



PRIMATURE

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail - Justice - Solidarité



ONUSIDA

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXECUTIF

**RAPPORT DE L'EVALUATION DE LA
QUALITE DES DONNEES DE ROUTINE
DES 25 SITES A GRANDE COHORTE ET
A GRANDE FREQUENTATION**

Décembre 2022

AVANT-PROPOS

Depuis la découverte du premier cas de Sida, la République de Guinée a fait de la riposte aux IST/VIH/Sida une priorité sanitaire et de développement. Cela s'est matérialisé par les engagements pris par le gouvernement avec l'appui des ONG nationales et internationales et les partenaires technique et financier, qui ont permis d'obtenir des avancées considérables permettant aux personnes vivant avec le VIH de bénéficier d'un traitement essentiel à leur survie.

Pour mesurer le succès de ces initiatives, il est indispensable de disposer de systèmes de suivi et d'évaluation solides, capables de produire des données de haute qualité. Les activités visant à assurer la qualité des données ne peuvent donc se limiter à des événements isolés se produisant de manière aléatoire. Elles doivent au contraire faire partie d'un processus institutionnalisé encadré par un ensemble de procédures de gestion des données suivies de manière systématique.

L'obtention des données de qualité permet de s'assurer que les ressources disponibles, souvent limitées, sont utilisées de manière efficace, que les avancées en vue d'atteindre les objectifs établis font l'objet d'un suivi et sont mesurées de manière correcte puis fidèlement consignées dans des rapports, et que les décisions sont prises sur la base de données factuelles solides.

Alors que de nombreux pays s'approchent rapidement des cibles « 95-95-95 » de l'ONUSIDA, la Guinée traîne le pas pour y arriver. Les efforts sont entrainés d'être conjugués par tous les acteurs de la riposte aux IST/VIH/Sida afin de rehausser le niveau. C'est pourquoi, il est aussi plus important que jamais de connaître avec exactitude le nombre de personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement.

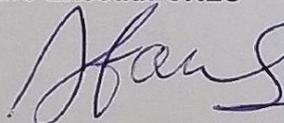
En outre, il convient de garantir que l'ensemble des personnes vivant avec le VIH a un accès équitable au traitement et parvient à une suppression de leur charge virale, et que les ressources limitées sont allouées de manière appropriée aux zones où les besoins sont les plus importants. Il est donc impératif que le pays ait connaissance des lacunes qui subsistent en matière de traitement en fonction de l'emplacement des services et de la population desservie. La riposte aux IST/VIH/Sida se trouve donc à un moment crucial, où l'exactitude des données est essentielle pour garantir que les décisions programmatiques sont prises de la manière la plus efficace.

L'objectif de cet outil, Routine Data Quality Assessment (RDQA), est d'aider les acteurs à évaluer de manière rapide et fiable la qualité des données, tout en visant à améliorer et à renforcer le système de suivi des patients afin d'améliorer la qualité et l'utilisation des données.

Toutefois, l'intention n'est pas que le pays se contente d'effectuer une simple évaluation ; il doit également utiliser les résultats obtenus pour corriger les chiffres relatifs au traitement de l'infection à VIH et renforcer le système de suivi des patients vivant avec le VIH. L'un des principaux objectifs de cette évaluation est de calculer un facteur de correction représentatif au niveau national qui sera utilisé pour corriger le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral (TARV) déclaré au niveau national dans le DHIS2 mais aussi dans les outils primaires.

Cette évaluation de la qualité des données (EQD) doit être réalisée sur une base annuelle ou périodique dans les sites de prises en charge (PEC) et les sites PTME à l'échelle nationale.

Le Secrétaire Exécutif CNLS



Dr Abass DIAKITE



TABLE DES MATIERES :

Avant propos.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES GRAPHIQUES.....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	v
RÉSUMÉ	vi
INTRODUCTION	7
II. OBJECTIFS.....	8
2.1. Objectif général	8
2.2. Objectifs spécifiques	8
III. DEFINITIONS DES CONCEPTS	9
IV. METHODOLOGIE	10
4.1. Présentation de l'étude RDQA	10
4.2. Cible de l'étude et période concernée	10
4.3. Echantillonnage	11
4.4. Collecte et analyse des données.....	11
4.5. Choix des indicateurs	12
4.6. Déroulement de la collecte	13
4.7. Traitement, analyse des données et rédaction du rapport.....	13
4.8. Méthode de vérification de la qualité des données.....	13
V. RESULTATS DE L'ETUDE.....	15
5.1. Vérification des données, disponibilité et complétude des documents sources	
15	
5.1.1. Disponibilité et complétude des documents sources de la PEC	15
5.2. Vérification des données de la PEC entre la valeur rapportée et celle vérifiée pour le semestre 2 (2021) et le semestre 1 (2022)	16
5.2.1. Nombre de patients suivis sous ARV à la fin de la période de rapportage (file active adultes)	16
5.2.2. Nombre d'enfants de moins de 15 ans sous ARV.....	17
5.2.3. Nombre de patients sous ARV perdus de vue	18
5.2.4. Nombre de patients de retour au traitement.....	18
5.3. Disponibilité et complétude des documents sources de la PTME	19
5.4. Vérification des données de la PTME entre la valeur rapportée et celle vérifiée pour le semestre 2 (2021) et le semestre 1 (2022)	20
5.4.1. Nombre de femmes enceintes séropositives mises sous ARV ou nouvelles femmes enceintes VIH+ ayant initié la prophylaxie ARV	20
5.4.2. File active globale en PTME	21
5.4.3. Nombre de femmes VIH+ ayant accouché sous ARV	22
5.5. Evaluation de la gestion du SNIS.....	23
5.6. Insuffisances dans la qualité des données et dans la gestion du Système national d'information sanitaire.....	24
5.7. Difficultés rencontrées.....	24
5.8. RECOMMANDATIONS	25

5.8.1. A l'endroit des CCS/DCMC/DH/DG des formations sanitaires :	25
5.8.2. A l'endroit des DCS/DPS/ATD.....	25
5.8.3. A l'endroit des IRS/DSVCo	25
VI. CONCLUSION.....	xxvi
BIBLIOGRAPHIES.....	xxviii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taille de l'échantillon utilisée par sites	11
Tableau 2 : Liste des indicateurs d'évaluation par type de site	12
Tableau 3 : Comparaison du Nombre de patients suivis sous ARV à la fin de la période de rapportage (file active adultes)	17
Tableau 4 : Comparaison du Nombre d'enfants de moins de 15 ans sous ARV (File active enfants)	17
Tableau 5 : Comparaison du Nombre de patients sous ARV perdus de vue.....	18
Tableau 6 : Comparaison du Nombre de patients de retour au traitement.....	19
Tableau 7 : Comparaison du Nombre de femmes vues en CPN séropositives mises sous ARV ou nouvelles femmes enceintes VIH+ ayant initié la prophylaxie ARV.....	21
Tableau 8 : Vérification du nombre de femmes enceintes VIH+ sous ARV ou femmes vues en CPN séropositives qui ont reçu des ARV (FA femmes enceintes)	22
Tableau 9 : Comparaison du Nombre de femmes VIH+ ayant accouché sous ARV (FA femmes accouchées).....	22

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Cartographie des sites concernés par l'évaluation.....	10
Figure 2 : Disponibilité des outils clés utilisés dans les sites PEC.....	15
Figure 3 : Les éléments évalués dans le dossier patient des sites PEC	16
Figure 4 : Les éléments évalués sur la fiche de suivi des femmes dans les sites PTME.....	19
Figure 5 : Les paramètres d'évaluation de la gestion du SNIS dans les sites	23

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des participants à l'analyse et à la rédaction.....	xxvii
Annexe 2 : Légende des couleurs des scores des données vérifiées	xxvii
Annexe 3 : Scores d'évaluation du remplissage des outils	xxvii

