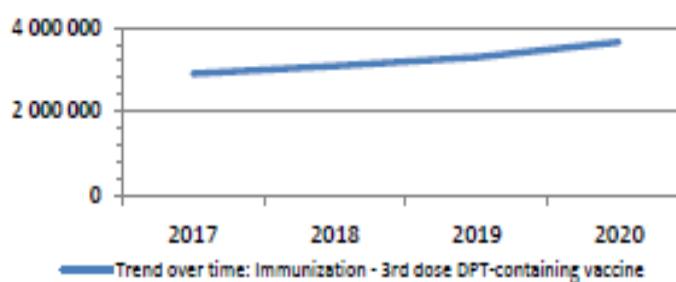


Figure 11. Evolution de l'indicateur «Penta 3» de 2017 à 2020

III. Cohérence interne avec d'autres indicateurs associés du programme

a. Cohérence CPN1 et TPI1

La cohérence entre les indicateurs apparentés a aussi été évaluée dans le cadre de cette évaluation de la qualité de données. La première consultation prénatale (CPN1) est comparée à la première dose de traitement préventif intermittent (TPI1). Dans les pays d'endémie du paludisme, le TPI doit être administré à toutes les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals. En théorie, le nombre de femmes recevant la première dose de TPI devrait être approximativement égal au nombre de femmes se présentant pour une première consultation prénatale. Le rapport entre CPN1 et TPI1 est calculé pour chaque zone de santé, ainsi qu'à l'échelle nationale. Le ratio national a été estimé à 113 %, signifiant que le nombre de femmes se présentant pour une première consultation prénatale était plus important que le nombre de femmes recevant la première dose de TPI. Ceci pourrait remettre en question la qualité des données comme le seuil de qualité a été dépassé. Cependant, il convient de mener une investigation plus poussée pour le confirmer. Le rôle de rupture de stock en TP1 dans

cette divergence devrait aussi être clarifié.

Les zones de santé dont le rapport était supérieur (ou inférieur) de plus de 10 % au seuil national (correspondant à l'égalité entre CPN1 et PT11) ont été identifiées. Au nombre de 223, ils ont enregistré une valeur divergente.

Tableau XVIII. Comparaison entre les indicateurs CPN1 et TPI 1

Année	2020
Relation attendue	égal
Comparer les ZS avec:	Taux national
Seuil de qualité	10%
Score national (%)	113%
Nombre de ZS avec scores divergents	223
% de ZS avec scores divergents	43%

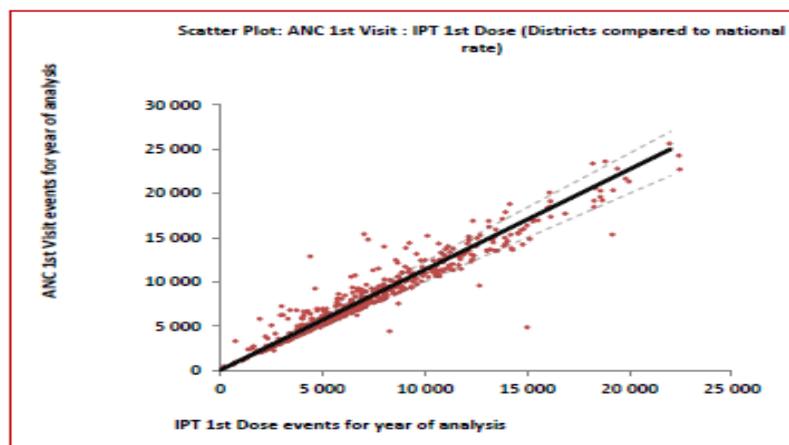


Figure 12. Corrélation entre les indicateurs CPN1 et TPI 1

a. Cohérence Nombre des cas TB et nombre de régimes TB

Le score national était supérieur de 2% au score attendu (soit une égalité entre les deux indicateurs). Ceci traduit une forte cohérence entre les deux indicateurs et la bonne qualité des données étant donné que ce surplus est cinq fois moins que le seuil de qualité (10%). Cependant, 39 ZS (7,5%) avaient des scores divergents par rapport au seuil de qualité. Une investigation plus poussée est requise pour comprendre les raisons de cette divergence.

