



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Analyse de la qualité des données du Système d'Information Sanitaire
de routine : Défis et Perspectives pour un Système performant dans la
Province du Maniema en République Démocratique du CONGO**

Présenté par :

TSHIKAMBA MUAMBA Erick

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité : Santé Internationale

Le 25 Mars 2015

Devant le jury composé de :

Dr François-Marie LAHAYE

Directeur de département Santé
Université SENGHOR d'Alexandrie

Président

Professeur Christophe RAPP

Hôpital Militaire de Bégin, Ecole du Val de Grâce

Examineur

Dr Bernard CHANFREAU

Université de Bordeaux 2, ISPED Bordeaux

Examineur

Remerciements

Arrivé au terme de notre formation, il serait ingrat de notre part de ne pas adresser un mot de remerciement aux personnalités qui, de près ou de loin ont pu apporter un morceau de bois pour accompagner la réussite dans ce parcours qui n'a pas été facile.

A Dieu le Père tout Puissant, pour tout ce qu'il fait dans notre vie

Au Recteur de l'Université SENGHOR d'Alexandrie, **Professeur Albert Lourde** pour nous avoir admis au sein de cette institution.

Aux Professeurs **Christoph RAPP et Bernard CHANFREAU**, pour avoir accepté de nous guider dans cette laborieuse tâche, en dépit de vos multiples occupations.

Au **Docteur François-Marie LAHAYE**, Directeur de département Santé, pour votre accompagnement permanent lors de notre parcours académique. Que **Dr Christian MESENGE et Madame Alice Mounir**, trouve également le sens de notre reconnaissance.

A tout le corps professoral ainsi qu'au personnel d'administratif, personnel d'appoint de l'Université

Au **Dr Michel MUVUDI**, grand frère pour nous avoir ouvert au monde scientifique

A tous les cadres du Ministère de la Santé Publique **Dr Félix MOMAT, Dr Augustin KAZADI WA MPOYI, Dr Salomon SIYANGOLI, Dr Yvette Tshund'olela et Dr Yakim, Dr Yves ILUNGA**

A vous mes collaborateurs de la Zone de Santé de CITENGE pour votre soutien tant morale que financier.

A vous mes compagnons de lutte, **Roland MAKENG'A BIZAU, Nilson KAKULA, Gildas GANGOUE, Aymar KOUADIO, Paul MALONGA, Dr SAMAKE, Elie MBANDINGA, SaïdAlaoui ZAINABA, HarmiaMaadi** sans oublier tous les autres camarades de la XIVème Promotion.

Que tous les amis, frères et connaissance trouvent l'expression de notre gratitude. Nous pensons particulièrement au couple **Gabriel UNEGÀ, Adolph SENGHOR MUSENGA, Madame patience, Emmanuel BATUYINGILA**, les Familles **BIZAU, Sylvain BEBELA, Albert KASOKO, KAMBALA KIPY, Serge KAYEMBE, Jérémie KASONGO, Dédé ILUNGA, Patrice KAZADI et Dr MUKENDI NTOBO Lambert**

TSHIKAMBA MUAMBA Erick

Dédicace

A nos chers parents **MUAMBA NTUMBABU Léonard** et **KENA MUAMBA Rosalie**,

A toi mon épouse **Patience KAMWIZIKU Luzolo** pour ton amour et tous les sacrifices durant notre parcours

A la famille **KAMWIZIKU Christian**

A vous mes chers enfants : **Bidernet MUAMBA**, **Barny KAMWIZIKU TSHIKAMBA**, **Barika KENA**, **Pradel TSHIKAMBA**

A vous mes frères et sœurs **Didier KABUYA Muamba**, **Sylvie BADIADIA Muamba**, **Blandine BABAKA Muamba**, Maitre **Dezzy MUKEBAYI Muamba**

A toute la communauté Congolaise de l’Egypte, je dédie ce travail fruit des efforts synergiques.

Résumé

Introduction : L'information de qualité est nécessaire pour relever les défis mondiaux en matière de santé et une prise de décisions rationnelles. Peu de pays africains disposent de capacités pour produire des statistiques de qualité et s'en servir pour formuler des politiques basées sur des faits concrets. Il ressort de la 54^{ème} assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé que le Système d'Information Sanitaire de différents pays africains dont la République Démocratique du Congo (RDC) présente certaines insuffisances en rapport avec la qualité des données malgré les réformes. Notre objectif était d'évaluer la qualité des données de routine en RDC en vue de proposer des stratégies opérationnelles d'amélioration.

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective réalisée dans 3 Zones de Santé (ZS) de la province du Maniema. Les données de cette étude ont été collectées au niveau de la Division Provinciale de la Santé (DPS) et des structures du niveau opérationnel des Zones ayant fait l'objet de cette étude suivant la procédure de l'outil d'évaluation de la qualité des données « RDQA ». La collecte des données a été faite premièrement à partir des rapports mensuels d'activités et des outils de collecte en rapport avec les indicateurs sélectionnés, puis lors des entrevues avec le personnel impliqué dans la gestion des données.

Résultats : La complétude des rapports a été de 100% des Bureaux Centraux des Zones (BCZ) vers la DPS, 98% des Formations sanitaires (FOSA) vers les BCZ alors que la promptitude a été respectivement de 0% et 58%, avec une exhaustivité nulle pour le nombre de jours de rupture de stock en Amoxicilline aux BCZ. L'exactitude des données des BCZ a présenté une moyenne de 100% alors que celles des FOSA a varié entre 32% et 83% pour tous les indicateurs avec hétérogénéités entre les structures visitées. L'évaluation du système de gestion des données a présenté des insuffisances sur le plan organisationnel, technique et comportemental entre autre le déficit en formation des prestataires, la mauvaise répartition de tâches, la faible informatisation du système de gestion des données, les ruptures en outils de collecte des données, la multiplicité des outils et système de suivi ainsi que l'absence des mécanismes efficaces de suivi-évaluation.

Conclusion : La réforme du SIS n'a pas jusque-là été ressentie dans la Province, les résultats de notre analyse ont montré que les données produites ne répondent pas aux normes internationales de qualité des données. Les faiblesses du système de gestion des données constituent des facteurs majeurs ayant contribué à cette faible performance de la Province. Un plan de correction a été élaboré à cet effet avec des responsabilités claires et précises en vue d'améliorer la qualité des données.

Mots clés : Données, qualité, défis et perspectives, SIS, Maniema

Abstract

Introduction: High quality information is necessary to address the global health challenges and for rational decision making. There is only a few African countries that have the needed capacities to produce high quality statistics in order to use them to formulate policies based upon facts. According to the 54th assembly of the WHO, the Health Information System of different African countries including DRC presents several deficiencies concerning data quality despite the reforms. Our objective was to assess the routine data quality in DRC in order to suggest some operational strategies for improvement.

Material and methods: This is a retrospective cross-sectional study realized in 3 districts health of Maniema province. Data were collected at the Central Offices Zones, Health Centers and hospitals of these ZS following the RDQA tool's procedure. Data collection was carried first by the operation action plan, monthly activity reports and the data collection tools related to the selected indicators, then during the interviews with the staff involved in data management.

Results: the reporting completeness was 100% of Central Offices Zones to the Provincial Health Division, 98% of the Health facilities to Central offices while promptness was 0% and 58% respectively with no exhaustiveness for the number of out of stock days of Amoxicillin to central offices. The data exactitude of BCZ represented an average of 100% while those of structures were varying between 32% and 83% for all the indicators with heterogeneity between the visited facilities. The data management system evaluation presented some deficiencies on the organizational, technical and behavioral plan plus the insufficient training for providers, tasks misdistribution, weak computerization of data management systems, ruptures in data collection tools, the tools and monitoring systems multiplicity and the absence of effective monitoring and evaluation systems.

Conclusion: Health Information System reforming has not been so far noticed in the province, our results have shown that the produced data do not meet the international standards for data quality. The data management system weaknesses are the major factors that lead to the poor performance in this province. A correction plan has been elaborated with some clear and precise responsibilities in order to improve the data quality.

Key-words: Data, Quality, Challenges and perspectives, Health Information System, Maniema

Liste des Figures et Tableaux

1-Liste des figures

Figure 1 : Pyramide sanitaire de la RDC :	4
Figure 2 : Circuit de l'information sanitaire (Source : cadre normatif SNIS révisé)	7
Figure 3: Rôles et responsabilités de chaque structure au niveau du SNIS	8
Figure 4: cadre conceptuel RDQA (source : Measure Evaluation).....	14
Figure 5: Facteur de vérification des données aux BCZ.....	17
Figure 6: Etat actuel des documents sources au niveau des CS et HGR.....	18
Figure 7: Facteur de vérification des données au niveau des FOSA	19
Figure 8: Distribution de l'exactitude des données par indicateurs	19
Figure 9: Niveau d'affichage des données par indicateur au niveau des FOSA et BCZ.....	24

2-Liste des tableaux

Tableau I : Nombre des structures visitées par niveau	12
Tableau II: Caractéristiques des Zones de Santé visitées	11
Tableau III: Complétude, promptitude et exhaustivité des données des BCZ vers la DPS	16
Tableau IV: Complétude, promptitude et exhaustivité des données des FOSA vers les BCZ.....	17
Tableau V: Organisation et Ressources du SIS	20
Tableau VI: Niveau de connaissances des directives de rapportage par les prestataires.....	21
Tableau VII. Utilisation des Formulaires, Outils de collecte et de notification des données	22
Tableau VIII: Evaluation du processus de gestion et contrôle de qualité au niveau du BCZ.....	23
Tableau IX: Processus de gestion des données et contrôle de qualité au niveau des CS et HGR	23
Tableau X: plan de correction	36

Liste des acronymes

BCZ : Bureau Central de la Zone

CS : Centre de Santé

CODESA : Comité de Développement de Santé

CODI : Comité de Direction

CPN : Consultation Périnatale

DHIS2: District Health Information Version 2/ Information Sanitaire du District

DPS : Division Provinciale de la Santé

DSNIS : Division du Système National de l'Information Sanitaire

FOSA : Formations Sanitaires

HGR : Hôpital Général de Référence

GESIS : logiciel de Gestion de l'Information Sanitaire

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification Familiale

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

RDQA : Routine Data QualityAssessment/ Evaluation de la qualité des données de routine

RDC : République Démocratique du Congo

SIS : Système d'Information Sanitaire

SNIS : Système Nationale d'Information Sanitaire

VAR: Vaccin anti rougeoleux

ZS : Zone de Santé

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace.....	ii
Résumé	iii
Abstract	iv
Liste des Figures et Tableaux	v
Liste des acronymes.....	vi
1. Introduction et énoncé du problème	1
1.1 Objectifs	3
1.1.1 Objectif général :	3
1.1.2 Objectifs spécifiques	3
1.2 Question de recherche.....	3
1.3 Hypothèses de recherche	3
2 Généralités sur le SNIS en RDC.....	4
2.1 Brève Présentation de la RDC	4
2.2 Cadre Organisationnel du Système de santé [18].....	4
2.3 Organisation du Système National de l'Information Sanitaire	5
2.3.1 Définition, Missions, objectifs	5
2.3.2 Composantes du SNIS.....	5
2.3.3 La réforme du SNIS en RDC	6
2.3.4 Niveau de gestion, flux et délai de transmission des données de routine	7
2.3.5 Les Fonctions du SNIS.....	8
2.4 Evaluation de la qualité des données	9
2.4.1 Définitions.....	9
2.4.2 Normes de la qualité des données [22,23].....	9
3 Matériels et méthodes	11
3.1 Types et période d'Etudes	11
3.2 Cadre de l'étude :	11
3.3 Echantillonnage	12
3.4 Collecte des données.....	12
3.4.1 Outils et technique de collecte des données :	12
3.4.2 Cadre conceptuel du RDQA.....	13
3.4.3 Sources des données.....	14
3.5 Méthode de collecte des données	14
3.6 Traitement et analyse des données	15
3.7 Indicateurs de Revue	15

3.8	Considérations éthiques.....	15
4	RESULTATS.....	16
4.1	Performance du rapportage	16
4.1.1	Au niveau des BCZ	16
4.1.2	Au niveau des Formations Sanitaires (HGR et CS)	18
4.2	Evaluation du système de gestion des données au niveau des BCZ et des FOSA	20
4.2.1	Capacités, rôles et responsabilités de suivi-évaluation	20
4.2.2	Définitions de l'indicateur et directives de rapportage	20
4.2.3	Formulaires et Outils de collecte et de notification des Données	21
4.2.4	Processus de gestion et contrôle de la qualité des données	22
4.2.5	Liens avec le système national d'information sanitaire	24
5	ANALYSE ET DISCUSSION	25
5.1	Discussion des principaux résultats	25
5.1.1	Performance du rapportage des données au niveau des BCZ et FOSA.....	25
5.1.2	Evaluation du Système de gestion des données.....	27
5.2	Perspectives	32
5.3	Limites de l'étude	33
	CONCLUSION.....	35
	Références bibliographiques	38
	Annexes	41

1. Introduction et énoncé du problème

L'Organisation Mondiale de la Santé a identifié le Système d'Information sanitaire (SIS) comme l'un des piliers autour de quel le système de santé s'articule. A côté de celui-ci, il existe les ressources humaines, la gouvernance, les prestations de service de santé, le financement des systèmes de santé et l'accès aux médicaments essentiels [1]. L'équilibre et la complémentarité entre ces différents piliers permet l'atteinte de meilleurs résultats.

Une information sanitaire de haute qualité est nécessaire pour relever les défis mondiaux en matière de santé et la prise des décisions rationnelles [2]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la disponibilité de l'information devra faciliter le développement et la mise en œuvre d'une politique de santé, l'administration et la réglementation des services de santé, la recherche en matière de santé, le développement des ressources humaines, la formation et l'éducation en matière de santé, la prestation de services et, enfin, le financement des services de santé [3,4].

Peu de pays en développement disposent de capacités pour produire des statistiques de qualité et s'en servir pour formuler des politiques basées sur des faits concrets. En pratique, le suivi des progrès accomplis pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement, qui découlent de la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2000, s'accompagnent de cibles ambitieuses et quantifiables permettant de mesurer les progrès accomplis pour plusieurs aspects du développement, dont la santé. Il existe cependant un écart entre ce que les responsables de santé publique savent et les informations dont ils auraient besoin pour améliorer la santé de la population et atteindre ces objectifs [5].

Il ressort des 54^{ème} et 59^{ème} assemblée respectivement des Comités Régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale de l'OMS que les systèmes d'information sanitaire des pays de ces deux régions sont généralement insuffisants en termes de qualité et de ponctualité de données. Les différentes régions se heurtent à de nombreuses contraintes majeures liées à l'absence d'une politique écrite en matière d'information sanitaire, la rareté et la répartition inégale des ressources disponibles, la fragmentation et l'absence de normes [6,7].