SIGLES ET ABREVIATIONS

AGBEF	: Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial
APS	: Agent Psychosocial
ARV	: Antirétroviral
ASFEGMASSI	: Association des Femmes de Guinée pour la lutte contre les IST et le Sida
BSD	: Bureau de stratégie et de Développement
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CMC	: Centre Médical Communal
CPN	: Consultation prénatale
CSAs	: Centre de Santé Associatif
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
DCS	: Direction Communale de la Santé
DHIS2	: District Health Information System Software
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
ECD	: Equipe cadre du district
ENSS	: Enquête National de Surveillance Sentinelle
EQD	: Evaluation de la Qualité des données
FA	: File Active
FM	: Fonds Mondial
GD	: Gestionnaire des données
HN	: Hôpital National
HP	: Hôpital Préfectoral
HR	: Hôpital Régional
IRS	: Inspection Régionale de la Santé
MS	: Microsoft
MSF	: Médecin Sans Frontière
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSR	: Modèle Simplifié Reproductible
ONG	: Organisation non-gouvernementale
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies sur le VIH/Sida
PCR	: Polymérase Chaîne Réaction
PDV	: Perdus de vue
PEC	: Prise en charge
PNLSH	: Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les Hépatites
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RDQA	: Routine Data Quality Assessment
SE	: Suivi Evaluation
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMIT	: Service des Maladies infectieuses et tropicales
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
TARV/TAR	: Traitement Antirétroviral
TB	: Tuberculose
VIH	: Virus d'Immunodéficient Humain

RÉSUMÉ

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données de routine VIH, le CNLS, le PNLSH et autres ont élaboré un plan de suivi-évaluation à travers des outils adaptés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire en vue d'assurer la collecte et l'analyse des données produites pour le calcul des indicateurs.

Afin d'accompagner et d'assurer la production des données de qualité en matière de la PTME et de la PEC, le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les Hépatites (PNLSH) et avec l'appui de l'ONUSIDA, a initié cette évaluation pilote dans 25 sites PEC et PTME de 16 districts sanitaires répartis dans 6 régions administratives.

Lors de cette évaluation, un des problèmes identifiés était la disponibilité d'une ressource humaine qualifiée en matière de remplissage des outils primaires et secondaires et leurs archivages.

C'est ainsi que le SE/CNLS et le PNLSH ont décidé de rendre pérenne cette activité et d'impliquer tous les acteurs de la riposte aux IST/VIH/Sida et les équipes cadres des districts sanitaires.

L'objectif ultime de cette évaluation est l'amélioration continue de la qualité des données et d'infirmier les données remontées et partagées à l'échelle nationale et internationale.

Le RDQA est un outil d'aide à la décision. Il a permis de confirmer les concordances moyennes du « nombre de patients adultes et enfants suivis sous TAR à la fin de la période » et du « nombre de femmes enceintes et allaitantes sous ARV » sont respectivement de 93,5% et 100%. Il ressort de manière générale des résultats satisfaisants pour les composantes ci-après : la transmission des données des sites vers les districts sanitaires ; les capacités, rôles et responsabilités des agents dans les sites ; la concordance des données sur les perdus de vue et le remplissage de certains items de la fiche de suivi des femmes en PTME. Les composantes ayant des scores peu satisfaisants sont : la formation du personnel dans les sites ; l'utilisation des données pour la prise de décision dans les sites ; le suivi et la supervision interne des activités dans les sites ; la gestion des outils de collecte et de rapportage des données ; le processus de gestion et de contrôle de la qualité des données.

Le présent document est le résultat d'une réflexion concertée entre les membres du Groupe Technique suivi-évaluation VIH/TB (GTTS-E) de la riposte aux IST/VIH/Sida évoluant dans les différentes institutions gouvernementales : le SE/CNLS, le BSD-MSHP, l'UAGCP et le PNLSH ; les institutions et ONG internationales : ONUSIDA, MSF, PLAN INTERNATIONAL Guinée, UNICEF, JHPIEGO, Solthis et les ONG locales REGAP+ et REFIG.

Il tient compte des récentes recommandations faites lors de l'élaboration du Cadre Stratégique National (CSN) 2023-2027. Le SE/CNLS, le PNLSH et l'ONUSIDA ont apporté un appui technique et financier à la production de ce document.

INTRODUCTION

En Guinée, la problématique de la gestion des données pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH constitue une des difficultés notables pour l'atteinte des objectifs de traitement universel et des 95-95-95.

On estime à 113 563, le nombre de personnes vivant avec le VIH (SPECTRUM 2021). L'épidémie est de type généralisé, avec un taux de prévalence estimé à 1,5%. A l'heure actuelle, la Guinée comporte 195 sites de prise en charge/screening de la TB, 495 sites PTME et 108 sites CDV. Parmi ces différents sites, le pays a identifié 29 sites de PEC qui font une grande cohorte et 66 sites de PTME à grande fréquentation faisant près de 90% de la file active nationale [1].

Les mécanismes liés à la gestion et à l'approvisionnement des intrants dans les différents sites PEC, PTME, CDV sont caractérisés par des difficultés d'obtention des données précises sur la file active des sites PEC et PTME ainsi que la faible opérationnalisation du système de distribution jusqu'aux patients (centres périphériques). Par ailleurs, la stratégie de collecte et de transcription des données dans la plateforme DHIS2 comporte également des insuffisances. Les facteurs qui influencent l'obtention des données exactes sur la file active des divers sites sont multiples (faibles complétudes et promptitudes des données de rapport mensuel, faible remontée des données du niveau périphérique vers le niveau central, engagement variable des acteurs, etc.). De même, bien que les données de routine de la file active en PTME soient remontées, elles ne sont pas encore utilisées pour les estimations. Une enquête de surveillance des sites sentinelles est faite en lieu et place des données de routine.

C'est dans ce cadre que le SE/CNLS, en collaboration avec le PNLISH et avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA a effectué l'évaluation de la qualité des données de routine RDQA « Routine data quality assessment » dans 25 sites à grande cohorte et grande fréquentation.

Ce contrôle de la qualité de la file active permettra de valider les données remontées au PNLISH ou de planifier un audit national de la file active et utiliser les données de routine de la PTME à la place de l'ENSS.

II. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Faire un contrôle de la qualité de la file active des personnes vivant avec le VIH (adultes, enfants et femmes en PTME) sous ARV dans les sites à grandes cohortes et à grande fréquentation.

2.2. Objectifs spécifiques

- Évaluer la qualité des données rapportées dans le système national de collecte de données et les outils secondaires et primaires sur le terrain ;
- Déterminer le pourcentage de personnes recevant un traitement antirétroviral (sur ou sous compté) au niveau national et l'utiliser pour réinitialiser les chiffres au niveau du site et du système national de collecte de données ;
- Identifier et décrire les insuffisances dans le système de suivi des patients séropositifs au niveau de l'établissement et les améliorer ;
- Proposer si nécessaire des recommandations sur l'utilisation des outils de collecte et la qualité du rapportage des données de la file active.

2.3. Résultats attendus :

Au terme de cette évaluation :

- La qualité des données rapportées dans le système national de collecte de données et les outils secondaires et primaires sur le terrain est évaluée ;
- Le pourcentage de personnes recevant un traitement antirétroviral (sur ou sous compté) au niveau national et l'utiliser pour réinitialiser les chiffres au niveau du site et du système national de collecte de données est déterminé ;
- Les insuffisances dans le système de suivi des patients séropositifs au niveau de l'établissement sont identifiées, décrites et les propositions d'amélioration sont faites ;
- Les recommandations sur l'utilisation des outils de collecte et la qualité du rapportage des données de la file active sont proposées.

III. DEFINITIONS DES CONCEPTS

Certains concepts utilisés dans le présent rapport nécessitent une clarification contextuelle afin de faciliter la compréhension au lecteur.

Valeur vérifiée : c'est la valeur des données recomptées à partir des documents sources par l'équipe d'évaluation et qui est supposée vraie.

Concordance : on parlera de concordance lorsque le ratio de la valeur vérifiée à partir des documents sources sur la valeur rapportée dans le rapport mensuel SNIS ou saisie dans DHIS2 est égale à 1. Ce ratio est aussi appelé facteur de vérification.