Tableau XIX. Comparaison entre l'indicateur «nombre de cas de TB' et «nombre d'antituberculeux» en 2020

Année	2020
Relation attendue	Égal
Comparer les ZS avec:	Taux national
Seuil de qualité	10%
Score national (%)	102%
Nombre de ZS avec scores divergents	39
% de ZS avec scores divergents	7,5%

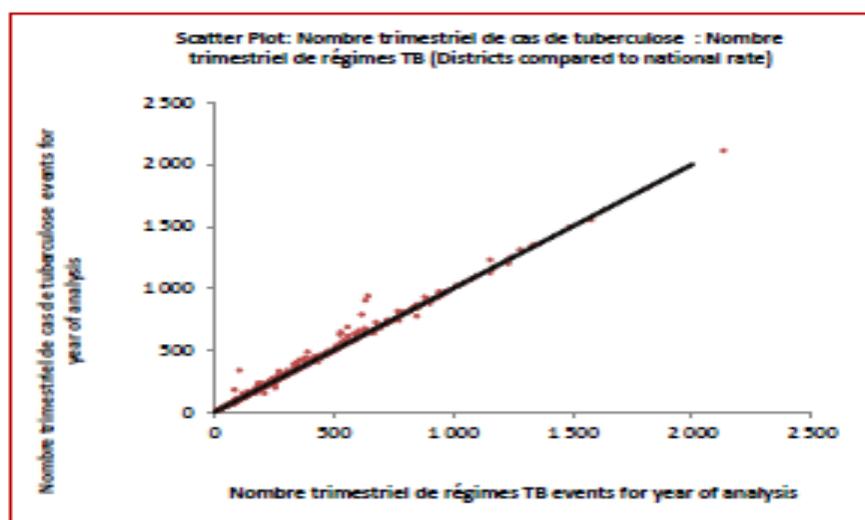


Figure 13. Corrélation entre les indicateurs «nombre de cas TB» et «cas présumés bactériologiquement positifs»

DOMAINE 3. COMPARAISON EXTERNE

Dans cette section, l'indicateur penta 3 a été comparé aux résultats de l'enquête MICS 6 conduite en 2018.

I. Comparaison des données programmatiques avec les valeurs d'une enquête nationale menée au cours de la même période

Il ressort du tableau XX et figure 14, une forte divergence entre les valeurs de l'enquête MICS 6 sur la couverture en penta 3. Seules 3 provinces avaient des scores convergents sur cet indicateur (Kinshasa, Kongo-Central et Nord-Kivu).

Tableau XX. Ratio de cohérence pour le Penta 3

Année	2018
Seuil de qualité	33%
Score national (%)	179%
Nombre des provinces avec des scores divergents	23
% des provinces avec des scores divergents	88,5%
Noms des provinces avec des scores divergents	BU, Eq, HK, HL, HU, IT, KE, KG, KL, KR, KS, LL, LM, MD, MG, MN, NU, SK, SA, SU, TAN, TSHO, TSHU

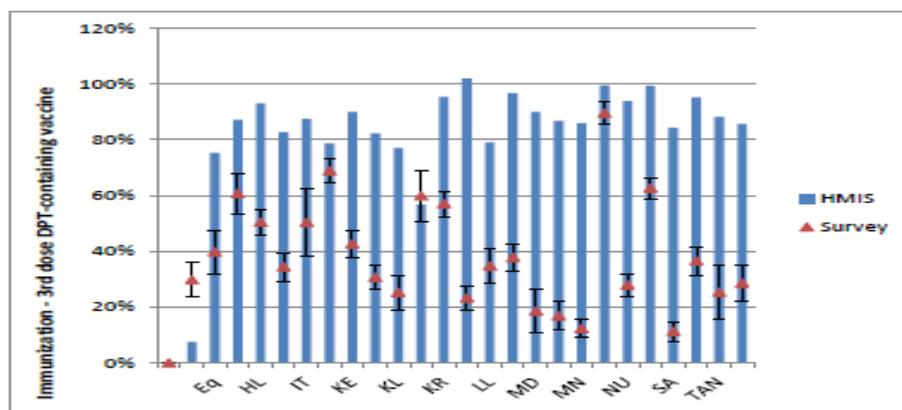


Figure 14. Comparaison entre les données programmatiques et celles de l'enquête MICS 2018 sur la couverture en Penta