Grâce au Réseau de Métrologie sanitaire, certains pays de l'Afrique ont vu leur système d'information sanitaire être renforcé après des évaluations régulières. Celles menées dans ce cadre avec l'appui de l'OMS au Gabon [8], au Mali [9], au Burkina Faso, au Burundi [10] et au Cameroun [11] ont permis de

mettre en évidence un certain nombre des faiblesses : une faible promptitude et complétude des rapports, des incohérences des données, la faible sécurisation des données, la faible analyse des données.

Au regard de la gestion axé sur les résultats, le SIS est sujet d'une attention particulière en République Démocratique du Congo (RDC)[12,13], étant donné que le financement basé sur les résultats impose au pays d'obtenir des résultats par rapport à des cibles de performance prédéfinies. Ce type de financement repose largement sur la qualité des données collectées et communiquées par les pays [14].

C'est dans ce contexte global d'atteinte des objectifs et d'amélioration de la qualité des données que le SIS de la RDC a connu plusieurs réformes ayant conduit à la mise en place des nouvelles directives de gestion des données. Malgré celles-ci, ce système présente encore certaines faiblesses liées à la qualité de l'information[15]. A côté du manque d'actualité et d'exhaustivité des données, les incohérences des données ont été régulièrement relevées lors des évaluations menées par le Programme Elargi de Vaccination (PEV)[16], le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)[13].

Le contexte sanitaire dans certaines provinces est également dominé par la recrudescence des pathologies évitables par la vaccination comme la rougeole, malgré les bonnes couvertures vaccinales[17], les ruptures de stock en médicaments essentiels et le faible taux d'utilisation des services curatifs malgré les appuis du gouvernement et de certains partenaires techniques financiers[12].

La réalisation des missions régulières d'audit des données contribue positivement à l'amélioration de la qualité de celles-ci, toute fois le rapport annuel des provinces dont celle de Maniema à l'Est de la RDC révèle qu'elles sont cependant irrégulières selon les programmes verticaux et parfois non planifiées, les recommandations issues de ces dernières sont faiblement diffusées.

Dans le contexte actuel où le SIS a connu une nouvelle réforme et vu qu'il existe peu d'étude menée au sein du SIS, il y a lieu de nous interroger sur la qualité des données dans les Zones de santé de la province du Maniema. Dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité des données de routine, cette étude nous permettra donc de mettre en évidence un certain nombre de défis à relever en rapport avec la production, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données.

1.1 Objectifs

1.1.1 Objectif général :

« Evaluer la qualité des données du système d'information sanitaire de routine dans la province du Maniema. »

1.1.2 Objectifs spécifiques

- Etudier les dimensions de la qualité des données
- Evaluer la capacité des systèmes de gestion des données à collecter et rapporter des données de qualité ;
- Déterminer les actions correctrices à mettre en place pour améliorer la qualité des données à travers un plan de redressement.

1.2 Question de recherche

La position actuelle du SNIS en RDC, en pleine mutation nous pousse à nous interroger sur les questions suivantes :

- Les réformes entreprises au sein du système d'information sanitaire à travers le cadre normatif et le PNDS ont elles apporté du succès dans le rapportage des données au niveau opérationnel ?
- Comment peut-on améliorer la performance du système de gestion des données ?

1.3 Hypothèses de recherche

Les réponses à ces questions peuvent être formulées à travers les hypothèses ci-après :

- Les données de routine ne répondent pas à tous les critères de qualité
- L'insuffisance des formations, des outils de collecte et de transmission des données, les mauvaises conditions de travail, la multiplicité des systèmes de suivi-évaluation, l'insuffisance des supervisions formatives ont un impact sur la qualité des données.

Ainsi nous avons structuré notre rédaction en deux parties dont la première concerne les généralités, partie dans laquelle seront présentées l'organisation du système de santé en RDC avec un accent particulier sur l'organisation du Système d'Information Sanitaire et le contrôle de la qualité des données et une deuxième partie qui comprend les chapitres matériel et méthodes, résultats et discussion avant de conclure.

2 Généralités sur le SNIS en RDC

2.1 Brève Présentation de la RDC

La RDC se situe au cœur de l'Afrique et figure parmi les plus étendus du continent avec une superficie de 2 345 000 km² et partage 9 165 kilomètres de frontières avec 9 pays voisins. Il est également le plus peuplé de l'Afrique Subsaharienne avec une population estimée à 70 Millions d'habitants (MICS 2010). Elle est un Etat unitaire fortement décentralisé et qui comprend onze provinces. Le processus du découpage en 26 provinces selon la constitution de 2006 est en cours, mais ne concernera pas la province du Maniema.

2.2 Cadre Organisationnel du Système de santé[18]

Le système sanitaire de la RDC est constitué de 3 niveaux hiérarchiques sous forme pyramidal et distingue le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel tel que le démontre la figure ci-dessous:

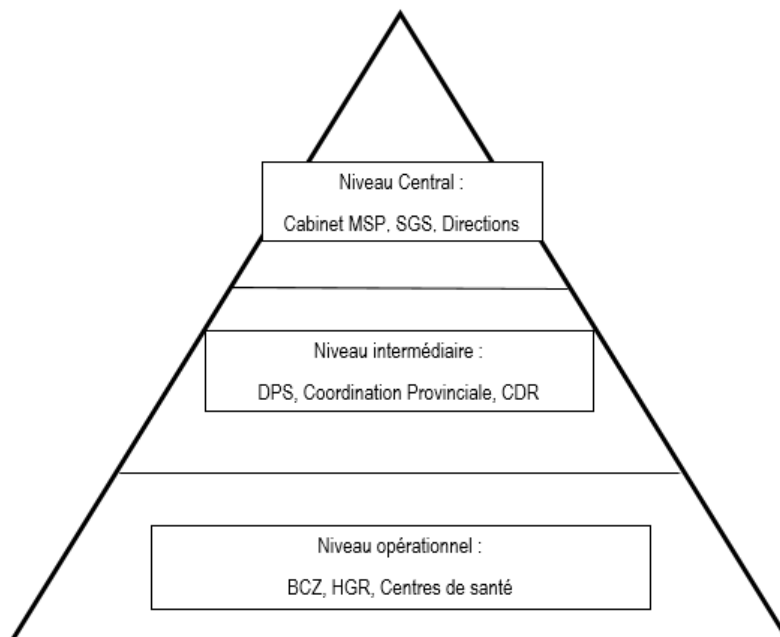


Figure 1 : Pyramide sanitaire de la RDC

Les différents niveaux de la pyramide sanitaire comprennent les structures suivantes :

- **Le niveau central** : comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général auquel sont attachés 13 Directions Centrales et 52 Programmes spécialisés. Il a essentiellement un rôle normatif et stratégique.

- **Le niveau intermédiaire** : qui joue un rôle technique d'appui aux ZS ; il est constitué des 11 inspections provinciales et 45 districts de santé. Chaque province dispose d'une Division Provinciale de la Santé.

Selon le nouveau cadre organique, les districts sanitaires seront appelés à disparaître, laissant place aux 26 nouvelles DPS issues de nouvelles provinces tel que définies par la constitution de la République.

- **Le niveau périphérique**, c'est à dire le niveau opérationnel qui est constitué par la zone de santé qui comprend un réseau des centres de santé et un HGR. Il est dirigé par l'équipe cadre de la zone de santé (ECZS). Les Zones de Santé sont passées de 306 en 1986 à 515 depuis 2003.

2.3 Organisation du Système National de l'Information Sanitaire

2.3.1 Définition, Missions, objectifs

Selon l'OMS, par système national d'information sanitaire (SNIS), l'on entend un ensemble de composantes et de procédures interdépendantes organisées dans le but de produire des informations et renseignements sanitaires pour faciliter le suivi de la situation sanitaire et des services de santé d'une nation, et améliorer le leadership et la gestion en matière de santé à tous les niveaux[19].

Selon le *cadre normatif*¹, il est défini comme un ensemble organisé de structures, d'institutions, de personnels, de méthodes, d'outils et d'équipement permettant de fournir de l'information nécessaire à la prise de décision, à l'action, à la gestion des programmes sanitaires et des systèmes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : central, intermédiaire et périphérique

2.3.2 Composantes du SNIS

Les composantes ou sous-systèmes du SNIS concernent les matières suivantes:

- Les Soins de santé primaires y compris les références,
- La surveillance épidémiologique,
- La gestion des programmes prioritaires,
- La surveillance des déterminants de la santé, l'hygiène et la salubrité, l'environnement, la santé et la sécurité au travail, la santé scolaire, aéronautique et maritime,
- Le médicament,
- Le flux financier dans les comptes nationaux de la santé,

¹ Arrêtés ministériels de la RDC portant institution, organisation et fonctionnement du Système National d'information Sanitaire.

- La gestion administrative, notamment les ressources humaines, les infrastructures et les équipements et la documentation,
- L'enseignement des sciences de la santé,
- Les établissements de la santé consacrés à la recherche et la formation supérieure et universitaire, les établissements du niveau de référence quaternaire et nationale ainsi que les évacuations à l'étranger,
- Les interventions sanitaires au niveau de la communauté,
- La médecine traditionnelle et les plantes médicinales,
- L'Etat civil et les mouvements démographiques.

Selon le Plan National de Développement Sanitaire de la RDC, toutes les composantes du SNIS ne sont pas fonctionnelles, 5 d'entre elles continuent à poser des problèmes.

2.3.3 La réforme du SNIS en RDC

Le SNIS a existé depuis l'époque coloniale avec l'utilisation des cahiers bleus pour la notification des cas. Il a évolué dans le temps avec le contexte de son système de santé. Conformément à la résolution AFR/ RC43/17 du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique de 1993 et la résolution AFR/ RC54/12 Rév.1 du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique du 3 septembre 2014, la RDC s'est engagé dans le processus de renforcement de son Système d'information sanitaire à travers une série des réformes entreprises par le système [20].

Le processus de renforcement de son renforcement a conduit à la mise en place du nouveau cadre normatif du SNIS depuis 2004, et révisé en Aout 2013 en fonction de la Stratégie de Renforcement du Système de santé et de la nouvelle feuille de route sur la redevabilité. Ce progrès a été marqué par la modification des outils de collecte et de transmission des données, l'identification des indicateurs et des données minimum à collecter par niveau, l'existence des procédures de collecte et de transmission des données et l'utilisation des applications informatiques pour la gestion des données notamment le GESIS, le DHIS2.

Le cadre normatif du SNIS définit de manière précise les règles de fonctionnement qui devront être respectées par les systèmes d'informations mis en place à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il définit les modalités des transferts d'informations qui auront lieu entre les SNIS provinciaux et le niveau central.

Le nouveau cadre normatif du SNIS s'articule en 4 fascicules :

- Fascicule A1 : fournit la liste des données à collecter, la définition des indicateurs ainsi que les directives de rapportage

- Fascicule A2 : fournit les codes et les règles de codification à toutes les entités ;
- Fascicule A3 : fournit le circuit et le délai de transmission entre le niveau opérationnel, intermédiaire et central
- Fascicule A4 : regroupe tous les éléments décrivant le fonctionnement du SNIS : fonctions du SNIS aux différents niveaux du système de soins de santé, le profil du personnel qui devra animer le SNIS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la liste des ressources matérielles et équipements nécessaires pour le fonctionnement du SNIS à tous les niveaux, les exigences minimums à respecter en termes de suivi de la qualité des données collectées, le modèle de contrat qui sera signé entre les provinces et les partenaires qui auront à les appuyer.

2.3.4 Niveau de gestion, flux et délai de transmission des données de routine

La collecte régulière des données se fait au niveau des structures sanitaires qui les transmettent au niveau de la hiérarchie à travers les rapports hebdomadaires, mensuels ou trimestriels tels que définit dans le circuit suivant :

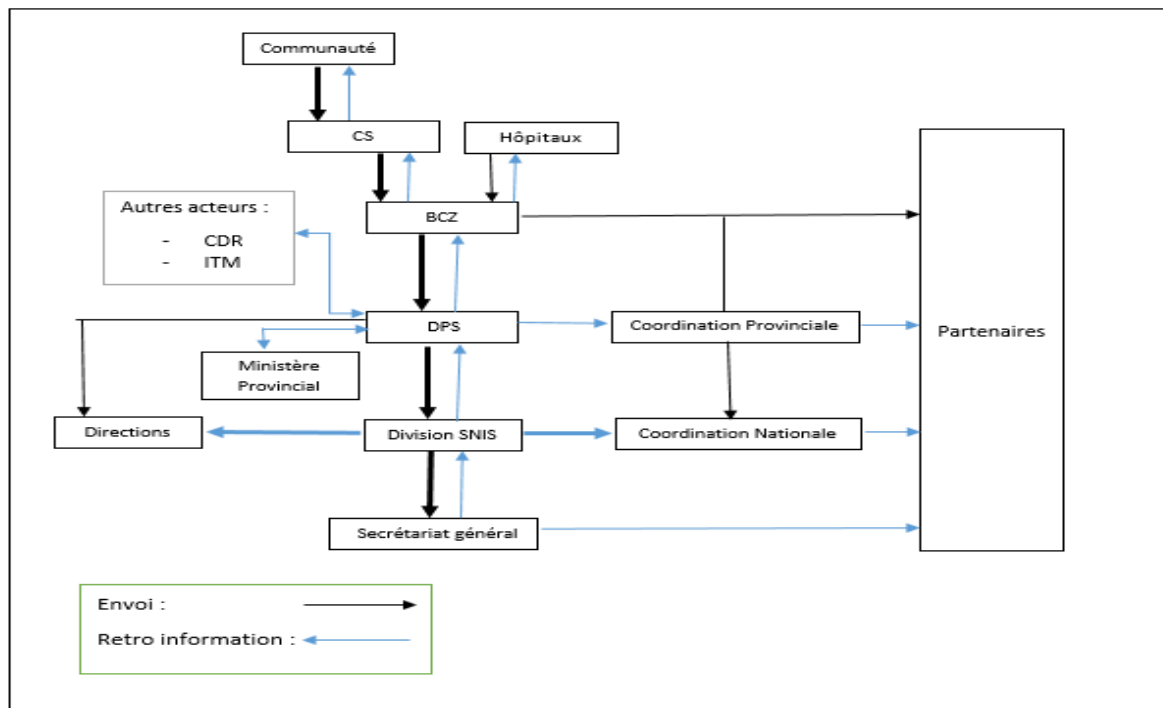


Figure 2 : Circuit de l'information sanitaire (Source : cadre normatif SNIS révisé)

Les structures collectent les données à portées hebdomadaires, mensuelles et trimestrielles. Celles mensuelles doivent être transmises au plus tard le 7^{ème} jour, le 15^{ème} jour et le 30^{ème} jour du mois

suivant la fin des activités respectivement des CS/HGR vers les BCZ, des BCZ vers la DPS à la Cellule SNIS, et de la DPS vers la DSNIS.