Concordance moyenne : c'est la moyenne des concordances des différentes structures sanitaires et des districts.

Discordance : contrairement à la concordance, la discordance est le ratio de la valeur vérifiée à partir des documents sources sur la valeur rapportée dans le rapport mensuel ou saisie dans le DHSI2 est différente de 1. Cette discordance peut être liée à une sous-notification ou à une sur-notification de la valeur rapportée dans le rapport mensuel ou saisie dans le DHS2.

Ecart : est la différence entre la valeur vérifiée et la valeur recomptée.

Ecart global : est la somme des deux écarts calculés sur les deux périodes du RDQA.

Ecart relatif : est le pourcentage calculé sur l'écart global dont le dénominateur est la valeur des deux valeurs de base des deux périodes.

Sous-notification : On parlera de sous-notification lorsque la valeur rapportée dans le rapport mensuel ou saisie dans le DHS2 est sous-notifiée. Dans ce cas, le ratio de la valeur vérifiée à partir des documents sources sur la valeur rapportée dans le rapport mensuel ou saisie dans le DHIS2 est supérieur à 1.

Sur-notification : elle est la valeur rapportée dans le rapport mensuel ou saisie dans DHS2 est sur-notifiée. Dans ce cas, le ratio de la valeur vérifiée à partir des documents sources sur la valeur rapportée dans le rapport mensuel ou saisie dans DHIS2 est inférieur à 1.

Complétude : on parle de complétude des rapports lorsque ces derniers contiennent toutes les données exigées de l'indicateur évalué c'est-à-dire que tous les champs obligatoires du rapport mensuel sont renseignés. Cependant, on parlera de complétude des documents sources, lorsque ces derniers sont disponibles pour toute la période d'évaluation de l'indicateur c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de rupture du document source concerné durant la période d'évaluation de l'indicateur.

Indicateur clé : c'est l'indicateur objet de l'évaluation de la présente étude.

Indicateur de recouplement : c'est un indicateur identifié pour évaluer la qualité d'un indicateur clé en raison du lien logique existant entre les 2.

IV. METHODOLOGIE

4.1. Présentation de l'étude RDQA

L'évaluation de la qualité des données de routine RDQA « Routine data quality assessment » est une approche qui permet d'apprécier le système de gestion des données de routine et la cohérence externe des données collectées pour une meilleure qualité de l'information sanitaire. Le présent RDQA est une étude transversale à viser descriptive qui combine une revue documentaire (registres, rapports d'activités) et des entretiens avec les acteurs impliqués dans la gestion du SNIS.

4.2. Cible de l'étude et période concernée

Sur la base des 29 sites de PEC et 66 sites PTME à grandes fréquentations et appuyés par le FM, l'équipe technique de suivi et évaluation a identifié un certain nombre de sites de façon raisonnable en prenant en compte les huit (8) régions administratives. A ceux-là, s'ajoutent certains sites non appuyés par le FM dans le cadre de la PTME. Par conséquent, l'étude RDQA a été conduite dans les sites de prise en charge du VIH (HN Donka, ASFEGMASSI, CSU Dabompa, CMC Flamboyants, CMC de RATOMA, HP Siguiri, HR KINDIA, HR Mamou, HR Nzérékoré) et les sites PTME (CSAs Bernay Fotoba, CSU Dixinn, CSU Koulewondy, CMC RATOMA, CMC Flamboyants, CSU Abattoir, CSR Doko, CSU Manquepas, CSU Poudrière, CSU Commercial).

Les données à collecter ont concerné celles de la période du 1er juillet 2021 au 30 juin 2022.

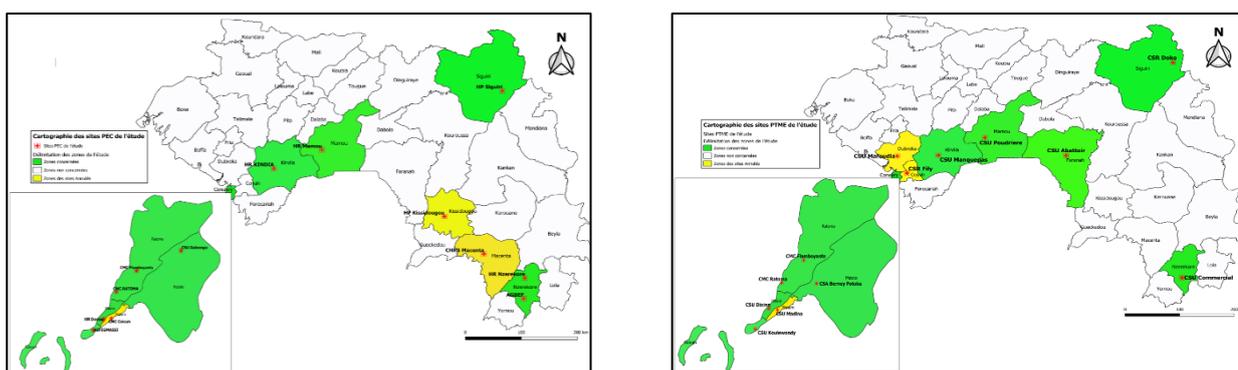


Figure 1 : Cartographie des sites concernés par l'évaluation

4.3. Echantillonnage

Une approche multiméthode a été utilisée associant l'outil « Survey Monkey » pour le calcul de la taille de l'échantillon pour les gros sites (FA sup. à 150) avec un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 8% nécessaire à l'étude, une méthode de tirage sans remise pour les sites dont la taille de l'échantillon est inférieure à 60 et de tirage aléatoire systématique pour les sites dont la taille est supérieure 60 en utilisant un pas de sondage. Cette méthode d'échantillonnage est probabiliste vue son caractère aléatoire.

La taille de l'échantillon de cette évaluation de la qualité des données varie entre 14 pour le CS Poudrière (Site PTME) à 95 pour l'Hôpital National Donka (site PEC).

Tableau 1 : Taille de l'échantillon utilisée par sites

Régions	Districts sanitaires	Sites	Types de sites	Appuyer par le FM	FA rapporté S1-2022	Taille de l'échantillon	Pas de sondage
CONAKRY	DCS Dixinn	HN Donka	PEC	Oui	7041	95	74
CONAKRY	DCS Kaloum	ASFEGMASSI	PEC	Oui	2926	94	31
CONAKRY	DCS Matam	CMC de Coleah	PEC	Oui	1233	90	14
CONAKRY	DCS Matoto	CSU Dabompa	PEC	Oui	1064	89	12
CONAKRY	DCS Ratoma	CMC Flamboyants	PEC	Oui	2343	93	25
CONAKRY	DCS Ratoma	CMC de RATOMA	PEC	Oui	1463	91	16
CONAKRY	DCS Matoto	Bernay Fotoba	PTME	Oui	91	47	2
CONAKRY	DCS Dixinn	CSU Dixinn	PTME	Oui	20	17	1
CONAKRY	DCS Matam	CSU Madina	PTME	Oui	27	22	1
CONAKRY	DCS Kaloum	CSU Koulewondy	PTME	Oui	43	30	1
CONAKRY	DCS Ratoma	CMC de RATOMA	PTME	Oui	68	41	2
CONAKRY	DCS Ratoma	CMC Flamboyants	PTME	Oui	217	67	3
FARANAH	DPS Faranah	CSU Abattoir	PTME	Non	29	23	1
KANKAN	DPS Siguiri	HP Siguiri	PEC	Oui	1208	90	13
KANKAN	DPS Siguiri	CSR Doko	PTME	Oui	21	18	1
KINDIA	DPS Kindia	HR KINDIA	PEC	Oui	689	85	8
KINDIA	DPS Kindia	CSU Manquepas	PTME	Oui	49	33	1
MAMOU	DPS Mamou	HR Mamou	PEC	Oui	678	85	8
MAMOU	DPS Mamou	CSU Poudrière	PTME	Non	16	14	1
N'Zérékoré	DPS N'Zérékoré	AGBEF	Prévention	Oui	100	92	1
N'Zérékoré	DPS N'Zérékoré	HR N'Zérékoré	PEC	Oui	3686	80	46
N'Zérékoré	DPS N'Zérékoré	CSU Commercial	PTME	Non	25	21	1