DOMAINE 4. COHÉRENCE DES DONNÉES DES POPULATIONS

Cette section rapporte les résultats de la cohérence externe des données démographiques entre les données démographiques des programmes (naissances vivantes, grossesses attendues et les moins d'une année) avec les données démographiques de l'INS pour 2019. Il sied toutefois important de signaler que, l'INS n'a pas spécifiquement rapporté les données de ces catégories de la population. Nous avons donc utilisé les mêmes pourcentages que les programmes à savoir 4% pour les naissances vivantes et grossesses attendues et 3,49% pour les moins d'une année.

Le tableau XXIII montre que, sur le plan national, le nombre de naissances vivantes et des grossesses attendues était supérieur de 4% comparativement aux données de l'INS ; ce qui est en dessous du seuil de qualité de 10 prévu. Ces données sont donc cohérentes aux données démographiques nationales. Cependant, le pourcentage des provinces avec score divergent était de 69,2%. Ceci peut faire poser des questions sur la qualité des données dans ces 18 provinces dont deux avaient une population inférieure à la population de l'INS (figure 15).

Les mêmes résultats ont aussi été constatés pour les moins d'une année (tableau XXI et figure 16).

Cependant, étant donné que même la population de l'INS provient des estimations et non du recensement, qui date de plus de plus de 30 ans, cette interprétation devrait être relativisée. La vraie situation ne pourra être connue qu'avec le futur recensement.

Tableau XXI. Comparaison entre la population officielle et la population programmatique sur les « Naissances vivantes » et les « grossesses attendues »

Année	2019
Seuil de qualité	10%
Score national (%)	104%
Nombre des provinces avec des scores divergents	18
% des provinces avec des scores divergents	69,2%
Noms des provinces avec des scores divergents	Eq, HL, IT, KC, KE, KL, KN, KR, KS, LL, LM, MG, NK, NU, SU, TAN, TSHO, TSHU

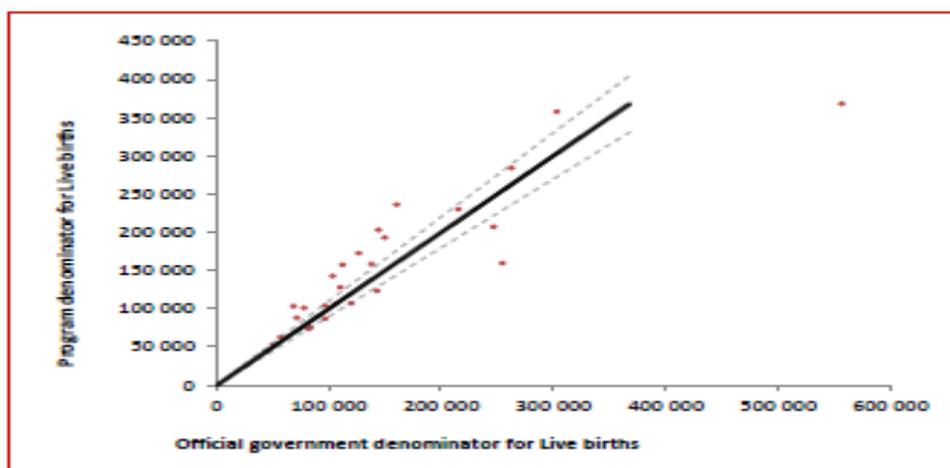


Figure 15. Corrélation entre données officielles et données programmatiques sur les « naissances vivantes »

Tableau XXII. Comparaison entre la population officielle et la population programmatique sur les « moins d'une année »

Année	2019
Seuil de qualité	10%
Score national (%)	104%
Nombre des provinces avec des scores divergents	18
% des provinces avec des scores divergents	69,2%
Noms des provinces avec des scores divergents	Eq, HL, IT, KC, KE, KL, KN, KR, KS, LL, LM, MG, NK, NU, SU, TAN, TSHO, TSHU