2.3.5 Les Fonctions du SNIS

Pour la mise en place du système d'information sanitaire, les fonctions sont clairement définies à chaque niveau de la pyramide sanitaire : périphérique, intermédiaire et central pour garantir la collecte, le traitement et l'analyse des données, la publication et la promotion de l'utilisation de l'information. Les rôles et les responsabilités de chaque niveau sont démontrés dans la figure ci-dessous.

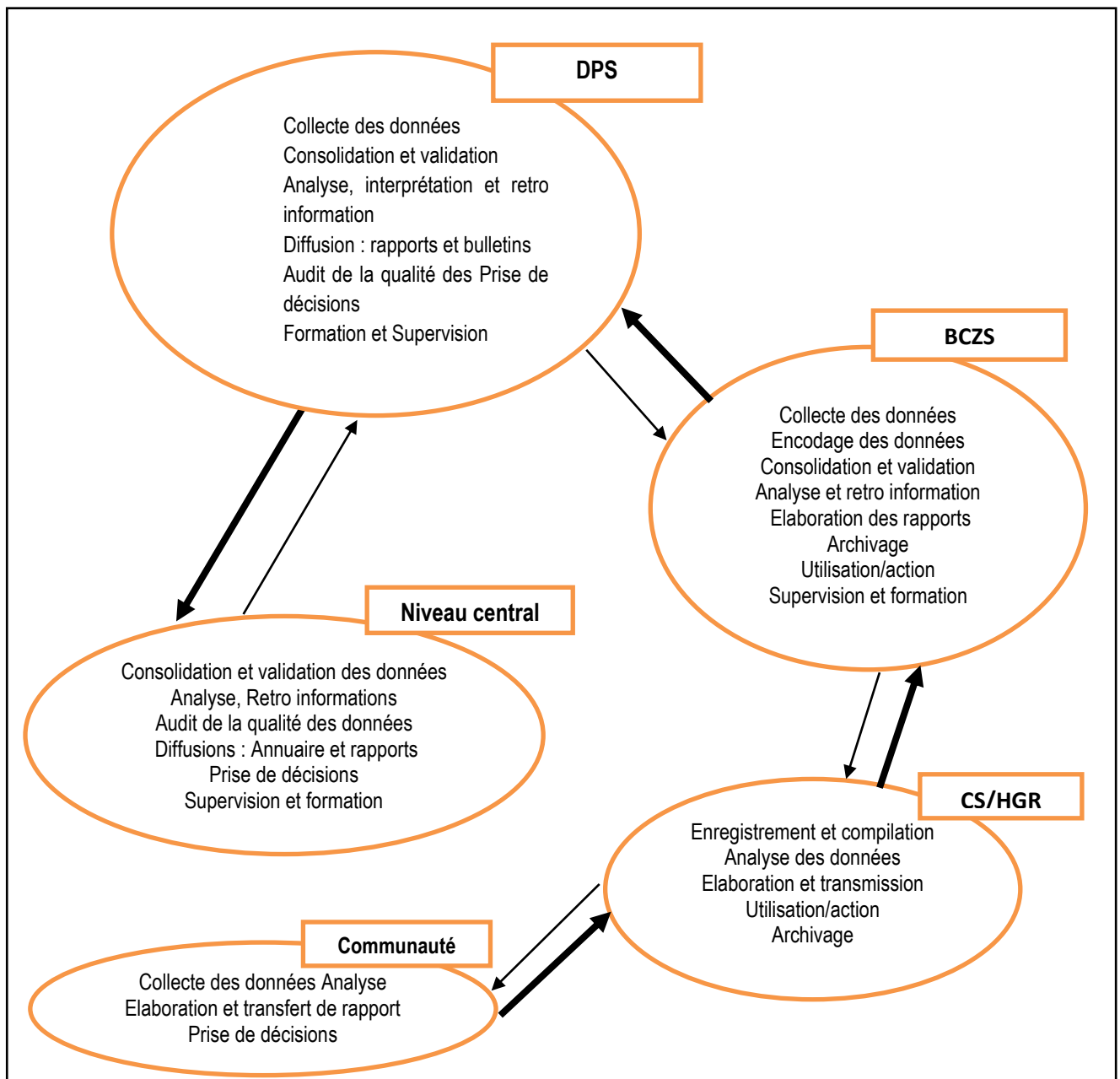


Figure 3: Rôles et responsabilités de chaque structure au niveau du SNIS

2.4 Evaluation de la qualité des données

2.4.1 Définitions

La qualité en santé est le caractère de ce qui est conforme aux normes de prestation de soins et de services conçus et fournis pour répondre à la demande et à la satisfaction des bénéficiaires.

Il n'existe cependant pas de définition commune de la qualité des statistiques officielles, acceptée par les différents organismes statistiques. Selon statistique CANADA, elle est définie en fonction de « l'adaptation des données à leur utilisation », cette adaptation des données ou de l'information statistique étant elle-même fonction des caractéristiques intrinsèques des données et de l'usage dont on veut en faire[21]

Elle est garantie par un système qui met à la disposition d'un personnel qualifié des outils adéquats pour collecter et fournir aux acteurs de la santé, dans un délai raisonnable, une information exacte, pertinente, représentative et vérifiable nécessaire à la prise de décision.

L'analyse des facteurs déterminants la qualité des données du PEV et la mise en place des méthodes et techniques pour son amélioration sont au centre des préoccupations de tous les décideurs et acteurs du système de santé.

2.4.2 Normes de la qualité des données[22,23]

Pour adapter les données à leur utilisation, il existe donc six normes internationales ou dimensions de la qualité des données :

- **L'exactitude** : de l'information statistique fait référence à l'exactitude avec laquelle l'information décrit le phénomène qu'elle était censée mesurer. Les données exactes minimisent l'erreur
- **La précision** : lorsque les données sont assez détaillées
- **L'actualité ou l'opportunité** de l'information fait référence au temps qui s'écoule entre, d'une part, le point de référence (ou la fin de la période de référence) auquel se rapporte l'information et, d'autre part, la date à laquelle l'information est diffusée
- **L'exhaustivité** signifie que le système d'information duquel on tire les résultats est inclusif de manière appropriée : Il représente la liste *exhaustive* des personnes ou unités éligibles et pas juste une fraction de la liste
- **La fiabilité** : Les données générées par le système d'information d'un programme sont basées sur des protocoles et procédures qui ne changent pas en fonction de la personne qui les utilise, du moment et de la fréquence de leur utilisation. Les données sont fiables parce qu'elles sont mesurées et collectées de manière cohérente.

- **La confidentialité** : lorsque les données sont conservées selon les normes. Celle-ci dépend de la qualité d'archivage des données.

3 Matériels et méthodes

3.1 Types et période d'Etudes

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective. Elle s'est réalisée dans la période allant du 25 Juillet au 10 Septembre 2014.

Période de revue : Il a été considérée la période allant d'Avril 2013 à partir Mars 2014. Pour la vérification des données, 3 mois ont été sélectionnés de façon aléatoire : Juin, Septembre 2013 et Janvier 2014.

3.2 Cadre de l'étude :

Notre étude s'est réalisée dans la province du Maniema dans les structures ci-après :

- Les structures du niveau opérationnel : les BCZ (Bureaux Centraux de Zone de santé), les HGR (Hôpitaux Généraux de Référence) et les CS (Centre de Santé)

Aperçu des Zones de Santé inclus dans l'étude

Tableau I: Caractéristiques des Zones de Santé visitées

Caractéristiques	Zones de santé		
	Alunguli	Kalima	Obokote
Région sanitaire	Kindu	Maniema Centre	Nord Maniema
Distance du Chef-lieu	10 km	120 km	300 km
Population Totale en 2014	75 195habitants	129 493 habitants	76 493 habitants
Nombre d'Aires Sanitaire	6	19	11
Nombre de structures	12	27	11
Types des structures	1 HGR, 5 CS Etatiques, 1 CS confessionnelles, 5CS privés	1 HGR, 19 CS Etatiques, 5 CS privés, 1 CS confessionnelles	1 HGR, 11 CS étatiques

3.3 Echantillonnage

➤ Taille et justification du choix de l'échantillon :

Le niveau intermédiaire a juste servi pour la collecte des informations des zones de santé à visiter, raison pour laquelle nous nous sommes limités à la cellule SNIS.

Au niveau opérationnel, la méthode d'échantillonnage aléatoire simple a permis de sélectionner 3 Zones de santé. Les Bureaux Centraux et les HGR de chaque ZS sélectionné faisant automatiquement partie de la sélection. 2 CS sont tirés au hasard par ZS. Le tableau ci-dessous présente la taille de l'échantillon par niveau visité au cours de notre étude.

Tableau II : Nombre des structures visitées par niveau

N°	Niveau	Taille
1	Bureau Central des Zones	3
2	Hôpitaux Généraux de Référence	3
3	Centres de Santé	6

3.4 Collecte des données

3.4.1 Outils et technique de collecte des données :

Le RDQA a été utilisé comme outil de contrôle de qualité des données. C'est un outil pour une utilisation flexible qui permet non seulement le contrôle de la qualité des données mais également l'évaluation du système de gestion des données et le renforcement des compétences du personnel dans la gestion et le reportage des données(23).

Les données ont été collectées à partir de deux questionnaires, correspondant aux deux protocoles de l'outil RDQA qui a servi à mener notre évaluation.

▣ **Partie 1 –La performance du rapportage:** Cette partie a permis d'évaluer si les différentes structures collectent et rapportent les données pour mesurer les indicateurs vérifiées de manière précise et à temps et de faire des recoupements des résultats rapportés avec d'autres sources de données.

Les Items de cette première partie sont les suivantes :

- **La disponibilité des documents sources de données** correspondant à la période et aux indicateurs de revue au niveau du BCZ et des FOSA
- **Exhaustivité des données** dans les documents sources et dans les rapports soumis par la structure
- **La mesure de l'exactitude des données** à travers le Ratio de vérification des données :

C'est le rapport entre les données recomptés sur les documents sources disponibles et celles transmises au niveau supérieur. De CS ou HGR au BCZ, du BCZ à la DPS, de la DPS à la DSNIS.

- **Promptitude des rapports :**

La transmission à temps des rapports d'activités à chaque niveau de la pyramide sanitaire selon les directives nationales. La vérification s'est faite sur base de la date de réception marquée sur les copies de rapports archivés dans les structures visitées.

- **La Complétude des rapports :**

A consisté à rechercher la proportion des rapports disponibles par rapport aux attendus au cours des périodes sélectionnées.

▣ **Partie 2 – Évaluations des systèmes de gestion des donnée:**

Il s'est agi d'une évaluation qualitative qui nous a permis de mettre en évidence les points forts et des points faibles des secteurs fonctionnels de la gestion des données et des systèmes de transmission. Les Item de ce questionnaire sont regroupés dans les 5 composantes fonctionnelles du système de gestion des données :

- Capacités, rôles et responsabilités de suivi-évaluation
- Définitions de l'indicateur et directives de rapportage
- Formulaire, outils de collecte et notification des données
- Processus de gestion et mécanismes de contrôle de qualité des données
- Lien avec le Système National d'Information sanitaire

L'annexe N°1 montre en détails les deux parties de la fiche utilisée pour cette étude avec tous les items ou variables de cette étude.

3.4.2 Cadre conceptuel du RDQA

Selon l'outil RDQA, les données de qualité doivent répondre aux dimensions de la qualité décrites dans ce cadre conceptuel. Leur amélioration au sein du système de gestion et de reportage des données

dépend de l'équilibre entre les différentes composantes de ce système à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ceci est décrit dans la figure ci-dessous.

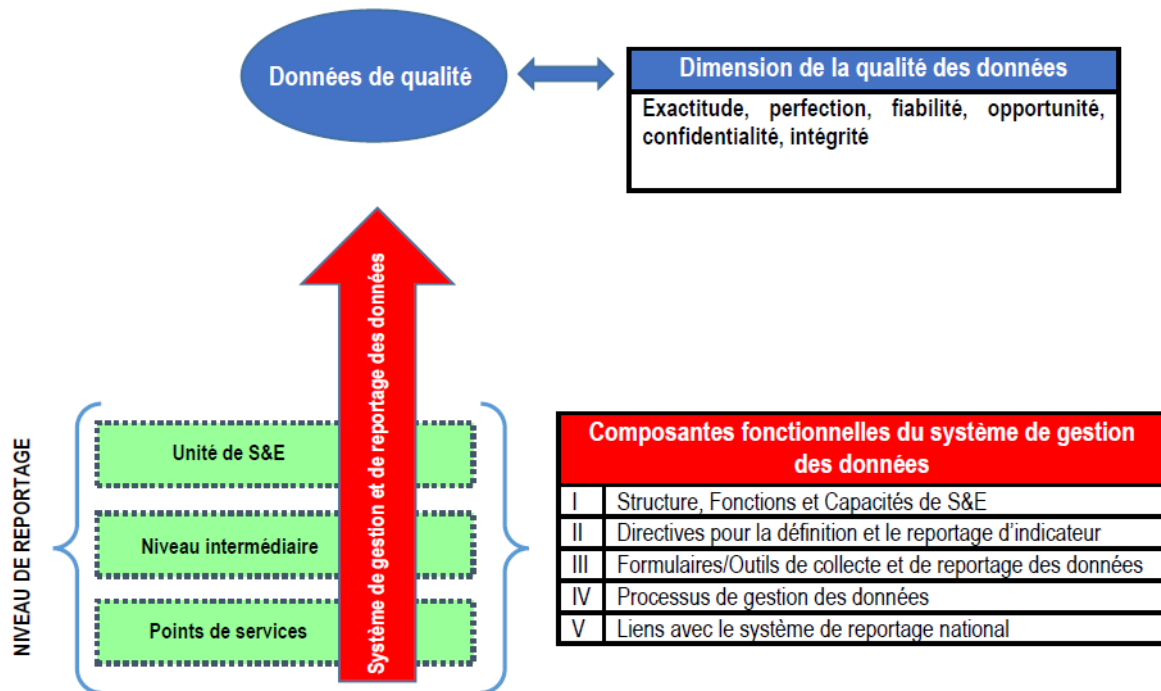


Figure 4: cadre conceptuel RDQA (source : Measure Evaluation)

3.4.3 Sources des données

L'étude s'est basée sur un volet exploitation des documents notamment :

- les bases des données du BCZ, de la DPS.
- les rapports d'activités : rapport SNIS, compte rendu des réunions d'analyse des données, plan et retro-information des supervisions...
- les documents sources des rapports selon le type d'activités (registres de soins curatifs, registres/cahiers de pointage des actes vaccinaux, les fiches des stocks des médicaments, les fiches d'inventaires des Médicaments, les fiches des malades, ...),

3.5 Méthode de collecte des données

Lors de nos visites sur terrain, nous avons procédé à des entrevues avec toutes les personnes impliquées dans la gestion des données à chaque niveau de la pyramide sanitaire, puis à la vérification des données sur base des rapports transmis au niveau supérieur et des outils de collecte des données qui sont les registres, les fiches et autres documents pertinents pour justifier la réalisation des activités.