4.4. Collecte et analyse des données

Avant la phase de collecte sur le terrain, les deux (2) formulaires respectivement PTME et PEC, ont été paramétrés dans Kobocollect et les données extraites dans le DHIS2 et le MSR ont été intégrées dans les formulaires Kobocollect, qui a servi pour la collecte des données. Des équipes ont été déployées sur le terrain en fonction des axes définis. Sur site, il y a eu 3 niveaux d'analyses :

- **1^{er} niveau** : Les données extraites du DHIS2 ont été comparées aux outils secondaires (rapports SNIS, MSR).
- **2^{ème} niveau** : Une triangulation a été faite entre le DHIS2, le MSR, les rapports mensuels et les outils primaires : registres (dispensation, TARV/Cohortes et activités, CPN/PTME, CPN/Maternité), ordonnanciers et fiche de suivi PTME.
- **3^{ème} niveau** : sur la base de l'échantillonnage fait par site, une analyse des données capturées a été faite à travers le code des patients dans les outils primaires. Pour le choix des dossiers patients, deux méthodes échantillonnages probabilistes ont été utilisées : un tirage sans remise pour les sites dont la taille de l'échantillon est inférieure à 60 et un tirage aléatoire systématique pour les sites dont la taille est supérieure à 60 en utilisant un pas de sondage (File active/taille d'échantillon).

4.5. Choix des indicateurs

Dans le cadre de la collecte des données, les variables suivantes ont été collectées :

- La file active ;
- Les nouvelles initiations ;
- Les perdus de vue (PDV) ;
- Les PDV revenu dans les soins (les patients perdus de vue et de retour au traitement) ;
- Les décès.

Pour chaque type de site, un indicateur clés a été identifié auquel a été ajouté des indicateurs de recoupement.

Tableau 2 : Liste des indicateurs d'évaluation par type de site

Type de site	Indicateur clé	Indicateurs de recoupement
PEC	Nombre de patients mis sous ARV (Adultes et enfants)	Nombre de patients de retour au traitement
		Nombre de patients sous ARV décédés
		Nombre de patients sous ARV perdus de vue
		Nombre de patients sous traitement ARV chez qui une recherche active de TB
PTME	Nombre de femmes vues en CPN séropositives mises sous ARV ou nouvelles femmes enceintes VIH+ ayant initié la prophylaxie ARV	Nombre de première CPN ou femmes nouvelles inscrites en CPN (CPN1)
		Nombre de femmes enceintes testées dans le site ou femmes vues en CPN ayant bénéficié d'un test VIH
		Nombre de femmes enceintes testées VIH positives ou femmes vues en CPN dont le test de dépistage VIH s'est révélé positif
		Nombre d'enfants exposés au VIH nés dans le site ou nouveaux nés vivants nés de mères séropositives

Type de site	Indicateur clé	Indicateurs de recouplement
		Nombre d'enfants exposés au VIH dépistés par PCR (dès la 6ème semaine) ou nourrissons nés de mères séropositives ayant subi un test virologique
		Nombre d'enfants exposés ayant bénéficié d'un dépistage sérologique (à 18 mois) ou Nombre de nourrissons nés de mères séropositives

4.6. Déroulement de la collecte

Pour assurer la collecte des données de qualité, 5 équipes de 3 évaluateurs chacune, ont été mises en place selon les axes des sites de collectes (annexe 1). La collecte des données proprement dite s'est déroulée du 26 au 30 décembre 2022 dans 13 districts sanitaires des 8 régions administratives du pays.

A l'arrivée des équipes dans les sites, les questionnaires sont administrés aux évalués et les éléments de vérification sont présentés pour procéder à la collecte des données.

4.7. Traitement, analyse des données et rédaction du rapport

Après la collecte des données sur le terrain, l'équipe s'est regroupée au Bureau de l'ONUSIDA et CNLS pour procéder à l'extraction des données sur la plateforme Kobocollect pour vérifier s'il n'existe pas des données manquantes et les traitées pour des fins d'analyse.

L'analyse des données a été faite à l'aide de l'outil MS Excel, SPSS, Epi-Info, QGIS, etc. Les données ont été regroupées en deux (2) : comparaison et appréciation.

Les données de comparaison ont été présentées dans des tableaux tandis que les données d'appréciation sur des graphiques.

La rédaction dudit rapport s'est faite de façon participative avec toutes les équipes ayant participé à l'évaluation et les autres collègues GTTS-E. Puis, un atelier de validation finale a été organisé avec tous les acteurs impliqués dans la riposte au VIH.

4.8. Méthode de vérification de la qualité des données

- **Facteur de vérification des données :**

Le facteur de vérification des données est le ratio entre la valeur vérifiée et la valeur rapportée (DHIS2/MSR) pour un indicateur donné pendant une période donnée. Cette analyse permet de mesurer globalement la qualité de l'ensemble des données transmises par les sites.

Le facteur de vérification peut être exprimé en pourcentage ou en unité et s'interprète de la même manière que le taux de concordance :

$$\text{Facteur de vérification} = \frac{\text{Valeur recomptée dans le registre}}{\text{Valeur DHIS2/MSR}} \times 100$$

En fonction de la valeur du facteur de vérification, trois situations se présentent :

- ✓ Facteur de vérification = 1 : il y a concordance entre la valeur vérifiée dans le registre et celle du DHIS2 ou du MSR ;
- ✓ Facteur de vérification > 1 : il y a sous-notification de la valeur du DHIS2 ou du MSR ;
- ✓ Facteur de vérification < 1 : il y a sur-notification de la valeur du DHIS2 ou du MSR.

V. RESULTATS DE L'ETUDE

5.1. Vérification des données, disponibilité et complétude des documents sources

5.1.1. Disponibilité et complétude des documents sources de la PEC

Sur l'ensemble des sites PEC, tous les outils de gestion étaient disponibles lors du passage des équipes de collecte. Cependant, s'agissant de la complétude dans le remplissage de ces outils, elle était respectivement de 66,7% pour les registres TARV Cohorte/Activité et ordonnance médicale et de 33,4% pour les registres de dispensation. Cette faible complétude des registres est due à l'affluence des patients au niveau de la pharmacie où parfois un ou deux pharmaciens gèrent les ARV et médicaments. Les registres TARV Cohortes/Activités sont gérés par les prescripteurs et sont généralement remplis à chaque passage du patient et lors d'un nouveau patient initié. Concernant les ordonnances médicales, elles sont émises pour servir les ARV aux patients à la pharmacie à chaque rendez-vous.

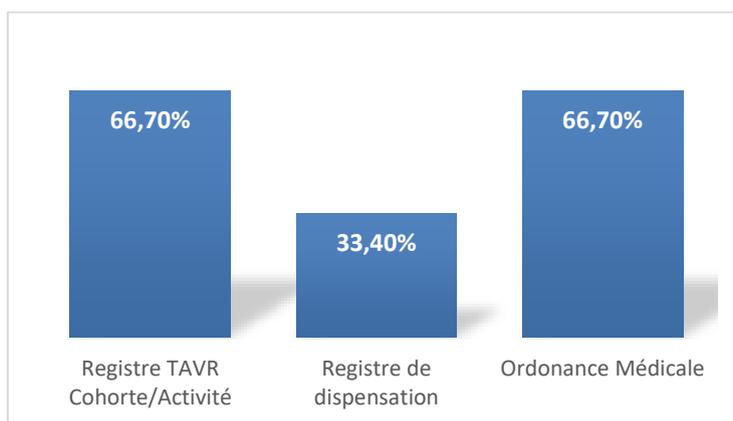


Figure 2 : Disponibilité des outils clés utilisés dans les sites PEC

Quant aux dossiers patients, aucun des sites n'avait une complétude supérieure à 95% par rapport au remplissage des différents items choisis. Les complétudes les plus élevées concernaient les items sur le régime thérapeutique (86,1%), le statut sérologique (85,6%) et la date d'initiation (83%). La variante qui était faiblement remplie était la charge virale (39%) puisque la fréquence de remplissage est de 6 mois ou de 12 mois.