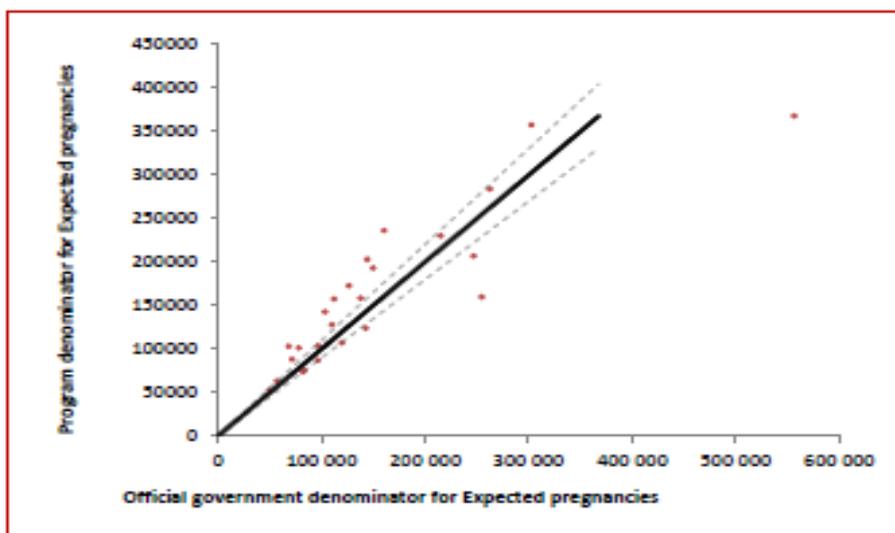
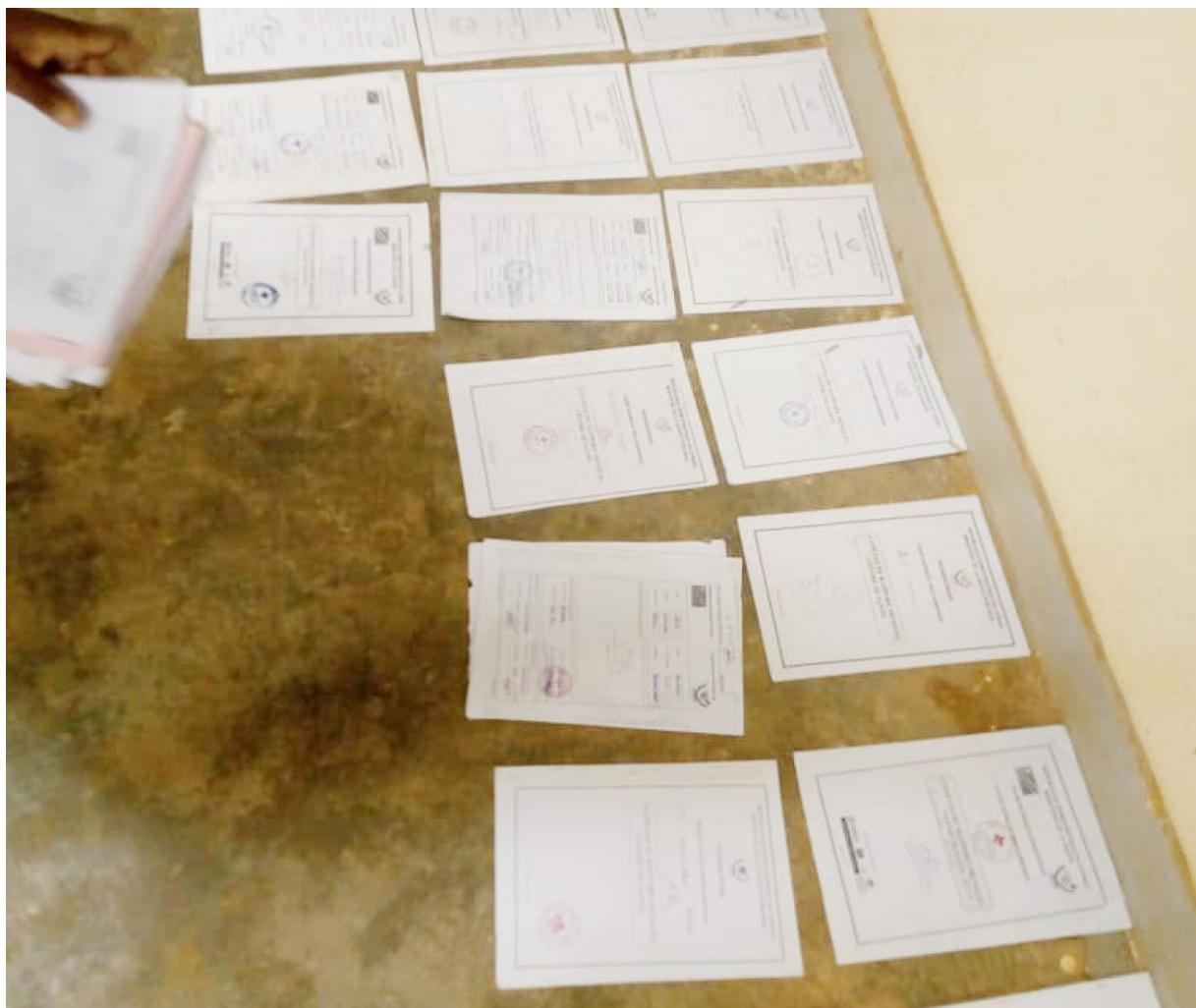