Un contact préalable a été fait avec tous les responsables avant la décente sur terrain, les structures visitées ont été informées 24 heures avant pour préparer la documentation.

Ce travail de collecte d'informations a été fait conjointement avec les cadres de la DSNIS et l'équipe chargé du Suivi-évaluation de l'ONG IMA World Health. Les interviews et vérifications des données ont pris environ une journée par structure visitée en partant du niveau intermédiaire au niveau périphérique. De brèves séances de restitution ont été faites aux équipes du niveau intermédiaire et opérationnel avec lesquels un plan de redressement a été mise en place. Les rapports de cette visite ont sanctionné la fin de cette évaluation.

3.6 Traitement et analyse des données

Les données ainsi recueillies dans les différents sites à travers les fiches de collecte ont été compilées sur Excel et analysées selon les directives de l'Outil RDQA qui offre également la possibilité d'analyse des indicateurs de qualité et les composantes fonctionnelles du système de gestion des données.

3.7 Indicateurs de Revue

Les indicateurs de performance du système de santé ci-après ont été inclus dans notre étude :

- Nombre des Nouveaux suivis en consultation Curative de la ZS au niveau de CS et de l'HGR
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 11 mois ayant reçu le vaccin anti rougeoleux (VAR)
- Nombre de nouvelles acceptantes des méthodes modernes de Planification Familiale
- Nombre de jours de rupture de stock en médicaments en Amoxicilline.

3.8 Considérations éthiques

Les principes de confidentialités ont été respectés. La décente sur terrain a été effective après obtention de l'accord du Secrétaire Général à la Santé ainsi que du Médecin Inspecteur Provincial de la Santé du Maniema et des Médecins Chefs des Zones de santé ayant fait l'objet de notre étude.

4 RESULTATS

Les résultats de cette étude seront présentés sous forme de tableaux et des figures. Les résultats s'articulent selon deux grands axes : les performances du rapportage des données et l'évaluation du système de gestion des données au niveau des BCZ et des formations sanitaires.

4.1 Performance du rapportage

4.1.1 Au niveau des BCZ

A. Complétude, promptitude et exhaustivité des données dans les rapports des CS

Dans les tableaux ci-dessous, il a été représenté l'état de la complétude, la promptitude des rapports au niveau des BCZ vers la DPS et celles des Centres de Santé et HGR vers les BCZ pour les trois mois de l'étude. Le tableau 2 présente une complétude de 100%, alors que la promptitude et l'exhaustivité de certaines données dans le rapport ont été nulles.

Tableau III: Complétude, promptitude et exhaustivité des données des BCZ vers la DPS

Structures	Rapports consolidés attendus	Rapports disponibles	%	Envoyés dans le délai	%	Rapports complets	%
BCZ OBOKOTE	3	3	100	0	0	0	0
BCZ KALIMA	3	3	100	0	0	0	0
BCZ ALUNGULI	3	3	100	0	0	0	0
Perf globale	9	9	100	0	0	0	0

Le tableau 3 relève qu'en général, la complétude des rapports a été de plus de 95% (Moyenne=98%), toutefois il ressort que la promptitude des rapports présente une moyenne de 56%. L'exhaustivité des données dans les rapports archivés est comprise entre 67% et 89%.

Tableau IV: Complétude, promptitude et exhaustivité des données des FOSA vers les BCZ

Structures	Rapports attendus	Rapports disponibles	%	Envoyés dans le délai	%	Rapports complets	%
BCZ OBOKOTE	36	35	97	27	75	32	89
BCZ KALIMA	60	60	100	34	57	43	72
BCZ ALUNGULI	21	20	95	7	33	14	67
Perf globale	117	115	98	68	58	89	76

B. Exactitude des données au niveau du BCZ

Dans la figure ci-dessous, il est représenté l'exactitude des données au niveau des BCZS. L'exactitude des données a été mesurée en comparant les données recomptés dans les rapports des structures archivés au niveau des BCZ et ceux transmis au niveau de la DPS pour les mois de Juin, Septembre 2013 et Janvier 2014.

Le résultat démontre qu'à ce niveau le nombre des jours de ruptures de stock est l'indicateur ayant posé le plus de problème avec un facteur de vérification de 0%. La moyenne de l'exactitude des données pour le reste des indicateurs est à 100%, il existe des particularités pour les BCZ Alunguli et Kalima où la valeur pour les nouvelles acceptantes de méthodes moderne de planification familiale est à 100%, est respectivement de 78% et 120%.

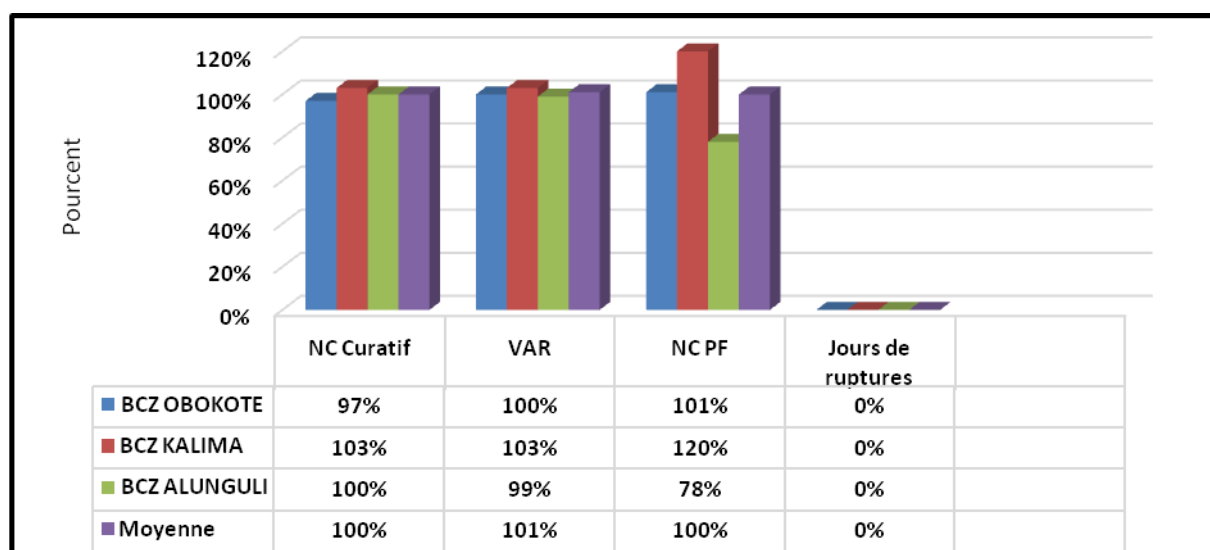


Figure 5: Facteur de vérification des données aux BCZ

4.1.2 Au niveau des Formations Sanitaires (HGR et CS)

A. Disponibilité, actualité et exhaustivité des documents sources des données

La figure ci-dessous nous renseigne sur la disponibilité et l'exhaustivité des documents sources par indicateur revus dans les FOSA visitées :

Il ressort de cette figure que la disponibilité des documents sources des données par indicateur dans les structures a varié entre 67% et 83%. Les structures ci-après ont présenté une faible disponibilité : 33,3% pour HGR OBOKOTE, 50% pour le CS et l'HGR d'ALUNGULI.

La proportion des documents sources disponibles complets varient entre 44% (nombre de jours de ruptures de stock en médicaments et 83%. L'HGR OBOKOTE présente seulement 16,7% des documents sources complets (registre Consultation externe, planification familiale, RUMER ou fiche de stocks incomplets et non à jour, 50% au CS ELIMU, et 67% au CS KAKUTSYA. La plus part des documents sources étaient remplis dans la période du rapportage.

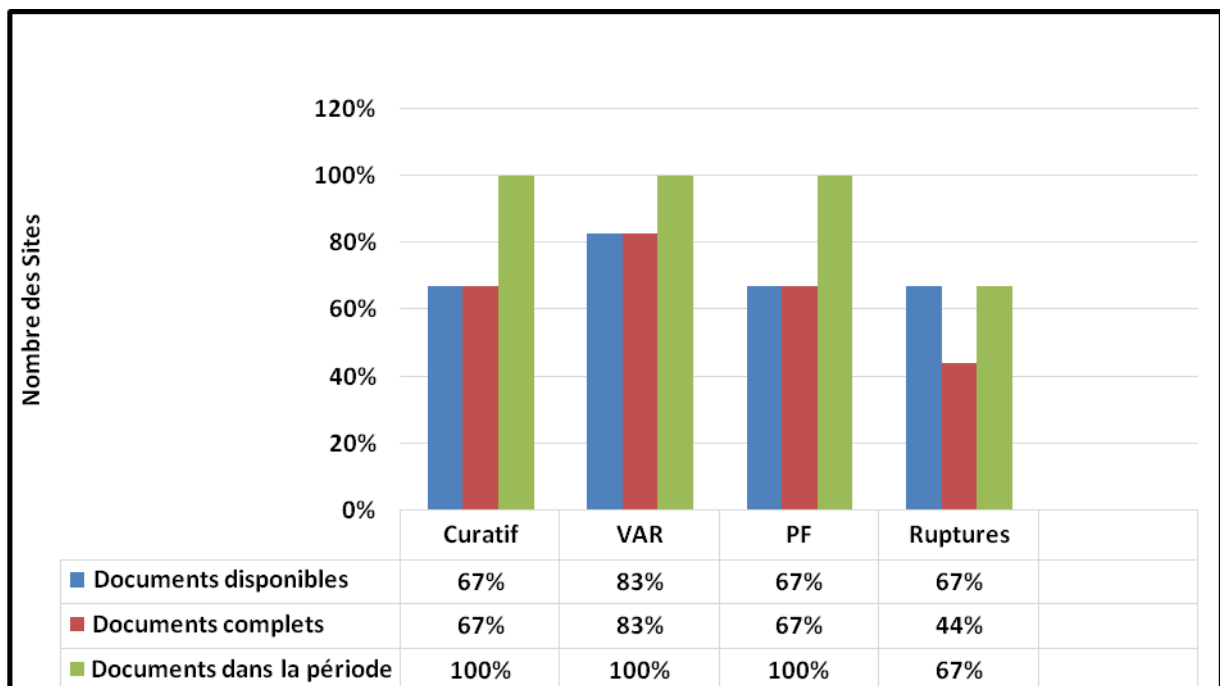


Figure 6: Etat actuel des documents sources au niveau des CS et HGR

B. Exactitude des données au niveau des FOSA

L'exactitude des données au niveau des formations sanitaires a été calculée en comparant les données rapportées par les formations sanitaires visitées et celles recomptées dans les différents outils de collecte des données des indicateurs de revue (registres, fiches, outils de gestion des médicaments).

Il ressort de la figure ci-dessous que tous les indicateurs présentent une moyenne de facteur de vérification qui varie entre 32 à 83%. Le nombre de jours de rupture de stock en Amoxicilline est l'indicateur ayant posé le plus des problèmes dans toutes les formations sanitaires (**Figure 6**).

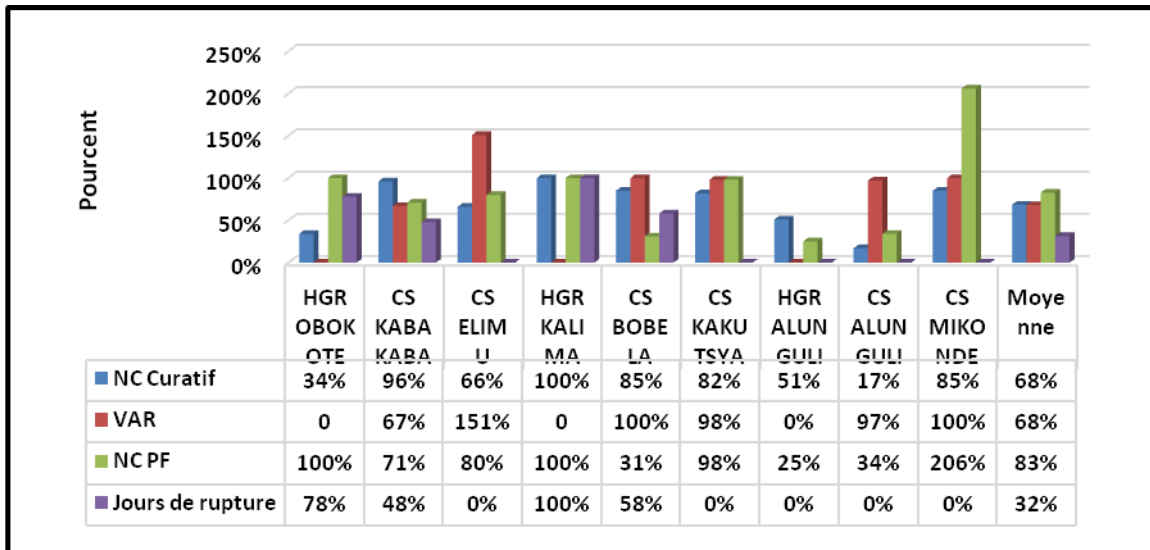


Figure 7: Facteur de vérification des données au niveau des FOSA

La **figure 7** nous renseigne sur la distribution de l'exactitude des données, les indicateurs des activités curatives, de planning familial et de gestion des médicaments ont posé le plus de problème dans plus de 50% des formations sanitaires.