Généralement, les dossiers patients sont tenus par les prescripteurs et profitent à chaque visite du patient pour les renseigner même malgré que cela ne soit pas systématique par endroit.

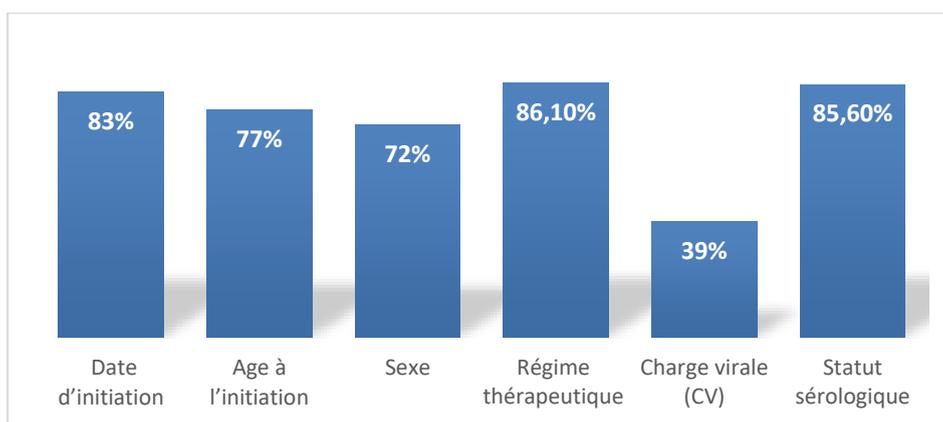


Figure 3 : Les éléments évalués dans le dossier patient des sites PEC

5.2. Vérification des données de la PEC entre la valeur rapportée et celle vérifiée pour le semestre 2 (2021) et le semestre 1 (2022)

5.2.1. Nombre de patients suivis sous ARV à la fin de la période de rapportage (file active adultes)

Pour cet indicateur clé, l'analyse globale des données collectées chez les adultes sous ARV montre une concordance entre les valeurs vérifiées et les valeurs rapportées. Cependant, il existe de légères sous et sur notifications au niveau de certains sites. Ceci peut s'expliquer par l'existence des bases MSR Multiples c'est-à-dire une version validée lors du passage de la mission de supervision semestrielle du PNLISH et les versions antérieures. Très souvent dans certains sites, les gestionnaires des bases MSR se servent des registres de dispensation qui sont légèrement à jour et d'autres par contre utilisent les ordonnances médicales déjà servies par le pharmacien.

D'autres sites après le passage de la mission de supervision, ne profitent pas pour apporter des corrections dans le DHIS2 des données validées lors des ateliers de validations et de retro-information des données organisés semestriellement et combinés à la supervision du PNLISH.

En plus après la révision des canevas de rapportage mensuel SNIS, les prestataires au niveau des sites n'ont tous pas bénéficié des feedbacks de ceux ayant participé aux sessions de formation organisées par le BSD/SNIS. En général, la plupart remplit le canevas de rapport selon sa compréhension des éléments de données qui y figurent.

Tableau 3 : Comparaison du Nombre de patients suivis sous ARV à la fin de la période de rapportage (file active adultes)

Site	Base S2 (2021)	Vérifier S2 (2021)	Écart	Base S1 2022	Vérifier S1 2022	Écart	Écart global	Écart relatif
HN Donka	7698	7668	+30	7041	7039	+2	+32	0%
ASFEGMASSI	1620	1622	-2	2926	2910	+16	+14	0%
CSU Dabompa	926	924	+2	1064	1063	+1	+3	0%
CMC Flamboyants	2068	2102	-34	2343	2339	+4	-30	-1%
CMC de RATOMA	1655	1642	+13	1463	1463	0	+13	0%
HP Siguiri	1082	1078	+4	1208	1251	-43	-39	-2%
HR KINDIA	664	655	+9	689	689	0	+9	+1%
HR Mamou	677	667	+10	678	678	0	+10	+1%
HR Nzérékoré	3505	3524	-19	3686	3683	+3	-16	0%
Total	19895	19882	+13	21098	21115	-17	-4	0%

5.2.2. Nombre d'enfants de moins de 15 ans sous ARV

La vérification des données chez les enfants sous ARV montre une sur-notification de 13% entre la valeur rapportée et la valeur vérifiée. Cette sur-notification est plus marquée dans l'Hôpital National de Donka (8%). Ceci s'explique par les erreurs de comptage manuel effectué par les prestataires. L'Hôpital National de Donka est représenté dans cette évaluation par l'Hôpital du jour ou communément appelé le CTA Donka, qui prend en compte quatre (4) services : la Dermatologie, la Médecine interne/Générale, les SMIT et la pédiatrie. Avec le démarrage des travaux d'extension de HN Donka, tous ces services ont été délocalisés sauf la dermatologie. Concernant la gestion des données, 2 agents de saisie sont recrutés sur la subvention FM pour gérer les données de ces services. Selon les constats, ces agents de saisie n'ont pas accès au DHIS2 pour apporter des corrections après les ateliers de validation et de retro-information, très souvent, les modifications sont apportées par le statisticien du District sanitaire.

En général, le PNLSH fournit assez d'efforts en matière de la qualité des données et sa gestion. Très souvent ces bonnes pratiques ne sont pas pérennisées.

Tableau 4 : Comparaison du Nombre d'enfants de moins de 15 ans sous ARV (File active enfants)

Site	Base S2 (2021)	Vérifier S2 (2021)	Écart	Base S1 (2022)	Vérifier S1 (2022)	Écart	Écart global	Écart relatif
HN Donka	145	122	+23	154	153	+1	+24	+8%
ASFEGMASSI	30	30	0	33	30	+3	+3	+5%
CSU Dabompa	60	60	0	65	65	0	0	0%
CMC Flamboyants	75	70	+5	71	72	-1	+4	+3%
CMC de RATOMA	46	46	0	54	54	0	0	0%
HP Siguiri	42	43	-1	51	52	-1	-2	-2%
HR KINDIA	30	30	0	31	31	0	0	0%
HR Mamou	29	29	0	27	27	0	0	0%
HR Nzérékoré	88	89	-1	88	88	0	-1	-1%
Total	545	519	+26	574	572	+2	+28	+13%

5.2.3. Nombre de patients sous ARV perdus de vue

L'une des difficultés affichées dans le suivi des PVVIH dans les sites est la recherche des PDV. Pour la réussite de cette tâche, le PNLISH a collaboré avec la Croix Rouge et autres pour la mise à disposition dans les sites PEC des Agents psychosociaux (APS). Aujourd'hui avec l'appui de ces APS, le nombre de PDV a considérablement baissé même malgré l'existence de certains problèmes par rapport aux scénarios de transfert des patients d'un site A vers un site B non notifiés.

Concernant le nombre de patients sous ARV perdus de vue, on note une sous notification puisque le facteur de vérification est supérieur à 1 pour l'ensemble des sites avec un écart relatif de -2%. Cependant, on constate une sous-notification de 49% à l'hôpital régional de Mamou. Ceci peut s'expliquer par la non-déclaration de tous les PDV et l'insuffisance d'actualisation du statut des patients de retour au traitement. Dans la littérature, il existe une relation de dépendance entre la file active et les perdus de vue. Lorsque le nombre de PDV diminue, la file active augmente de façon exponentielle.

De manière générale, les nouveaux prestataires affectés dans les sites après la mise en retraite de certains personnels de santé ont exprimé un besoin de formation.