Figure 16. Corrélation entre données officielles et données programmatiques sur «les moins d'une année»



CONCLUSION

Cette revue documentaire a évalué les différentes dimensions de la qualité des données (complétude, promptitude, cohérence interne et cohérence externe) de certains indicateurs clés sur les consultations externes, la première consultation prénatale, les données des pentavalents (total et penta 3), la PTME, la tuberculose et le paludisme. Elle a, pour ce faire, utilisé l'outil « desk review of data quality », développé et validé internationalement. Ceci confère à cette revue une certaine validité.

Les données utilisées ont été essentiellement extraites du logiciel DHIS2 qui stocke les données de différents niveaux qui sont validées les autorités de santé selon les niveaux. Elle a aussi utilisé les données de l'enquête MICS 6 qui ont aussi été validées. Ceci donne une confiance aux résultats de cette revue comme reflétant la vraie situation des données produites.

Cependant, l'absence des données populationnelles, portant clairement sur les populations cibles, basées sur un recensement récent est une limite aux résultats de cette revue sur la comparaison externe. Cette revue n'a pas non plus porté sur les rapports produits au niveau provincial comme les données de ce niveau ne sont pas intégrées au niveau de DHIS2. Ceci est aussi une limite à cette revue.

I. Sur la complétude et la promptitude des rapports d'activité des FOSA et des ZS

Cette revue a montré une complétude satisfaisante des rapports, mensuels et trimestriels, tant pour les FOSA que les ZS. Cette complétude s'est aussi améliorée au cours de quatre années sur lesquelles a porté cette revue. Cependant, il demeure encore quelques ZS, environ le sixième du total, pour lesquelles la complétude pose encore problème. Des solutions plus ciblées, après investigation, doivent être envisagées dans ces ZS pour renforcer le remplissage et la transmission des rapports périodiques d'activité et par conséquent améliorer davantage la complétude nationale.

Seul environ la moitié des ZS (51,8%) avaient une bonne promptitude des RMA tandis que celle des FOSA était satisfaisante (82,2%). Cette faible promptitude devrait plus minutieusement être investiguée. La pandémie de COVID19 ayant occasionné des restrictions dans les mouvements des personnels, lors de cette année 2020, pourrait en partie expliquer cette faiblesse. La faible accessibilité géographique comme aussi la mauvaise connexion internet dans certaines ZS pourraient aussi expliquer cette faible promptitude.

Dans l'ensemble, il y avait très peu de valeurs manquantes et zéros que ça soit pour les RMA comme pour les RTA.

Des solutions à envisager devraient tenir compte de ces facteurs et d'autres qui devront ressortir des investigations. Repousser le délai d'envoi des rapports notamment pour les ZS avec difficulté d'accessibilité, cas du milieu rural, pourrait être une des solutions. Le renforcement de ces ZS en équipements informatique, la formation des ressources humaines dans l'utilisation de ces équipements devront aussi être envisagés.

De la cohérence interne des données

Très peu de valeurs aberrantes extrêmes comme modérées ont été observées dans les données analysées. Ce sont les indicateurs du PEV qui avaient plusieurs données aberrantes. Il est important d'investiguer préférentiellement les raisons de problèmes. Il faudrait aussi investiguer les ZS avec plusieurs divergences (plus d'une centaine) afin de cerner le problème.