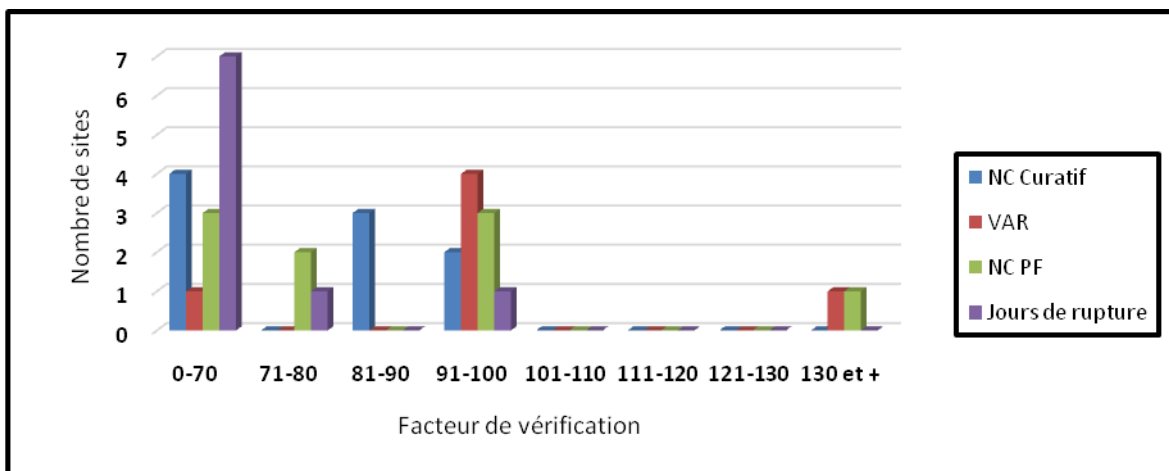


Figure 8: Distribution de l'exactitude des données par indicateurs

4.2 Evaluation du système de gestion des données au niveau des BCZ et des FOSA

4.2.1 Capacités, rôles et responsabilités de suivi-évaluation

Les informations collectées à ce niveau nous ont permis de comprendre le niveau d'organisation et d'utilisation des données pour chaque structure. Il ressort du **tableau V** que 100% des BCZ ont une structure chargée de la révision des chiffres, 100% ont utilisé leurs données pour la réalisation de plans d'action opérationnels. Les responsabilités de gestion des données sont assignées aux superviseurs. Un seul s'occupe de la révision des chiffres dès la réception des rapports venus de la base jusqu'à leur transmission dans tous les BCZ. Par contre au niveau des établissements de soins, la responsabilité d'élaboration de rapport revient soit à l'infirmier titulaire au CS, soit au Directeur de Nursing à l'HGR, 22% des structures dispose au moins d'un prestataire formé.

Tableau V: Organisation et Ressources du SIS

Variables	BCZ n=3	FOSA n=9
	n(%)	n(%)
Disponibilité d'un plan d'action opérationnel	3(100)	0(0)
Désignation officielle des chargés des données	3(100)	3(33)
Formation de tout le personnel impliqué dans le SNIS	3(100)	2(22)
Réalisation de toutes les supervisions	1(33)	0(0)
Utilisation de téléphone mobile pour le rapportage	0(0)	0(0)
Utilisation de calculette	3(100)	3(100)
Utilisation de l'outil informatique	2(67)	
Source d'énergie permanente	3(100)	
Connexion internet permanente	0(0)	
Performance globale	67	26

4.2.2 Définitions de l'indicateur et directives de rapportage

En rapport avec cette composante, il a été constaté qu'aucune structure des Zones de santé visitées ne possède de directives écrites venant du niveau intermédiaire sur le contenu des différents rapports,

le format d'outils à utiliser, également sur le circuit et le délai de rapportage. Le niveau des connaissances de ces directives est montré dans le **tableau VI**.

Tableau VI: Niveau de connaissances des directives de rapportage par les prestataires

Connaissance des directives de rapportage	BCZ		CS et HGR	
	n=15	%	n=47	%
oui totalement	8	53	11	23
oui partiellement	7	47	10	21
Non pas du tout	0	0	26	55

4.2.3 Formulaire et Outils de collecte et de notification des Données

Cette composante est décrite dans le **tableau VII**, il en ressort qu'il se pose un réel problème de disponibilité des manuels de directives de remplissage des différents outils de collecte des données au niveau de la base (aucune formation sanitaire n'en dispose) et au niveau des BCZ, leur utilisation restant très limitée (2 BCZ sur trois ont cet outil mais ne le consulte pas couramment)

Bien qu'il existe des modèles d'outils standards exigés par le niveau central, les résultats montrent également la rupture de stock en outils de collecte et de notification des données dans toutes les structures visitées. Le logiciel GESIS n'est utilisé dans aucun bureau central

Certains supports de collecte des données sont remplis avec des erreurs et d'autres ne sont pas à jour par exemple la fiche des gestions de vaccins/médicaments (33% des BCZ et 44% des FOSA).

Les copies de rapports BCZ, CS et HGR datées et signées ont été disponibles, mais mal archivées (cas du BCZ KALIMA), tandis qu'au niveau des FOSA 33% le font convenablement (cas de la ZS KALIMA), mais la proportion des BCZ qui enregistre les dates de réception et de transmission des rapports est faible.

Tableau VII. Utilisation des Formulaires, Outils de collecte et de notification des données

Variables	BCZ		CS et HGR	
	n=3	%	n=9	%
Utilisation des manuels des instructions de remplissage des outils de collecte des données	2	67	0	0
Disponibilité des outils de collecte des données (fiches, registres) en stock suffisant	1	33	0	0
Utilisation du GESIS pour intégrer toutes les données	0	0		
Outils de collecte des données à jour	1	33	9	100
Outils correctement remplis	1	33	4	44
Copie des rapports correctement archivés	0	0	3	33
Performance globale		28		35

4.2.4 Processus de gestion et contrôle de la qualité des données

Le processus de gestion des données a été suivi à partir de la collecte, le stockage, le partage et le contrôle de la qualité des données. Les performances globales de cette composante sont en rouge, avec des valeurs de 26% au BCZ (**Tableau VIII**) et 38% au niveau des formations sanitaires (**Tableau IX**). Au niveau des BCZ, il n'existe aucun mécanisme de contrôle de qualité des données saisies. Les deux niveaux visités réalisent faiblement ou reçoivent rarement les rétro informations des rapports reçues ou transmis. 33 FOSA ont reçu au moins une lettre de rétro informations des rapports au cours de la période de l'audit.

Nous n'avons retrouvé aucun TDR des supervisions (0% des BCZ), l'auto audit de la qualité des données n'est pas prise en compte (**Tableau VIII**).

Tableau VIII: Evaluation du processus de gestion et contrôle de qualité au niveau du BCZ

Variables	n=3	%
Existence d'un système de contrôle de qualité des données saisies sur ordinateur	0	0
Existence des procédures de sauvegarde des données	0	0
Respect des directives de confidentialités (qualité archivage)	2	67
Tenue régulières des réunions d'analyse des données	3	100
Suivi continu de performance à travers un tableau de bord des indicateurs affiché	1	33
Programme de supervision avec TDR	0	0
Audit de la qualité des données	0	0
Retro information reçues	0	0
Retro information réalisées	1	33
Performance globale		26

Tableau IX: Processus de gestion des données et contrôle de qualité au niveau des CS et HGR

Variables	n=9	%
Utilisation des supports de compilation des données	6	67
Respect des directives de confidentialités des données	5	56
Tenue des réunions d'analyse des données avec le CODESA/CODI	2	28,5
Suivi des indicateurs avec tableau de bord	4	44
Utilisation du registre des erreurs	0	0
Rétro-informations reçues	3	33
Performance globale		38

Concernant le suivi des indicateurs à travers l’affichage de tableau de bord, la figure 6 nous apporte des informations succinctes par indicateur. Toute fois les informations concernant la gestion des médicaments ont fait défaut à tous les niveaux.

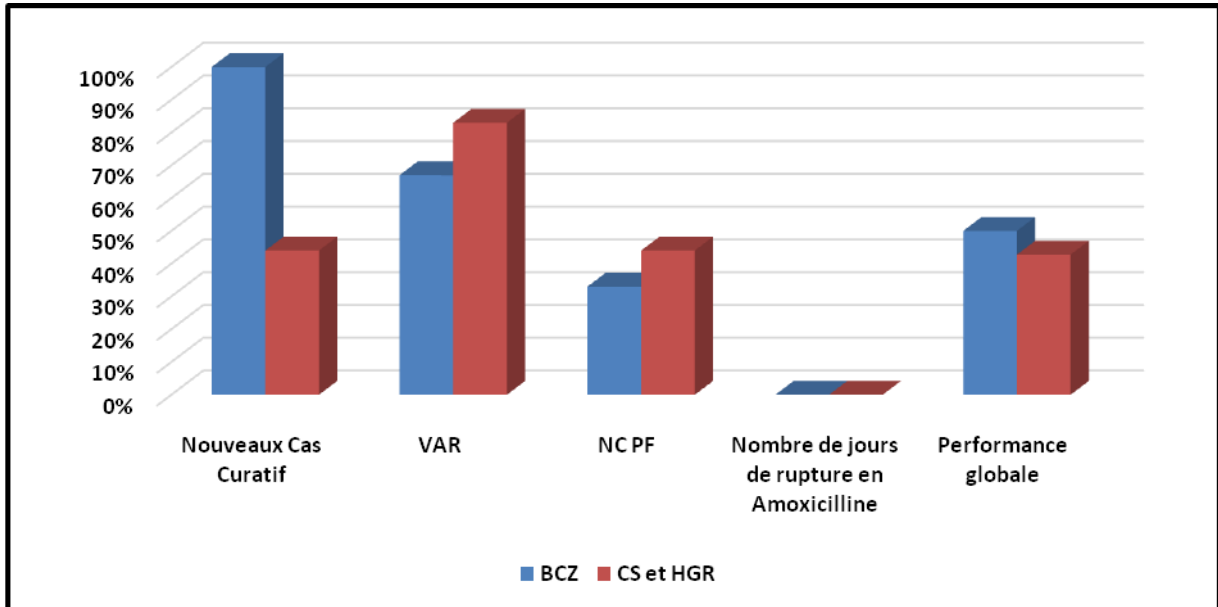


Figure 9: Niveau d’affichage des données par indicateur au niveau des FOSA et BCZ

4.2.5 Liens avec le système national d’information sanitaire

Les BCZ n’utilisent pas les formats nationaux pour la transmission des données, tandis qu’au niveau des structures sanitaires, les formats nationaux sont utilisés pour la collecte et la transmission des données. Certaines données sont enregistrées, compilées sur différents outils et signalés plusieurs fois au niveau de sous-système de déclaration des programmes spécialisés comme le PEV, et le PNSR. La gestion des médicaments au niveau local est assurée à travers plusieurs outils selon la provenance des molécules, situation relevé dans 100% des structures visitées.

Il a été constaté au niveau de la Zone de santé de KALIMA que les données de deux formations sanitaires privées, ne sont pas régulièrement inclus dans les rapports mensuels vérifiés.

5 ANALYSE ET DISCUSSION

5.1 Discussion des principaux résultats

A titre de rappel, l'objectif général de notre étude était d'évaluer la qualité des données de routine au niveau de la Province du Maniema. Notre discussion va porter sur les points suivants :

- Performances du système de rapportage des données au niveau des Bureaux Centraux des Zones de santé et des formations sanitaires (CS et HGR)
- Evaluation du système de gestion des données
- Perspectives pour rendre le Système local performant

5.1.1 Performance du rapportage des données au niveau des BCZ et FOSA

La performance du système de rapportage a été évaluée par le calcul de la complétude, la promptitude, la disponibilité des documents sources, le nombre de rapports complets ainsi que le facteur de vérification des données. Ces derniers nous ont permis de mesurer l'actualité, l'exhaustivité, l'exactitude et la précision des données.

Au vu des résultats présentés dans le **tableau I et II**, la complétude des rapports des BCZ vers la DPS et celles des structures sanitaires au niveau du BCZ est respectivement de 100% et 97%, valeur qui avoisine le seuil admis par le Ministère de la Santé de la RDC. Les évaluations conduites avec l'appui du CDC au Kasai Occidental, avaient également révélé que la complétude des rapports des FOSA vers les BCZ était au-delà de 90% dans presque toutes les Zones de Santé ayant fait l'objet de l'évaluation. Les évaluations similaires réalisées au Burundi ont prouvé que la complétude des rapports ne posait pas du tout de problèmes[10], elle représentait une valeur autour de 95%. Contrairement aux évaluations conduites en RDC par le Programme National de Lutte contre le Paludisme en 2013 qui ont présenté une complétude des rapports inférieure à 80%, situation due à la rupture de stock en formulaires des rapports et aussi à la multiplicité de demandeur des données pour le même indicateur[13].

➤ La Promptitude des rapports

L'actualité des informations a posé des sérieux problèmes pour toutes les structures visitées, tel que l'ont révélé les **tableaux I et II**. Les instructions relatives au délai de rapportage telles que reprises dans l'annexe 4 du Nouveau cadre normatif du SNIS Congolais, rappelle que les rapports des CS et HGR doivent être transmis au plus tard le 7^{ème} jour du mois suivant la fin des activités[20]. Elle est nulle pour les rapports des BCZ à la DPS et à 56% au niveau des établissements des soins. Ceci est une très

faible performance par rapport aux recommandations du Ministère de la Santé qui requiert qu'au moins 80% des rapports doivent être transmis dans le délai. L'absence d'enregistrement des dates de réception des rapports à tous les niveaux et le changement du rythme de rapportage ont contribué à cette faible performance. La plupart des rapports sont transmis au jour des réunions de monitoring qui se tiennent normalement entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour du mois, rendant donc difficile la bonne analyse des données par l'ECZ. Il faut également évoquer la notion de distance qui sépare d'une part les structures sanitaires aux BCZ et d'autre part les BCZ au chef-lieu de la Province. Des BCZ qui sont pour la plupart privés d'une connexion internet permanente et obligés de transmettre le format papier des rapports de façon occasionnelle.

Le rapport annuel du PEV a révélé également une bonne complétude des rapports et une très faible moyenne de promptitude à 29,9% (Rapport PEV RDC 2013). Comparativement au Mali, l'évaluation récente du SLIS avaient mis en évidence une complétude des rapports à 93% et une promptitude à 54%[9].

➤ **Exactitude et exhaustivité des données**

Le calcul du facteur de vérification a permis d'établir le rapport entre les données transmises à chaque niveau et celles disponibles dans les outils de collecte des données. Le facteur de vérification était jugé bon si le rapport entre les valeurs des deux sources n'excédait pas une marge d'erreur de 10%[9]. Au niveau des BCZ, la moyenne a été jugée bonne pour les trois premiers indicateurs tel que démontrée dans la **figure 5**, mais il existe des disparités entre les structures de ce niveau où il a été noté un sur-rapportage et sous-rapportage des données de PF dans deux ZS, écart attribuable d'une part aux erreurs de compilation et de l'autre part au manque des données dans le registre de l'activité.

Selon la **figure 7**, la moyenne de l'exactitude des données est très faible pour tous les indicateurs au niveau des FOSA, entre 32% à 83%. Bien que ces résultats soient très hétérogènes et variant entre les structures et les indicateurs, les sous ou sur notification des données ont été beaucoup plus liées d'une part à l'absence de certains documents, aux données manquantes dans les documents disponibles et de l'autre part à des erreurs d'enregistrement et de compilation des données par des prestataires insuffisamment formés, faiblement outillé et non motivé. Les données en rapport avec le nombre de jours de rupture de stock en Amoxicilline sont plus parlantes.

A la lumière de la **Figure 6**, nous pouvons établir un lien entre les discordances des données constatées au niveau des structures sanitaires, la disponibilité des documents sources des données auditées ainsi que leur exhaustivité. La disponibilité est à 67% pour le Nombre des malades suivis en

consultation curative et la gestion des Médicaments, alors que l'exhaustivité l'est à 67 et 44% pour les mêmes types d'indicateurs. Le cas par exemple de l'HGR OBOKOTE, le CS ALUNGULI dont elle est de 33% et 50% contre un rapport des données recomptés à celles rapportées au niveau supérieur de 34% et 17%. Ceci a constitué un facteur majeur pour justifier certaines incohérences. La disponibilité faible des documents sources est une des conséquences du mauvais archivage des données dans la plupart des FOSA.