Tableau 5 : Comparaison du Nombre de patients sous ARV perdus de vue

Site	Base S2 (2021)	Vérifier S2 (2021)	Écart	Base S1 (2022)	Vérifier S1 (2022)	Écart	Écart global	Écart relatif
HN Donka	931	900	+31	0	0	0	+31	+3%
ASFEGMASSI	5	5	0	0	0	0	0	0%
CSU Dabompa	157	157	0	155	155	0	0	0%
CMC Flamboyants	64	64	0	0	0	0	0	0%
CMC de RATOMA	3	3	0	0	0	0	0	0%
HP Siguiri	341	357	-16	116	135	-19	-35	-8%
HR KINDIA	127	127	0	112	112	0	0	0%
HR Mamou	42	66	-24	25	34	-9	-33	-49%
HR Nzérékoré	0	0	0	4	4	0	0	0%
Total	1670	1679	-9	412	440	-28	-37	-2%

5.2.4. Nombre de patients de retour au traitement

Le facteur de vérification du nombre de patients de retour au traitement est supérieur à 1 ce qui signifie qu'il y a eu une sous-notification dans le DHIS2 ou le MSR. Cette sous-notification est de -4% pour l'ensemble des sites. Cependant, on note des sur-notifications de plus 10% au CMC de Ratoma, à l'hôpital préfectoral de Siguiri et une sous-notification de plus de 30% à l'hôpital régional de N'Zérékoré. Comme étayer ci-dessus (commentaire Tableau 5), les raisons de cette sur et sous-notification s'expliquent par la faible actualisation du statut des patients PDV et la faible collaboration entre certains prescripteurs et APS.

Pendant le passage de la mission de supervision semestrielle, les données actualisées et validées sont rarement corrigées dans les rapports mensuels SNIS et dans le DHIS2. Parfois, d'autres sont modifiées lors des Ateliers de validation et de retro-information.

Tableau 6 : Comparaison du Nombre de patients de retour au traitement

Sites	Base S2 (2021)	Vérifier S2 (2021)	Écart	Base S1 (2022)	Vérifier S1 (2022)	Écart	Écart global	Écart relatif
HN Donka	150	154	- 4	295	295	0	-4	-1%
ASFEGMASSI	14	14	0	1	1	0	0	0%
CSU Dabompa	30	30	0	17	17	0	0	0%
CMC Flamboyants	41	41	0	31	30	+1	+1	+1%
CMC de RATOMA	7	7	0	11	9	+2	+2	+11%
HP Siguiri	114	37	+77	118	141	-23	+54	+23%
HR KINDIA	54	54	0	63	61	+2	+2	+2%
HR Mamou	43	26	+17	29	48	-19	-2	-3%
HR Nzérékoré	90	199	-109	221	220	+1	-108	-35%
Total	543	562	-19	786	822	-36	-55	- 4%

5.3. Disponibilité et complétude des documents sources de la PTME

S'agissant des fiches PTME, aucune fiche n'avait une complétude dans le remplissage à plus de 90%. Les variantes les plus renseignées dans les fiches observées étaient respectivement le type de VIH (89%), l'âge d'initiation (87%) et le sexe (84%). Le remplissage des fiches PTME souffre d'une négligence des agents CPN/PTME et la non disponibilité d'un agent titulaire formé. En comparaison des registres CPN/PTME, tous les items sont renseignés. Selon les détails recueillis auprès des agents, le service n'est pas tenu par un seul agent. Plusieurs agents font le roulement et n'ont pas les mêmes capacités de remplir les outils et souvent les outils sont remplis par les stagiaires qui ont besoin d'être formés.

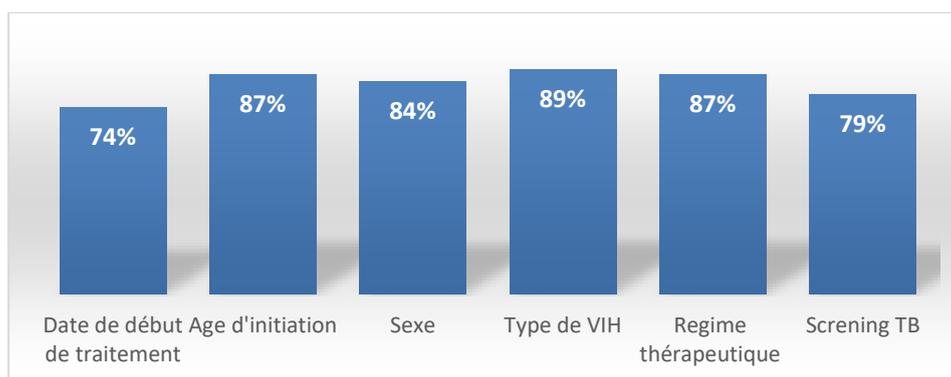


Figure 4 : Les éléments évalués sur la fiche de suivi des femmes dans les sites PTME

5.4. Vérification des données de la PTME entre la valeur rapportée et celle vérifiée pour le semestre 2 (2021) et le semestre 1 (2022)

5.4.1. Nombre de femmes enceintes séropositives mises sous ARV ou nouvelles femmes enceintes VIH+ ayant initié la prophylaxie ARV

Selon les recommandations de l’OMS, le dépistage du VIH doit être systématiquement offert aux femmes enceintes en CPN ou en maternité. Toute femme doit recevoir, en groupe ou individuellement, information et conseil pré-test. La confidentialité sur les données personnelles doit être garantie pendant tout le processus du dépistage.

Et selon l’objectif des 3x95 de l’ONUSIDA applicable à la PTME, 95% des femmes enceintes dépistées séropositives connaissent leur statut, 95% de celles qui connaissent leur statut sont initiées à la prophylaxie ARV et 95% initiées ont fait une suppression de la charge virale.

En Guinée, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant ne consiste pas seulement à fournir un TARV à la mère séropositive et au nourrisson exposé. La PTME repose sur quatre piliers stratégiques de soins : (i) la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer (changement de comportement, utilisation du préservatif, TAR pour le partenaire séropositif et PrEP), (ii) le planning familial (surtout chez les femmes avec une charge virale élevée pour prévenir la TME, mais aussi pour éviter des grossesses non désirées et planifier au mieux une future grossesse pour les femmes séropositives), (iii) les services de dépistage du VIH (dépistage en soins pré, péri et postnataux, ainsi que la prise en charge des nourrissons exposés au VIH avec ARV et cotrimoxazole, et le dépistage précoce de l’enfant) et (iv) le traitement à vie du père et mère séropositifs (mise à disposition de TARV pour les femmes séropositives au cours de la grossesse, de l’accouchement et de l’allaitement) [2].

Cependant, les efforts fournis par l’ensemble des acteurs de la riposte ont permis d’améliorer la couverture des femmes dépistées séropositives et ayant initié la prophylaxie ARV.

L’analyse de cette évaluation montre que le nombre de femmes vues en CPN séropositives mises sous ARV ou nouvelles femmes enceintes VIH+ ayant initié la prophylaxie ARV est sur-notifier de 8% des données rapportées par les sites par rapport à celles vérifiées par les évaluateurs. Il faut noter que cette sur-notification est de plus de 20% pour le CMC de Ratoma, CSU Poudrière et CSU Commercial. Ceci peut s’expliquer par l’utilisation des bases MSR non validées et le défaut de partage des données des postes de santé aux agents PTME dans les Centres de santé lors de la validation des données. En plus, la compréhension des éléments de données PTME dans le canevas de Rapport mensuels SNIS. Il est à noter que des difficultés existent sur la reformulation des éléments de données dans le canevas SNIS et les registres de CPN/PTME.

Grâce aux ateliers de validation et de retro-information combinées à la supervision semestrielle organisés conjointement dans les districts sanitaires ont permis une compréhension sur certains items du canevas de rapport mensuel SNIS mais pas dans sa globalité.