La cohérence avec le temps des indicateurs a montré des évolutions pouvant susciter des interrogations notamment pour les indicateurs FAPTME et le nombre de cas TB. Comme déjà suggéré, une investigation minutieuse est impérieuse pour ces deux indicateurs. Cependant, en se référant aux données manquantes et aux zéros constatées sur les deux bases, nous avons remarqué que celles-ci se réduisaient avec le temps. Ce qui pourrait s'interpréter comme une amélioration de la couverture de l'offre de service. Il ne faudrait donc pas que cela soit forcément interprété comme une mauvaise qualité des données.

La cohérence interne avec d'autres indicateurs a été moins satisfaisante pour la CPN 1 et TPI 1. Ceci ne devrait pas directement être interprété comme une mauvaise qualité des données mais il faudrait mener des investigations pour ressortir les raisons notamment le problème de disponibilité des TPI dans les structures notamment dans les 233 ZS avec des divergences. Les habitudes dans la prescription des TPI notamment dans les milieux à stock limité pourraient aussi expliquer cela.

Les données TB avaient plutôt démontré une bonne cohérence ; les données des cas comme celles des médicaments ayant démontré une bonne convergence. Cependant le cas des ZS divergentes devra être investigué.

▶ De la cohérence externe

Les données programmatiques de penta 3 et celles de l'enquête MICS 6 n'ont pas une bonne convergence. Les données programmatiques étant supérieur de 79% aux données d'enquête. Si ce problème n'est pas nouveau, il convient tout de même de trouver ses raisons. Plusieurs raisons peuvent être envisagées notamment le problème d'exagération des données pour atteindre les cibles attendues pour acheter les performances dans le cadre du financement basé sur les performances mais aussi, et simplement, pour s'éviter des réprimandes du niveau supérieur comme mauvais élève.

Le score national pour les données populations a plutôt montré une certaine convergence avec les données populationnelles de l'INS, données officielles du pays. Cependant plus de la moitié des provinces ont montré des divergences. Le problème du manque de recensement fait poser des questions sur la fiabilité des données de l'INS. Nous avons aussi utilisé des proportions, utilisées en santé, pour estimer la taille populationnelle des cibles. Ces résultats devront donc être lus avec une certaine précaution.

En conclusion, les données du système ont démontré une certaine qualité en termes de complétude, cohérence interne et externe malgré la présence de plusieurs ZS à problème. Cependant, la promptitude demeure la dimension la plus faible qu'il faudra préférentiellement corriger.

RECOMMANDATIONS

Plusieurs recommandations ont été faites le long de ce rapport. Les recommandations majeures sont :

Au niveau central :

- ✓ Renforcer les capacités des personnels en charge de la gestion des données. Un plan de renforcement, privilégiant les ZS à problème devrait être mis en place.
- ✓ Renforcer les ZS à problème en équipements informatiques pour la gestion des données
- ✓ Assurer la connexion des ZS pour l'envoi à temps des rapports.
- ✓ Doter les districts sanitaires de directives écrites sur la gestion des données et sur les techniques de supervision recentrée sur la qualité des données.

Aux ZS

- ✓ Former régulièrement le personnel en charge de la gestion de l'information sanitaire : à l'utilisation des outils de collecte des données ; aux techniques de calcul et de vérification des indicateurs inclus dans les RMA et RTA ; et aux techniques de supervision recentrée sur la qualité des données.
- ✓ Renforcer des supervisions régulières sur la gestion des données dans les FOSA et former le personnel des FOSA.
- ✓ Renforcer la saisie des données des RMA et RTA reçus des FOSA et au transfert de ces données vers le niveau supérieur.
- ✓ Renforcer la vulgarisation des directives comme aussi des outils de collecte des données au niveau des aires de santé.

Aux FOSA

- ✓ Engager ou assigner un personnel devant particulièrement s'occuper de la gestion des données
- ✓ Assigner une ligne distincte budget pour la gestion des données notamment pour l'achat de la connexion internet, la rémunération du personnel et le renouvellement de l'équipement informatique.