Plusieurs études ont également révélé des incohérences des données recueillies par les systèmes d'information sanitaires notamment au Mali[9], au Burkina-Faso, au Cameroun[11] et en Côte d'ivoire à travers les évaluations respectives de leurs systèmes d'information sanitaire réalisées en 2008, à travers le Réseau de Métrologie Sanitaire où les mêmes raisons ont été évoquées pour justifier les écarts. Nos résultats concordent également avec ceux de la dernière évaluation faite au Kasai Occidental dans le cadre du PNLP en 2013 qui a mis en évidence une exactitude des données ne dépassant pas 50% au niveau des BCZ et des structures sanitaires[13].

Au regard de ce résultat, la gestion médicamenteuse a posé le plus de problèmes, avec un facteur de vérification des données à 0% au BCZ et 32% dans les structures des soins. Les raisons des écarts à la base ayant été relevé ci-haut, au niveau de BCZ, il n'existe presque aucune information de cette composante au niveau des bases des données utilisées. Ces bases des données initialement conçues pour la consolidation des données lors des revues au niveau provincial sont considérées comme outils définitifs dans toutes les zones de santé. La composante médicament a été relevé comme l'un des sous-systèmes du SIS à problème lors des états des lieux effectués pendant l'élaboration du PNDS [15].

5.1.2 Evaluation du Système de gestion des données

L'amélioration des résultats de tout système de santé passe par le renforcement du système d'information sanitaire, un des piliers du système de santé. Comme le rappelle Statistique Canada, la réussite du processus de gestion de la qualité exige que les acteurs de tous les niveaux soient soucieux et fiers de la qualité des données. Il n'est pas possible de parvenir à un niveau acceptable de qualité en comptant uniquement sur des décrets administratifs. La qualité passe par la compréhension des besoins jumelée à l'application éclairée des connaissances et des compétences des acteurs de tous les niveaux.

Au vu des résultats précédents, nous confirmons donc que dans les trois zones de santé visitées, la qualité des données pose des problèmes liés à l'actualité des données, l'exhaustivité des documents sources des données, et de l'exactitude des données.

C'est ainsi que nous avons poursuivi notre étude avec cette deuxième partie, qui nous a permis d'identifier les causes profondes de ce problème majeur ainsi que les défis à relever à travers les 5 composantes fonctionnelles du système de gestion des données.

A. Structures de S & E, les fonctions et capacités :

L'atteinte des objectifs respectifs de santé exige également la disponibilité en personnel doté de connaissances, de compétences et de motivation indispensables à l'organisation et à la prestation des services de santé surtout dans le domaine de la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de routine [14].

Les résultats au **tableau IV** ont montré qu'il y a un grand défi à relever sur le plan organisationnel et logistique. On note une insuffisance qualitative et quantitative en personnel chargé de la gestion des données à tous les niveaux, la plupart des prestataires réalisent cette tâche sans être notifié officiellement, et même sans formation requise.

La composante sur les ressources humaines a été également jugé moins satisfaisante dans les évaluations conduites en 2012 au Gabon[8]. Il a été également signalé dans les pays de la région Méditerranée de l'OMS une pénurie de ressources humaines formées dans les domaines de l'épidémiologie et des systèmes d'information sanitaire [7].

Les normes du Ministère de la Santé prévoient l'affectation d'une équipe d'au moins 4 personnes à la gestion des données, mais les constats de terrain ont révélé que la révision des chiffres est assurée par un ou deux personnes ayant à leur charge d'autres activités, cette surcharge de travail pour ces agents faiblement motivés et sans responsabilité claire de la hiérarchie a un grand risque sur le produit.

Selon A. Dumont et al, la motivation et la compétence du personnel influencent directement le processus de collecte et la performance du SIR[26]. Pour le cas précis, l'insuffisance dans la répartition des tâches et le manque de compétences techniques ont joué sur l'actualité, l'exhaustivité et la fiabilité de l'information sanitaire au niveau des formations sanitaires. Ce qui rejoint la situation qui avait prévalu en Ouganda, entre les années 2000 et 2010 où la carence des compétences dans la gestion de données a contribué à la mauvaise qualité des données recueillies : faible promptitude, exhaustivité faible et incohérence des données du bas échelon jusqu'au niveau supérieur[27].

Au Botswana, le même constat a été relevé par LEDIKWE et al, et les auteurs avaient estimé que la solution préalable passerait par un inventaire actualisé du personnel commis dans la gestion des données en vue d'une redistribution des tâches selon les compétences et les besoins[3]. Une autre étude réalisée a également prouvé que le transfert des fonctions telle que la révision des chiffres saisiés des données a été très rentable dans l'amélioration de la qualité des données dans le secteur, par exemple engager des data manager bien formés, valoriser le personnel administratif [28]. Sur le plan de la motivation, au Cameroun, ZAKARIOU N. a prouvé que l'incitation des prestataires à la performance dans le cadre du Financement basé sur la performance a permis d'améliorer le système de suivi-évaluation dans la plus part des districts sanitaires [29].

En dehors de la formation continue pour rationaliser les ressources humaines, une autre approche s'est avérée efficace dans le renforcement des capacités de suivi-évaluation des prestataires. C'est le cas du coaching ou accompagnement technique de proximité qui a permis à plusieurs établissements d'améliorer leurs performances dans le processus de rapportage[30].

L'informatisation du système d'information sanitaire a connu du succès dans plusieurs pays d'Afrique comme le Rwanda, l'Afrique du Sud en particulier avec des systèmes basés sur l'internet. Non seulement ils ont le potentiel permettant l'accès à l'information en temps réel mais ont réduit favorablement le fardeau de l'agrégation des données à tous les niveaux [31]. Selon les résultats de notre étude, la collecte et la transmission des données s'est faite manuellement au niveau de toutes les structures des soins, les systèmes informatiques mis en place au niveau des BCZ étant incomplets, il a existé deux systèmes de gestion des données, l'un sur papier et l'autre électronique. Ce constat est le même dans les autres pays à ressources limitées comme le Mali. Et pourtant lors l'évaluation de la qualité des données au Kenya en 2012, il a été démontré que l'information a été de meilleure qualité dans les structures utilisant le système électronique que dans celles utilisant des formulaires papiers[32].

L'utilisation des données au niveau du BCZ est assez bonne pour certains indicateurs, cependant tous les BCZ n'ont pas élaboré des besoins en médicaments dans leur PAO, quand bien même elles élaborent régulièrement les commandes à partir des rapports de la base. Toutefois à la base, l'absence de micro plan n'a pas permis de les évaluer, mais ceci a été une preuve de la non utilisation des données. La situation similaire a été démontrée au Gabon lors de l'évaluation du SNIS réalisée en 2012 qui a témoigné d'une faible utilisation des données produites par les structures pour les planifications[8].

B. Définitions des indicateurs et directives de rapportage

Depuis la mise en place du nouveau cadre normatif jusqu'à son actualisation, les directives de rapportage et les définitions des indicateurs ont été élaborées et vulgarisées par le niveau central dans les Fascicules A1, A2, A3 et A4. Ce qui est soutenu par une étude menée au sein des Etats membres de l'Union Européenne et au Malawi. Pourtant nos résultats révèlent que la disponibilité de ces textes est quasi nulle dans toutes les structures ayant fait l'objet de notre étude. Partant des résultats au **tableau VI**, le niveau de leurs connaissances par les prestataires, présente des disparités selon les structures, aux BCZ par exemple plus de 50% des prestataires rencontrés les maîtrisent parfaitement, ce qui n'est pas le cas dans les formations sanitaires. Ce déséquilibre du système est lié d'une part à la faible vulgarisation des textes existants et au non alignement de certains programmes spécialisés. Le rythme de reportages BCZ rapporte sur d'autres formats d'outils l'utilisation la faible vulgarisation de celles-ci fait persister la faible complétude influente négativement surtout le processus de collecte, d'analyse, de transmission et d'utilisation de l'information sanitaire.

C. Formulaires, outils de collecte et de notification des données

Les résultats au **tableau VII** révèlent une faible performance globale de la composante Formulaires, Outils et lignes directrices, 28% au niveau des BCZ et 35% dans les FOSA. Le niveau provincial et les BCZ ne sont pas dotés des moyens nécessaires pour assurer la reprographie des outils et la gestion des données, avec pour corollaire la rupture intempestive de stock en outils de collecte et de transmission des données à tous les niveaux.

Cette situation d'incapacité à laquelle les deux structures font face crée un sérieux malaise dans le système qui a justifié d'une part l'utilisation dans certaines structures d'outils de collecte des données non conformes et la difficulté d'avoir une base de données unique tant au niveau intermédiaire qu'au niveau opérationnel.

Au Cameroun par exemple, cette situation d'hétérogénéité des outils de collecte due aux ruptures de stock a été identifiée comme source de la faible traçabilité des données dans la plupart des formations sanitaires []. A côté de ces faiblesses du système, le non utilisation des lignes directrices en matière de collecte des données a joué de façon négative sur le système. Le fait que les structures n'utilisent pas les manuels d'instruction de remplissage des outils a justifié la forte proportion des FOSA dont les prestataires sont exposés à des erreurs répétitives lors du remplissage de certains outils de collecte des données. Par exemple pour les soins curatifs, les colonnes Nouveaux Cas, Nouveaux Patient étaient soumises à des confusions. L'absence des lignes directrices et même les manipulations visibles données dans certaines structures mettent en doute l'intégrité des données.

D. Processus de gestion des données et contrôle de qualité

La gestion des données représente une part importante de l'investissement nécessaire pour renforcer les SIR dans les structures sanitaires à travers une série d'activités qui devront se réaliser. Une des grandes limites de cette étude était le calcul des estimations sur le flux financier pour le renforcement du SNIS dans cette province, néanmoins les données des **tableaux VI, VII et VIII** démontrent de l'incapacité du système à produire les données de qualité. Il existe donc des grands défis matière de contrôle de qualité des données, de suivi des indicateurs, d'analyse des données, de qualité de supervision et de la réalisation de feedback.

Au niveau des BCZ, le GESIS n'étant pas utilisé pour l'encodage des données des FOSA il n'existe aucun mécanisme de contrôle de qualité des données saisies et archivés. Comme dans beaucoup de structures, les données ne sont pas sécurisées et sont exposées d'une part à la perte (pour les formulaires papiers et stockés dans des clés USB) et de l'autre part aux manipulations extérieures et à la violation de confidentialité des données personnelles des patients. Même constat lors d'une étude d'évaluation de la qualité des données au Botswana[3].

Et pourtant il est clair que l'utilisation d'une armoire fermant à clé pour archiver les rapports et les dossiers des malades en version dure et des disques durs de grande capacité protégés par un mot de passe garantissent la confidentialité et l'intégrité des données [23,20].

Les réunions d'analyse des données se sont tenues régulièrement par l'ECZS (100%), contrairement avec les FOSA où les données sont transmises sans analyse. Non seulement le fait que les rapports transmis en retard n'ont pas permis aux ECZ de bien les analyser, il faudra dire que la plus part de ces réunions n'incluent pas l'aspect consolidation et validation des données, par manque des directives précises sur leur organisation et des moyens logistiques.

L'absence ou la faible réalisation des feedback écrits constatés a été également décrite dans une étude réalisée au Kenya par Hahn, Wanjala et Marx M. Les auteurs signalent que celle-ci diminue l'importance qu'accorderaient les agents à la qualité du processus de rapportage. De ce fait, cette étude réalisée dans trois hôpitaux du Kenya a prouvé que les structures ne recevant pas de feedback ont présenté des faibles performances de rapportage[32].

L'absence des procédures écrites pour le contrôle de qualité des données et de réalisations de certaines activités d'appui se joignent à l'insuffisance de ressources humaines, logistiques et financières pour améliorer la qualité des informations.

L'étude réalisée dans les maternités du Sénégal et du Mali par A. Dumont et al. révèlent que les renforcements des capacités et les visites régulières de supervision sur base des outils standardisés ont permis d'améliorer l'exhaustivité, l'exactitude, l'actualité et l'archivage des données. Les taux moyens de complétude et d'exactitude des données ont augmenté du premier au quatrième trimestre de 72 à 90 % et de 79 à 93 % [33].

De l'autre côté, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données, des pays tels que la Mozambique, le Ghana et la Tanzanie ont mis en place des stratégies axées d'une part sur la réalisation régulière des évaluations de la qualité des données et de l'autre part sur l'intégration des approches des technologies de l'information et de la communication [34].

E. Liens avec le Système National

Les informations de cette composante démontrent la faiblesse dans l'intégration de tous les sous-systèmes dans la production de l'information sanitaire. Et même la faible informatisation du système qui a créé un double fardeau dans la gestion des données et entretient une sorte d'inconfort dans le système. Des cas similaires rencontrés au Botswana ont joué sur l'exhaustivité des données de certains programmes spécialisés [3]. Les prestataires sont donc exposés à de pressions permanentes les poussant à transmettre certaines données sans les analyser. La faible intégration de certaines FOSA au SNIS a justifié des écarts des données curatives dans la Zone de santé de KALIMA.

5.2 Perspectives

Les Résultats de cette étude nous ont enfin permis de mettre en évidence les points forts, les faiblesses ainsi que les opportunités pour rendre le système d'information sanitaire performant dans les Zones de santé visitées.

La faible qualité des données se justifie selon que les moyens et la volonté n'ont pas suivi pour accompagner la mise en œuvre du cadre normatif dans cette province. Il y a de quoi espérer avec les stratégies mises en place par le niveau central à travers le **cadre normatif révisé** avec recommandation d'utiliser des outils intégrateurs pour la collecte des données à la base et le DHIS2 pour l'agrégation des données et la production des rapports sur le web, ce qui rejoint nos attentes. Le succès dépendra bien sûr, de la disponibilité dans toutes les Zones de santé des outils de collecte et de transmission des données, d'une source d'énergie permanente, du matériel informatique adéquat, l'accès internet à haut débit.

Des efforts doivent converger au niveau des structures productrices des données qui sont les CS et les HGR car les points d'entrée de données ont d'énormes conséquences sur la qualité des données de l'ensemble du système. Si la qualité des données est entravée dès le début, il ne peut pas être restauré plus tard. Il y a lieu d'entrevoir également le **renforcement du SNIS au niveau de la communauté**, à l'exemple de certains pays africains comme le Mali.