Tableau 7 : Comparaison du Nombre de femmes vues en CPN séropositives mises sous ARV ou nouvelles femmes enceintes VIH+ ayant initié la prophylaxie ARV

Sites	Base S2 (2021)	Vérifier S2 (2021)	Écart	Base S1 (2022)	Vérifier S1 (2022)	Écart	Écart global	Écart relatif
CSA Bernay Fotoba	11	11	0	18	18	0	0	0%
CSU Dixinn	4	4	0	13	13	0	0	0%
CSU Koulewondy	23	23	0	19	19	0	0	0%
CMC RATOMA	19	13	6	14	11	3	9	27%
CMC Flamboyants	10	10	0	11	11	0	0	0%
CSU Abattoir	4	4	0	3	3	0	0	0%
CSR Doko	11	10	1	24	24	0	1	3%
CSU Manquepas	2	0	2	63	63	0	2	3%
CSU Poudrière	2	0	2	9	7	2	4	36%
CSU Commercial	2	0	2	21	16	5	7	30%
Total	88	75	13	195	185	10	23	8%

5.4.2. File active globale en PTME

L'un des objectifs clés de cette évaluation est la nécessité d'infirmier les données rapportées mais aussi d'offrir une prise en charge aux femmes enceintes, accouchées et allaitantes basée sur les données de qualité qui pourrait conduire à une justification judicieuse sur l'élimination de la transmission mère-enfant. Ensuite, sur le choix d'option et de stratégie à mettre en œuvre pour parvenir à cet objectif qui figure parmi ceux de l'ONUSIDA.

Il ressort de l'analyse de cette évaluation la file active globale de femmes vues en CPN séropositives sous ARV rapporté par les sites est légèrement supérieur à celui vérifié par les équipes. Cependant, on constate des sur-notifications de plus de 10% respectivement pour le CSU de Dixinn et le CSU de Doko. Le nombre de femmes pour cet indicateur connaît une sous-notification pour le CSU de Abattoir. La raison peut être le défaut de partage des données recueillies par les Chefs de Centre de Santé auprès des postes de santé lors de l'élaboration du rapport mensuel dont les agents PTME n'ont connaissance ; l'insuffisance de mise à jour des outils primaires ; l'existence des outils parallèles de collecte non disponibles lors du passage de la mission d'évaluation ; l'incompréhension des éléments de données contenus dans le canevas de rapport mensuel SNIS.

En général, le problème de mise à jour et d'archivage des outils primaires et secondaires dans les sites figure parmi les recommandations.

Tableau 8 : Vérification du nombre de femmes enceintes VIH+ sous ARV ou femmes vues en CPN séropositives qui ont reçu des ARV (FA femmes enceintes)

Sites	Base S2 2021	Vérifier S2 2021	Écart	Base S1 2022	Vérifier S1 2022	Écart	Écart global	Écart relatif
CSA Bernay Fotoba	35	36	-1	24	24	0	-1	-2%
CSU Dixinn	3	2	1	7	7	0	1	10%
CSU Koulewondy	16	16	0	53	53	0	0	0%
CMC RATOMA	31	31	0	45	45	0	0	0%
CMC Flamboyants	45	39	6	46	46	0	6	7%
CSU Abattoir	9	9	0	5	8	-3	-3	-21%
CSR Doko	21	2	19	28	28	0	19	39%
CSU Manquepas	29	29	0	25	25	0	0	0%
CSU Poudrière	12	12	0	12	12	0	0	0%
CSU Commercial	11	11	0	16	16	0	0	0%
Total	212	187	25	261	264	-3	22	5%

5.4.3. Nombre de femmes VIH+ ayant accouché sous ARV

Concernant les femmes VIH+ ayant accouché sous ARV, la valeur rapportée par les sites est légèrement inférieure à celui vérifié par les équipes. En revanche, on constate d'importantes sous-notifications de plus de 30% respectivement pour le CSU de Dixinn, le CSU de Doko et le CSU Flamboyant. Ceci peut s'expliquer par la non actualisation du statut des femmes du passage de la grossesse vers l'accouchement ; la non maîtrise du remplissage des outils primaires et secondaires ; l'existence d'outil parallèle non disponible lors du passage de la mission d'évaluation ; la tenue des services CPN/PTME par des stagiaires non formés.

Tableau 9 : Comparaison du Nombre de femmes VIH+ ayant accouché sous ARV (FA femmes accouchées)

Sites	Base S2 2021	Vérifier S2 2021	Écart	Base S1 2022	Vérifier S1 2022	Écart	Écart global	Écart relatif
CSA Bernay Fotoba	56	52	4	41	41	0	4	4%
CSU Dixinn	2	8	-6	17	17	0	-6	-32%
CSU Koulewondy	27	27	0	40	40	0	0	0%
CMC RATOMA	37	37	0	42	42	0	0	0%
CMC Flamboyants	5	10	-5	11	11	0	-5	-31%
CSU Abattoir	20	20	0	18	18	0	0	0%
CSR Doko	0	20	-20	56	56	0	-20	-36%
CSU Manquepas	20	20	0	17	17	0	0	0%
CSU Poudrière	4	0	4	2	2	0	4	67%
CSU Commercial	14	14	0	1	1	0	0	0%
Total	185	208	-23	245	245	0	-23	-5%

5.5. Evaluation de la gestion du SNIS

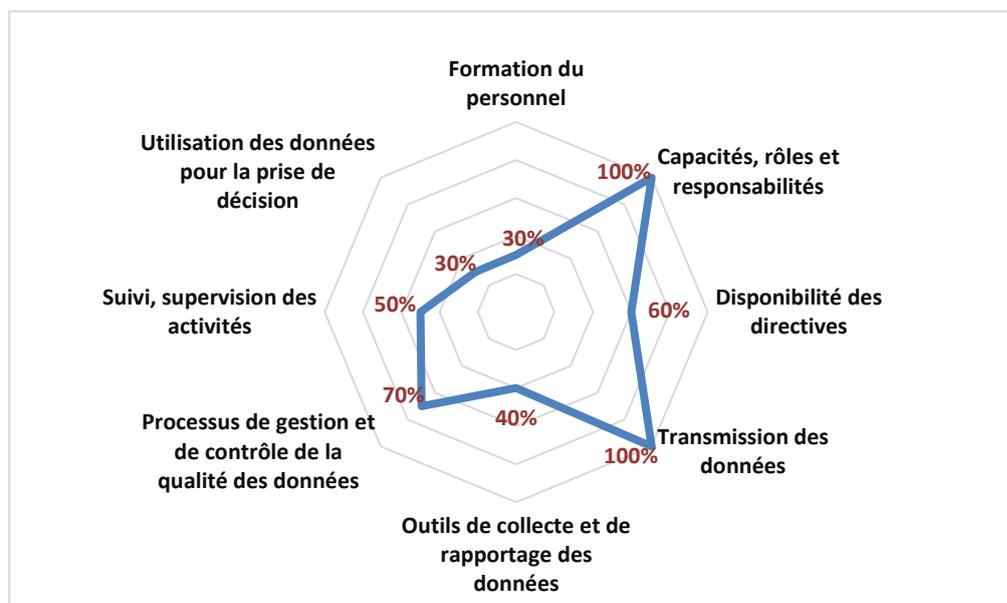


Figure 5 : Les paramètres d'évaluation de la gestion du SNIS dans les sites

L'enquête réalisée sur les rôles et responsabilités du gestionnaire de données a montré que tout le personnel a une connaissance des différentes tâches liées à son poste.

Bien que tous les sites disposent de personnel pour assurer la prise en charge des patients, il a été constaté seulement 30% du personnel enquêté ont été formés sur le SNIS et le VIH. Ceci est essentiellement dû à la mobilité fréquente du personnel et au départ à la retraite pour d'autres.

Les efforts de renforcement du SNIS ont permis de doter certains sites de directives de prise en charge et de définition des indicateurs. Cependant, le manque de formation ne permet pas une utilisation optimale de ces directives.

Concernant la transmission des données, il a été constaté que tous les sites transmettent les données à travers les outils secondaires DHIS2 et MSR. La charge de travail ne permet pas la promptitude des données.

L'étude a ressorti que seul 40% des sites disposent d'outils de rapportage des données. Ceci est essentiellement dû au retard de dispatching des nouveaux outils de rapportage par le programme national de lutte contre le VIH et les Hépatites.

De même, le contrôle interne des données au niveau des sites est fait par les chefs de centre et les directions préfectorales de la santé. Le contrôle se fait semestriellement par le PNLISH, ce qui ne permet pas une correction systématique des données par les prestataires.

Également, il ressort de l'étude que l'utilisation des données pour la prise de décision n'est pas faite par les acteurs de santé à l'exception des données de consommation qui sont utilisées pour faire les commandes.

5.6. Insuffisances dans la qualité des données et dans la gestion du Système national d'information sanitaire

A l'issue de l'analyse des données et des constats, l'analyse situationnelle dans les sites évoque des insuffisances dans la qualité des données et la gestion du système national d'information sanitaire qui sont entre autres :

- Besoin de formation du nouveau personnel assurant la relève après le départ à la retraite des autres ;
- Sur et sous notification constatée par endroit entre les données des outils primaires (registres : CPN/PTME, Maternité/PTME, activités/cohortes, dispensation et fiche PTME) et secondaires (DHIS2 et canevas rapport mensuel SNIS, MSR) ;
- Insuffisance de mise à jour des outils primaires et de correction des données validées dans les outils secondaires lors des ateliers de validation et de retro-information ;
- Problème de tenue et d'archivage des outils primaires et secondaires dans les sites ;
- Existence de plusieurs outils primaires parallèles dans les sites ;
- Incompréhension des agents sur la définition des items dans les registres due à l'intervention de plusieurs partenaires sur le même domaine (exemple de la PTME) ;
- Défaut d'analyse et de retro-information des données VIH dans certains districts sanitaires ;
- Utilisation des anciens outils primaires et secondaires dans certains sites ;
- Problème de maintenance préventive et d'antivirus pour les matériels informatiques mis à dispositions dans certains sites et de la maintenance curative dans d'autres.

5.7. Difficultés rencontrées

Durant cette phase de collecte sur le terrain, les équipes d'évaluateurs ont rencontré quelques difficultés qui sont entre autres :

- Insuffisance du nombre de jours (un seul jour) de voyage pour des équipes de l'axe de Siguiri et de N'Zérékoré ;
- Problème de logistique pour le transport des évaluateurs de l'axe Conakry-Siguiri avec le véhicule de MSF. A 18 heures, le véhicule doit être immobilisé et un seul jour accordé pour le départ et le retour ;
- Insuffisance du nombre de jours d'activité des évaluateurs dans les sites ;
- Insuffisance de communication sur l'information des sites sur l'arrivée des équipes d'évaluateurs ;
- Non implication des équipes cadres de districts (ECD) dans cette mission d'évaluation.

5.8. RECOMMANDATIONS

Au regard des insuffisances relevées lors de cette mission d'évaluation sur la qualité des données, les recommandations suivantes ont été formulées :

5.8.1. A l'endroit des CCS/DCMC/DH/DG des formations sanitaires :

- Eviter la discordance des données à travers le manque de partage des données validées avec le personnel ;
- Sécuriser et Garder une seule source de données dans les sites auprès de tous les agents ;
- S'assurer de la qualité des données partagées dans le DHIS2 et le MSR ;
- Apporter des modifications ci-possibles aux données validées lors des ateliers de validation et de retro-information des données ;
- Sécuriser et Archiver soigneusement les outils primaires et secondaires en lieu sûr afin d'éviter la perte desdits documents ;
- Veiller au remplissage correct des outils primaires et secondaires ;
- Faire le suivi régulier du personnel et la supervision interne des activités ;
- Rapporter exactement les données compilées à travers les outils primaires dans les outils de rapportage mensuel SNIS, DHIS2 et MSR.

5.8.2. A l'endroit des DCS/DPS/ATD

- Faire l'analyse des données remontrées par les sites à travers le DHIS2 afin de déceler les erreurs et données aberrantes ;
- Faire le feedback aux sites après l'analyse pour des éventuelles corrections ;
- Intégrer les données de VIH dans les supervisions bimestrielles/trimestrielles organisées ;
- Briefer les agents sur le remplissage correct des outils primaires et secondaires ;
- Veiller à la complétude des données dans le DHIS2.

5.8.3. A l'endroit des IRS/DSVCo

- Faire l'analyse des données VIH à l'échelle district dans le DHIS2 ;
- Faire le feedback aux districts sanitaires sur les éventuelles corrections apportées ;
- Organiser les missions d'évaluation de la qualité des données dans les districts sanitaires (DQA) ;
- Veiller à l'utilisation des données VIH dans les districts.

VI. CONCLUSION

L'évaluation de la qualité des données produites par les équipes sont essentielles à la prise de décision mais aussi à la confirmation des données partagées dans le GAM, le PUDR et le contrat d'objectif du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Elle est utilisée pour rendre compte des progrès accomplis dans le cadre du suivi-évaluation mis en place pour la riposte aux IST/VIH/Sida. L'évaluation de la qualité des données de routine et de la gestion du système dénommé « Routine Data Quality Assessment (RDQA) » dans le cadre des interventions de riposte aux IST/VIH/Sida a permis de disposer des données sur la disponibilité et la complétude des documents sources (outils de collecte et de rapportage des données), la formation et la supervision des acteurs, la concordance des données collectées, compilées dans les rapports mensuels/trimestriels et saisies dans le DHIS2 et le MSR à travers les indicateurs évalués, l'utilisation des données pour la prise de décisions.

En outre, elle a permis de déceler les difficultés, faiblesses et insuffisances que connaissent les formations sanitaires enquêtées et leurs districts.

C'est pourquoi, il est sollicité au CNLS et les autres partenaires intervenant dans la riposte aux IST/VIH/Sida de rendre pérenne l'utilisation de cet outil (RDQA) afin de valider avec certitude les données de routine remontées et partagées sur le plan national et international.

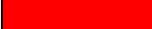
Au regard de ces insuffisances, des recommandations ont été formulées et dont leur mise en œuvre permettra de relever les défis de la qualité des données et de la gestion du SNIS au niveau de la région.

ANNEXES

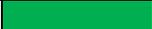
Annexe 1 : Liste des participants à l'analyse et à la rédaction

N°	Prénoms et Nom	Fonctions	Provenance/Structures
1	Thierno Saidou DIALLO	Chef d'Unité SE	PNLSH
2	Souleymane Sékou YOULA	Assistant SE/GD	PNLSH
3	Alseny Ibrahima CAMARA	Responsable Planification	SE/CNLS
4	Pascal BONIMY	Conseiller IS	ONUSIDA
5	Fatoumata Fily BAH	Assistante SE/GD	PNLSH
6	Ibrahima DIALLO	Assistant SE	PNLSH
7	Ali DIALLO	Assistant planification/SE	SE/CNLS
8	Kanny DIALLO	Responsable SE	SE/CNLS
9	Faya Benjamin TOLNO	Responsable SE	PLAN INTERNATIONAL
10	Layba Sékou MARA	Chargé d'étude	BSD/MSHP
11	Abdoul Rahimi DIALLO	Gestionnaire des données	MSF Guinée
12	Diao CISSE	Chargé SE	MSF Guinée
13	Aicha BALDE	Assistant SE/GD	PNLSH
14	Mamoudou SYLLA	Assistant SE/GD	PNLSH
15	Mariama Ciré DIALLO	Assistant SE/GD	PNLSH
16	Mohamed DIALLO	Assistant SE/GD	PNLSH
17	Moro Baba CAMARA	Gestionnaire des données	CNLS
18	Sâa Pascal KAMANO	Chargé d'épidémiologie et Recherche	PNLSH
19	N'Faly CONDE	Stagiaire	SE/CNLS

Annexe 2 : Légende des couleurs des scores des données vérifiées

Score d'évaluation	Couleurs	Appréciation
$r = 1$		Concordance
$r < 1$		Sous notification
$r > 1$		Sur notification

Annexe 3 : Scores d'évaluation du remplissage des outils

Complétudes du remplissage des outils	Couleurs	Appréciation
90 – 100 %		Excellente
70 – 89 %		Bonne
<70 %		Mauvaise

BIBLIOGRAPHIES

- A. Rapport GAM Guinée 2021, CNLS, PNLSH, ONUSIDA et autres ;
- B. Normes et procédures en PTME Guinée (*version révisée 2022*), PNLSH.