Un accent particulier sur la disponibilité d'un **plan de suivi-évaluation unique** incluant nécessairement les activités liées à l'amélioration de la qualité, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données. Voilà encore la nécessité d'utilisation d'un **système intégré de gestion et contrôle qualité des données** mettant fin au système parallèles imposés par les programmes verticaux et certains partenaires techniques et financiers. Le système de supervision et d'analyse des données devra subir des modifications d'une part par l'orientation des termes de référence sur base de déficiences constatées, et de l'autre part les réunions d'analyse doivent nécessairement inclure les aspects de consolidation et validation des données venant de la base.

Il y a lieu de se rallier à la décision du Ministère de la Santé de promouvoir l'utilisation d'un outil unique et intégré pour la réalisation des audits de la qualité des données. Un seul outil aide à s'assurer que des normes sont harmonisées et permet l'exécution commune entre les partenaires et les programmes Nationaux.

Dans le cadre de la capacitation des acteurs de terrain, il y a nécessité que le niveau intermédiaire soit régulièrement accompagné par le niveau central sous forme de coaching, de même pour le niveau opérationnel par la DPS et l'équipe cadre des ZS vers les formations sanitaires.

Le système d'information sanitaire mérite également une attention particulière sur le plan des ressources humaines et de la logistique par l'affectation du personnel qualifié là où les besoins se font sentir, le glissement des tâches, la formation de tous les acteurs impliqués puis la dotation des Zones de santé en outil informatique adéquat, et l'approvisionnement réguliers des structures en outils harmonisés de collecte et de transmission des données.

A la longue, nous proposons l'intégration progressive du dossier médical électronique au niveau des Hôpitaux, en commençant par les grands hôpitaux.

5.3 Limites de l'étude

Notre étude a certainement eu des limites dans sa mise en œuvre :

La grande contrainte que nous avons rencontrée a été plus liée aux temps et aux ressources nécessaires pouvant nous permettre de mener à bon port cette étude. Ceci a joué sensiblement sur la

taille de notre échantillon limité à un nombre très réduit des Zones de santé et des structures participantes à cette évaluation. Qu'à cela ne tiennent, même si les résultats ne sont pas extrapolables sur toute l'étendue de la province ou du pays, ils sont pertinents dans la mesure où ils reflètent la situation réelle du système d'information sanitaire des zones similaires.

La seconde limite est en lien avec l'outil que nous avons utilisé pour mener cette évaluation, le RDQA n'a pas permis certes de mesurer le flux financier en matière d'investissement dans le SIS. D'où la proposition d'orienter des études prochaines sur cet aspect apparemment obstrué dans ce travail.

CONCLUSION

En définitive, les résultats de cette analyse ont confirmé que plusieurs aspects de différentes réformes subies jusque-là par le système d'information sanitaire de la RDC depuis l'intégration du nouveau Cadre normatif avec l'utilisation du GESIS, n'ont pas encore été appliqués ou intégrés dans la province du Maniema et particulièrement dans les Zones de santé ayant fait l'objet de notre étude.

En dehors de la bonne complétude des rapports, les données auditées dans ces trois zones de santé ne répondent pas favorablement aux autres dimensions de la qualité. Elles présentent les problèmes ci-après : promptitude faible, discordance des données, faible exhaustivité, manque de fiabilité, d'intégrité et de confidentialité.

L'évaluation du système de gestion des données nous a permis d'identifier les facteurs ayant joué surtout négativement sur la qualité des données. Les problèmes liés aux ressources humaines, à la logistique, et à la mise en œuvre du processus de collecte, d'utilisation et de diffusion de l'information ont été mis en exergue. A côté de celles-ci la faible vulgarisation des textes ou des lignes directrices existantes a été identifiée comme source de certaines mauvaises pratiques au sein du système. La faible informatisation du système au niveau des BCZ ainsi que le mauvais système d'archivage ont limité également l'accès à l'information.

A l'heure actuelle, vu ce qui précède, le Ministère de la Santé de la RDC et les partenaires d'appui devront considérer certains aspects de nos suggestions qui rejoignent les nouvelles directives mises en place au niveau central dans l'optique de promouvoir la qualité de l'information sanitaire.

Tableau X: Plan de correction

N°	Faiblesses Identifiées	Actions correctrices	Responsable
1	Insuffisance des ressources humaines	Actualiser la description des taches du personnel selon le profil et les besoins	DPS/ECZ
2	Personnel insuffisamment formé à tous les niveaux	Elaborer un plan annuel de formation Organiser la formation étagée des prestataires en gestion SIS	DPS DPS/ECZ
3	Faible informatisation du SIS	Dotation des BCZ et HGR en outils informatiques Assurer une connexion permanente Internet au niveau des BCZ et HGR Assurer une source sure d'énergie permanente	Etat/PTF
4	Faible connaissances de la définition des indicateurs, des textes et directives de rapportage des données	Vulgarisation des normes et directives sur le rapportage	DPS/ECZ
5	Insuffisance des outils de collecte et de transmission des données	Allocation aux structures d'un budget annuel de fonctionnement pour la reprographie des outils selon les besoins Approvisionnement régulier en outils de collecte des données	Gouvernement DPS
6	Mauvaise tenue des outils de collecte des données (registre de consultations curatives et CPN, registres des médicaments et fiches de stock,...)	Suivi du remplissage des outils Promotion de l'utilisation de manuels d'instructions de remplissage des registres/fiches Tenue correcte et journalière des outils	ECZ/FOSA
7	Faible accès à l'information sanitaire	Encoder les données des CS et HGR dans le nouveau logiciel DHIS2	ECZ
8	Archivage de données inadéquates au BCZ et dans les FOSA	Utilisation des supports appropriés pour le stockage des données électroniques (disque dure externe)	ECZ

		Utilisation des échéanciers et armoires à fermer à clé pour archivage des rapports, les dossiers des malades	BCZ/FOSA
9	Faible analyse des données à la base	Elaboration systématique des feedback des rapports de CS/HGR ou des BCZ Tenue régulière de réunions mensuelles d'analyse des données à chaque niveau avant leur transmission à l'échelon supérieur Organisation des ateliers de nettoyage, et de validation des données	ECZ, DPS CODESA/CODI/ECZ
10	Insuffisance qualitative et quantitative des visites de supervision	Elaboration d'un plan de supervision avec des termes de référence spécifique pour chaque structure à visiter (approche intégrée des supervisions) Planifier et exécuter des missions trimestrielles de contrôle audit de la qualité des données (auto audit, audit formel du niveau supérieur vers la base)	ECZ/DPS
11	Existence de plusieurs systèmes de suivi-évaluation	Promotion et utilisation des outils de collecte et de transmission des données harmonisés Promotion de l'utilisation d'un seul outil intégrateur des données accessibles par le web Intégration des FOSA privées dans le SNIS	DPS/ECZ/FOSA

Références bibliographiques

1. DE SANTÉ RDS. COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE. 2010 [cited 2014 Nov 25]; Availablefrom: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1729/1/afr_rc60_7_fr%5B1%5D.pdf
2. D'Altilia, de Lamalle J-P, De Caluwé P, Greindl I, Le Charlier F, Wodon A. Système d'Information Sanitaire. 2eme édition. Harmattan; Paris, 2005
3. Ledikwe JH, Grignon J, Lebelonyane R, Ludick S, Matshediso E, Sento BW, et al. Improving the quality of health information: a qualitative assessment of data management and reportingsystems in Botswana. Health Res Policy Syst. 2014;12(1):7.
4. ME_Part2HSS_Toolkit_fr.pdf [Internet]. [cited 2014 Nov 25]. Availablefrom: http://www.theglobalfund.org/documents/monitoring_evaluation/ME_Part2HSS_Toolkit_fr/
5. Du Secrétariat R. Renforcement des systèmes d'information sanitaire. [cited 2014 Nov 25]; Availablefrom: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_22-fr.pdf
6. OMS A. Interventions Prioritaires Pour Renforcer Les Systèmes Nationaux D'information Sanitaire [Internet]. Brazzaville: Bureau régionale de l'Afrique; Report No.: AFR/RC54/12 Rév.1. Availablefrom: <http://www.afro.who.int/fr/cinquante-quatrieme-session.html>
7. OMS. Renforcement des systemes de sante dans les pays de la Region de la Mediterranee orientale: defis, priorites et options pour l'action future - See more at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/123135#sthash.POQiNyBM.dpuf> [Internet]. OMS RegionalCommittee for the EasternMediterranean; 2012. Report No.: EM/RC59/Tech.Disc.1 Provisional agenda item 3. Availablefrom: EM/RC59/Tech.Disc.1 Provisional agenda item 3
8. Ministère de la Santé Publique. Rapport d'évaluation du Système d'Information Sanitaire au Gabon. Gabon; 2012.
9. Ministère de la Santé Publique. Evaluation des niveaux Centre de Santé de référence, Centre de santé communautaire du Système local d'Information Sanitaire du Mali à l'aide de l'outil PRISM. Mali: Measure Evaluation and al; 2013 Juin.
10. Ministère de la Santé Publique. Rapport d'évaluation du Système d'Information Sanitaire du Burundi. 2009.
11. Ministère de la Santé Publique. Rapport d'évaluation du Système d'information sanitaire du Cameroun à l'aide de l'outil HMN. Cameroun; 2008.
12. Zinnen V. Documentation des résultats de la mise en oeuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé. Etude des cas de la RDC [Internet]. Kinshasa RDC: Université Catholique de Louvain; 2012 Février. Availablefrom: http://www.grap-pa.be/attachments/article/69/201202_capitalisationdp_rdc3.pdf

13. Ministère de la Santé Publique. Evaluation du Système de collecte des données de routine sur le paludisme dans les provinces du KasaiOccidenta, oriental, du Katanga et du Sud-Kivu. PNLP; 2013 Avril.
14. Guide De Suivi Et D'évaluation Lutte Contre Le Vih, La Tuberculose, Le Paludisme Et Renforcement Des Systèmes De Santé Et Des Systèmes Communautaires. 4ème édition. 2011. Availablefrom: http://www.theglobalfund.org/documents/monitoring_evaluation/ME_Part2HSS_Toolkit_fr/
15. Ministère de la Santé Publique. Plan National de Développement du Système de Santé de la République Démocratique du Congo 2011-2015. Kinshasa RDC: Ministère de la Santé; 2010.
16. Rapport synthèse de la mission d'évaluation de la qualité des données de vaccination (Projet CDC) dans le Kasai occidental Novembre et Décembre 2012. RDC: Programme Elargie de Vaccination; 2012 Décembre.
17. Mapatano MA, Piripiri L. Quelques erreurs courantes d'analyse d'un système d'information sanitaire (RD Congo). Santé Publique. 2005;17(4):551–8.
18. Ministère de la Santé Publique. Stratégie de Renforcement de Système de Santé RDC. Deuxième édition. Kinshasa: Secrétariat Général à la Santé; 2010.
19. OMS Comité régional de l'Afrique, 59. Cadre de mise en œuvre de la déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine : rapport du Directeur régional - See more at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/2070#sthash.dw64rKij.dpuf> [Internet]. OMS/Bureau régional de l'Afrique; 2011. Availablefrom: <http://www.who.int/iris/handle/10665/2070>
20. Ministère de la Santé. Cadre normatif révisé du Système National d'Information Sanitaire révisé. Kinshasa RDC;
21. Stat CANADA 2. Politique visant à informer les utilisateurs sur la qualité des données et la méthodologie.docx.
22. Stat CANADA 1Évaluation de la qualité des données.docx.
23. MEASURE EVALUATION. Outil d'évaluation de la qualité des données: Lignes directrices pour la mise en oeuvre [Internet]. 2008. Availablefrom: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms0829>
24. Dumont A, Gueye M, Sow A, Diop I, Konate MK, Dambé P, et al. Utilisation des données recueillies en routine pour évaluer l'activité des maternités au Mali et au Sénégal (essai QUARITE). RevDÉpidémiologie Santé Publique. 2012 Dec;60(6):489–96.
25. Kiberu VM, Matovu JK, Makumbi F, Kyozi C, Mukooyo E, Wanyenze RK. Strengthening district-basedhealthreportingthrough the district health management information

- software system: the Ugandan experience. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014 May 13;14:40.
26. Callaghan M, N Ford, Schneider H. Une revue systématique de délégation des tâches pour le traitement et soins du VIH en Afrique. , 8 : . 8.
 27. Zakariaou Njournemi, Altine Fadimatou. Financement basé sur la performance pour le suivi-évaluation du système de santé au Cameroun. *Eval J [Internet]*. 2013; Available from: <http://www.aejonline.org/index.php/aej/article/viewFile/22/55>
 28. Ledikwe JH, Reason LL, Burnett SM, Busang L, Bodika S, Lebelonyane R, Ludick S, Matshediso E, Mawandia S, Mmelesi M, Sento B, Semo BW. L'établissement d'une main d'oeuvre de l'information de santé: l'innovation pour revenu faible et intermédiaire pays. *Hum Resourc Santé*. 2013;
 29. Nash D, Eloul B, Rabkin M, Tun M, Saito S, Becker M, Nuwagaba Biribonwoha. Stratégies pour les systèmes de suivi et d'évaluation plus efficaces dans programmation échelle jusqu'à VIH dans les milieux aux ressources limitées: implications pour les systèmes de santé renforcés. *J Acquir Immune Defic Syndr*. :52.
 30. Hahn D, Wanjala P, Marx M. Where is information quality lost at clinical level? A mixed-method study on information systems and data quality in three urban Kenyan ANC clinics. *Glob Health Action [Internet]*. 2013 Aug 29 [cited 2014 Nov 11];6(0). Available from: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/21424>
 31. Outil d'évaluation qualité des données.pdf.
 32. A. Dumont a,b,* , M. Gueye c, A. Sow d, I. Diop d, M.K. Konate c, P. Dambé a,, M. Abrahamowicz e, P. Fournier f. Using routine information system data to assess maternal and perinatal care services in Mali and Senegal. *Révue Epidémiologie Santé Publique*. ((2012) 489–496).
 33. Mutale W, Chintu N, Amoroso C, Awoonor-Williams K, Phillips J, Baynes C, et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: implementation strategies from the African Health Initiative. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(Suppl 2):S9.

Annexes**1. QUESTIONNAIRE DU BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE**

Numéro du questionnaire.....

IDENTIFICATION			
Province		Zone de Santé	
Urbaine/rurale		Code de la ZS	
Population totale ZS		Population couverte	
Nom Evalueur		Nom personnes interviewées	
Date de revue/...../2014	Fonction de la personne interviewée	
Période de reportage			
Nombre d'agents		Sous contrat de performance	1. Oui 2. Non

Heure de début..... Heure de fin.....

Nom et Signature des évalués

Nom et Signature de l'évaluateur

Composantes du système de S&E	Codes réponse:		Commentaires	
	Oui - complètement En partie seulement du tout	Non - pas		
Partie 1 : Vérification des données				
	A. RECOMPTAGE DES RESULTATS	Ind.1	Ind.2	
1.	Ré-agrégez la valeur de l'indicateur des rapports reçus de tous les points de prestation de service. Quel est le nombre ré-agrégé ? [A]			
2.	Quel est la valeur de l'indicateur soumis par l'unité au prochain niveau dans le rapport périodique pour la période choisie? [B]			
3.	Calculez le rapport de recomptés aux nombres rapportés. [A/B]			
4.	Quelles sont les raisons de l'anomalie (s'il y en a) observée (c.-à-d., des erreurs de saisie de données, des erreurs arithmétiques, des documents de source absents, autre) ?			
B. PERFORMANCE DU RAPPORTAGE				
6.	Combien de rapports devraient être de tous les sites de prestation de service ? [A]			
7.	Combien de rapports y a-t-il ? [B]			

8	Calculez le % des Rapports Disponibles [B/A]			
9	Vérifiez les dates sur les rapports reçus. Combien de rapports ont été reçus à temps ? (c.-à-d., reçu à la date due). [C]			
10	Calculez % des rapports reçu à TEMPS [C/A]			
11	Combien de rapports étaient complets ? (c.-à-d. Complet veut dire que le rapport contient toutes les données exigées d'indicateur *). [D]			
12	Calculez % des rapports Complètes [D/A]			
Partie 2 : Evaluation du Système				
I - Capacités, rôles et responsabilités de S&É				
1	Existe-t-il un PAO de la ZS pour l'année en cours qui intègre les activités de programmes			
2	La ZS dispose-t-elle d'une carte/ croquis de son rayon d'action (vérifier si c'est affiché)			
3	La population totale, les populations cibles et le système d'actualisation sont-ils connus ?			
4	L'équipe du BCZS connaît-elle les besoins en médicaments, vaccins et autres intrants (PAO)			
5	Il existe un personnel désigné responsable de la révision des chiffres cumulés avant leur soumission au niveau suivant			
6	La responsabilité d'enregistrer les prestations de services sur les documents sources est clairement assignée au personnel approprié.			
7	Tout le personnel approprié a reçu la formation sur les procédés et outils de la gestion des données.			
8	Existe-t-il dans le cahier de supervision du BCZS la rétro-information des dernières supervisions du niveau supérieur prenant en compte les activités de programmes spécialisés?			
9	L'équipe a-t-elle appliqué les recommandations de la dernière supervision ?			
10	Toutes les supervisions des CS planifiées sont-elles été planifiées et réalisées ?			
II- Définitions de l'indicateur et directives de reportage				
<i>L'Unité de S&É a fourni des directives écrites à chacun des niveaux inférieurs sur ...</i>				
11	... ce quoi ils doivent inclure dans les rapports.			
12	... comment (ex: dans quel format spécifique) les rapports sont soumis.			
13	... à qui les rapports devraient-ils être soumis.			
14	... Quand les rapports doivent-ils être soumis?			
III- Formulaire/Outils de collecte de données et de reportage				
15	Des instructions claires ont été données par l'Unité de S&É sur la manière de remplir les formulaires/Outils de collecte des données			
16	Les outils identifiés par l'unité de S&É sont-ils disponibles et en stock suffisant au niveau du			

	BCZS			
17	Les documents de source et les supports /outils de collecte de données indiqués par l'unité de S&E sont correctement remplis par le BCZS			
18	Tous les documents sources et formulaires de communication relatifs à la mesure de(s) l'indicateur(s) sont disponibles pour les besoins de la vérification.			
19	Les données collectées sur le document de source ont la précision suffisante pour mesurer l'indicateur(s) (c.-à-d., des données appropriées sont collectées par sexe, âge, etc. si l'indicateur spécifie la désagrégation par ces caractéristiques).			
20	Est-ce que tous les documents de gestion des médicaments, vaccins et autres intrants sont à jour?			
21	Le BCZS enregistre-t-il le numéro de lot, la date d'expiration et ou l'état de la PCV pour les vaccins?			
22	Les copies de tous les rapports (BCZ, CS et HGR) et fiches de la période évaluée sont-ils correctement archivés, datés et signés?			
23	Avez-vous transmis dans le délai les rapports ? (vérifier la date d'accusé de réception sur le rapport ou dans le cahier de transmission)			
IV. Processus de gestion des données et contrôle de qualité				
24	Le Feedback est systématiquement fourni à tous les points de service sur la qualité d'envoyer les données.			
25	Si c'est applicable, il y a des contrôles de qualité en place pour que des données des supports sur papier sont saisies dans un ordinateur (par exemple, double entrée, vérification d'entrée après la saisie des données, etc..).			
26	Si c'est applicable, il y a un procédé de sauvegarde pour la saisie ou le traitement de données sur l'ordinateur.			
27	Si oui, la dernière date de sauvegarde est appropriée donne la fréquence de la mise à jour du système automatisé.			
28	Des données personnelles et pertinentes sont maintenues selon les directives nationales ou internationales de confidentialité.			
29	Le système d'enregistrement et de reportage évite le double comptage des personnes dans et à travers les points de prestation de service (par exemple, une personne recevant le même service deux fois dans une période de report, ou une personne enregistrée en tant que réceptrice du même service dans deux endroits différents, etc..).			
30	Le système de rapportage permet l'identification			

	et la récupération des cas de résistance dans la communauté (vérifier la cartographie des cas de résistance)			
31	Le système de rapportage permet de retrouver, les perdue du vue, récupérer et ou de personne décédées.			
32	Il y a une procédure écrite à l'adresse des rapports en retard, inachevés, imprécis et absents ; y compris le suivi avec le point de service sur des questions de qualité de données.			
33	Si des anomalies de données ont été découvertes dans les rapports des points de service, les niveaux intermédiaires d'agrégation ont documenté comment ces contradictions ont été résolues.			
34	Le BCZS tient-il ses réunions mensuelles de monitoring ayant intégré les activités des programmes spécialisés avec les IT et les CODESA?(vérifier les comptes rendus et listes de présence)			
35	Existe-t-il un système de suivi de performance des CS/HGR au niveau du BCZS ? (vérifier le tableau de bord, catégorisation et graphiques affichés)			
36	Existe-t-il la liste de classification des sites prioritaires de la surveillance au niveau de la zone de santé ?			
IV. Liens avec le Système National d'Information Sanitaire				
37	Si c'est applicable, les données sont rapportées par un seul canal du système de report national.			
38	Si disponibles, les formes/outils nationaux appropriés sont utilisés pour la collecte de données et le reportage.			
39	Le système d'enregistrement collecte des informations concernant où le service est fourni (c.-à-d. région, district, sous-district, etc...)			
40	si oui, des noms de lieux sont enregistrés utilisant un nom standardisé par le programme.			

2. QUESTIONNAIRE DU CENTRE DE SANTE/ HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

Numéro du questionnaire.....

IDENTIFICATION					
Province		Zone de Santé		Nom du CS	
Population totale Province		Population totale ZS		Population Totale AS	
Evaluateur		Nom de la personne interviewé		Appartenance	
Date de revue/...../2014	Fonction de la personne interviewée		(Gestionnaire)	
Période de reportage vérifié/...../ 2013/...../2013			Code de la structure	
Nombre d'agents		Payés/Etat		Prime de performance	
Appui Global	1. Oui 2. Non	Si oui, Nom de l'intervenant			

Heure de début..... Heure de fin.....

Nom et Signature des évalués

Nom et Signature de l'évaluateur

Composantes du système de S&É	Codes réponse:		Commentaires	
	Oui - complètement	En partie seulement		
Partie 1 : Vérification des données				
	A. REVUE DE LA DOCUMENTATION	Ind.1	Ind.2	
1.	Passez en revue les documents source disponibles pour la période de reportage vérifiée. Avez-vous trouvé qu'il y a des documents source qui manque ?			
	Si oui, déterminez comment ceci pourrait avoir affecté des nombres rapportés.			
2	Est-ce que tous les documents source disponibles sont complets ?			
	Si non, déterminez comment ceci pourrait avoir affecté des nombres rapportés.			
	Passez en revue les dates sur les documents source. Toutes les dates font elles partie de la période d'envoi ?			

3	Si non, déterminez comment ceci pourrait avoir affecté des nombres rapportés.			
	Est-ce que tous les documents source disponibles sont complets ?			
B. RECOMPTAGE DES RESULTATS RAPPORTES				
4	Recomptez le nombre de personnes, de cas ou d'événements enregistrés pendant la période d'envoi en passant en revue les documents de source. [A]			
5	Copiez le nombre de personnes, de cas ou d'événements rapportés par le site pendant la période d'envoi du compte rendu du site [B]			
6	Calculez le rapport de recomptés aux nombres rapportés. [A/B]			
7	Quelles sont les raisons de l'anomalie (s'il y en a) observée (c.-à-d., des erreurs de saisie de données, des erreurs arithmétiques, des documents de source absents, autre) ?			
C - RESULTATS RAPPORTES PAR VERIFICATION AVEC D'AUTRES SOURCES DE DONNEES				
8	Liste des documents utilisée pour performer des vérifications ou recoupement			
9	Décrivez les vérifications (ou recoupement) performées ?			
10	Quelles sont les raisons de l'anomalie (s'il y en a) observée ?			
Partie 2 : Vérification du Système				
I - Capacités, rôles et responsabilités de S&É				
1	Existe-t-il un micro-plan de l'AS pour l'année en cours qui intègre les activités de programmes (vérifier • Problèmes prioritaires • Objectifs de couverture et de processus • Stratégies, activités et cible par stratégie)			
2	L'AS dispose-t-elle d'une carte/ croquis de son rayon d'action comprenant : limites de l'AS, la localisation des CS et PS, population par village, population d'accès difficile (vérifier si c'est affiché)			
3	La population totale, les populations cibles et le système d'actualisation sont-ils connus ?			
4	Les médicaments, vaccins, kit de prélèvements et les autres intrants sont-ils commandés au même moment? (vérifier et analyser le cahier de réquisition, le bon de commande, le bon de livraison, le cahier de réquisition et les fiches individuelles de gestion de stock)			
5	Comment la FOSA (CS/HGR) gère-t-elle les médicaments, vaccins, kit de prélèvement et autres intrants? (vérifier l'existence des fiches de stocks, et les fiches ou cahier d'inventaire à jour pour la période évaluée)			
7	Existe-t-il un système de gestion et d'élimination des déchets dans la formation sanitaire?			

	(vérifier l'utilisation des réceptacles, poubelles, élimination par enfouissement et incinération			
8	Tout le personnel approprié a reçu la formation sur les procédés et outils de la gestion des données.			
9	Il existe un personnel désigné responsable de la révision des chiffres cumulés avant leur transmission au niveau suivant (ex: aux BCZ, à la DPS, à l'Unité centrale de S&E).			
10	La responsabilité d'enregistrer les prestations de services sur les documents sources est clairement assignée au personnel approprié.			
11	Existe-t-il dans le cahier de supervision du CS la rétro-information des dernières supervisions de l'ECZ prenant en compte l'activité concernée?			
12	Toutes les supervisions de RECO planifiées ont-elles été réalisées ? (vérifier les rapports et le thème)			
II. Définition de l'indicateur				
L'Unité de S&E a fourni des directives écrites à chacun des niveaux inférieurs sur ...				
13	ce qu'ils doivent inclure dans les rapports.			
14	comment (ex: dans quel format spécifique) les rapports sont soumis.			
15	à qui les rapports devraient-ils être soumis.			
16	Quand les rapports doivent-ils être soumis?			
III. Formulaire/outils de collecte et de reportage des données				
17	Des instructions claires ont été données par l'Unité de S&E sur la manière de remplir les formulaires/Outils de collecte des données et d'information.			
18	Les outils identifiés par l'unité de S&E sont-ils disponibles et en stock suffisant au niveau de la formation sanitaire			
19	Les documents de source et les supports /outils de collecte de données indiqués par l'unité de S&E sont correctement remplis par le point de prestation de service.			
20	Tous les documents sources et formulaires de communication relatifs à la mesure de(s) l'indicateur(s) sont disponibles pour les besoins de la vérification (y compris les dates de sortie des rapports dans le cas d'un système informatisé).			
21	Les données collectées sur le document de source ont la précision suffisante pour mesurer l'indicateur(s) (c.-à-d., des données appropriées sont collectées par sexe, âge, etc. si l'indicateur spécifie la désagrégation par ces caractéristiques).			
22	Est-ce que tous les documents de gestion des médicaments, vaccins et autres intrants sont à			

	jour? (spécifier pour chaque document)			
23	Le CS enregistre-t-il le numéro de lot, la date d'expiration et ou l'état de la PCV pour les vaccins?			
24	Les copies de tous les rapports, fiches et carte de la période évaluée sont-ils correctement archivés, datés et signés?			
25	Avez-vous transmis dans le délai les rapports?(vérifier la date d'accusé de réception sur le rapport ou dans le cahier de transmission)			
IV - Processus de gestion des données et contrôles de qualité des données				
26	Si c'est applicable, il y a des contrôles de qualité en place pour que des données des supports sur papier sont saisies dans un ordinateur (par exemple, double entrée, vérification d'entrée après la saisie des données, etc..).			
27	Si c'est applicable, il y a un procédé de sauvegarde pour la saisie ou le traitement de données sur l'ordinateur.			
28	<i>Si oui, la dernière date de sauvegarde est appropriée donne la fréquence de la mise à jour du système automatisé (par exemple, les sauvegardes sont hebdomadaires ou mensuels).</i>			
29	Des données personnelles et pertinentes sont maintenues selon les directives nationales ou internationales de confidentialité (codifiées).			
30	Le système d'enregistrement et de rapport évite le double compte des personnes dans et à travers les points de livraison de service (par exemple, une personne recevant le même service deux fois dans une période d'envoi, une personne enregistrée en tant que réceptrice du même service dans deux endroits différents.			
31	Le système de rapport permet l'identification, l'enregistrement et ou la récupération de personne qui renonce "perdue du vue" et ou de personne qui sont mortes. (au CS et dans la communauté)			
32	Le système de rapportage permet l'identification et la récupération des cas de résistance dans la communauté (vérifier la cartographie des cas de résistance)			
33	L'analyse des données se fait-elle lors des réunions mensuelles de COSA ou Staff ? (vérifier les comptes rendus + Liste des participants)			
34	Existe-il des lettres de rétro- information écrites de l'ECZ envoyées au CS durant les trois derniers mois?(vérifier la présence de la rétro-information écrite)			
35	Le CS/HGR est-il un site sentinelle de surveillance ?			

36	Le CS/HGR est-il un site de notification de haute priorité			
V - Liens avec le système national				
37	Si disponibles, les formats/outils nationaux appropriés sont utilisés pour la collecte de données et le reportage.			
38	Si c'est applicable, les données sont rapportées par un seul canal du système de report national.			
39	Le système d'enregistrement collecte des informations concernant où le service est fourni (c.-à-d. région, district, sous-district, etc...)			
40	si oui, des noms de lieux sont enregistrés utilisant un nom standardisé par le programme.			