

DQA

1

Module 1 Cadre et mesures



World Health
Organization



 The Global Fund



dhis2



ASSURANCE QUALITÉ DES DONNÉES

Module 1

Cadre et mesures



Assurance qualité des données. Module 1. Cadre et mesures

Cette publication est la mise à jour du document publié en 2017 intitulé « Examen de la qualité des données : une boîte à outils pour l'évaluation de la qualité des données des établissements ». Module 1. Cadre et métriques ».

ISBN 978-92-4-004735-8 (version électronique)

ISBN 978-92-4-004736-5 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la santé 2022

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme indiqué ci-dessous. Dans toute utilisation de ces travaux, rien ne doit laisser entendre que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez alors accorder une licence pour votre œuvre sous la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous créez une traduction de cet ouvrage, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été créée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale anglaise constitue l'édition contraignante et authentique ».

Toute médiation relative aux litiges découlant de la licence sera menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. Assurance qualité des données. Module 1. Cadre et métriques. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2022.
Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Données de catalogage avant publication (CIP). Les données CIP sont disponibles sur <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre des demandes d'utilisation commerciale et des questions sur les droits et les licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériaux tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre attribué à un tiers, tel que des tableaux, des figures ou des images, il est de votre responsabilité de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la violation de tout élément appartenant à un tiers dans l'œuvre incombe uniquement à l'utilisateur.

Avertissements généraux. Les désignations utilisées et la présentation du matériel contenu dans cette publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'OMS concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou zone ou de ses autorités, ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. Les lignes pointillées et pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord total.

La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils soient approuvés ou recommandés par l'OMS de préférence à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms de produits exclusifs sont distingués par des initiales majuscules.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas l'OMS ne pourra être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

Conception et mise en page par L'IV Com Saràl

Contenu

Remerciements.....	v
Abréviations	vi
Chapitre 1. Contexte.....	1
Chapitre 2. Présentation	2
Objectifs	2
Portée de la boîte à outils	
DQR ..	2
Chapitre 3. Méthodologie et ressources DQR	4
Cadre général	4
Examen documentaire	5
Évaluation sur site de la qualité des données : vérification des données et évaluation du système	10
Chapitre 4. Mesures de la qualité des données	15
Indicateurs de base	15
Dimensions de la qualité des données	17
Définitions, points de référence et seuils	19
Chapitre 5. Gouvernance, coordination, diffusion et utilisation des résultats	23
Gouvernance et coordination	23
Diffusion et utilisation des résultats.....	25
Annexe : Indicateurs recommandés.....	27
Indicateurs de base	27
Indicateurs supplémentaires	27

Liste des

tableaux Tableau 1.1. Indicateurs de base recommandés pour

le DQR Tableau 1.2. Dimension de qualité des données, mesures et références standards

Liste des figures

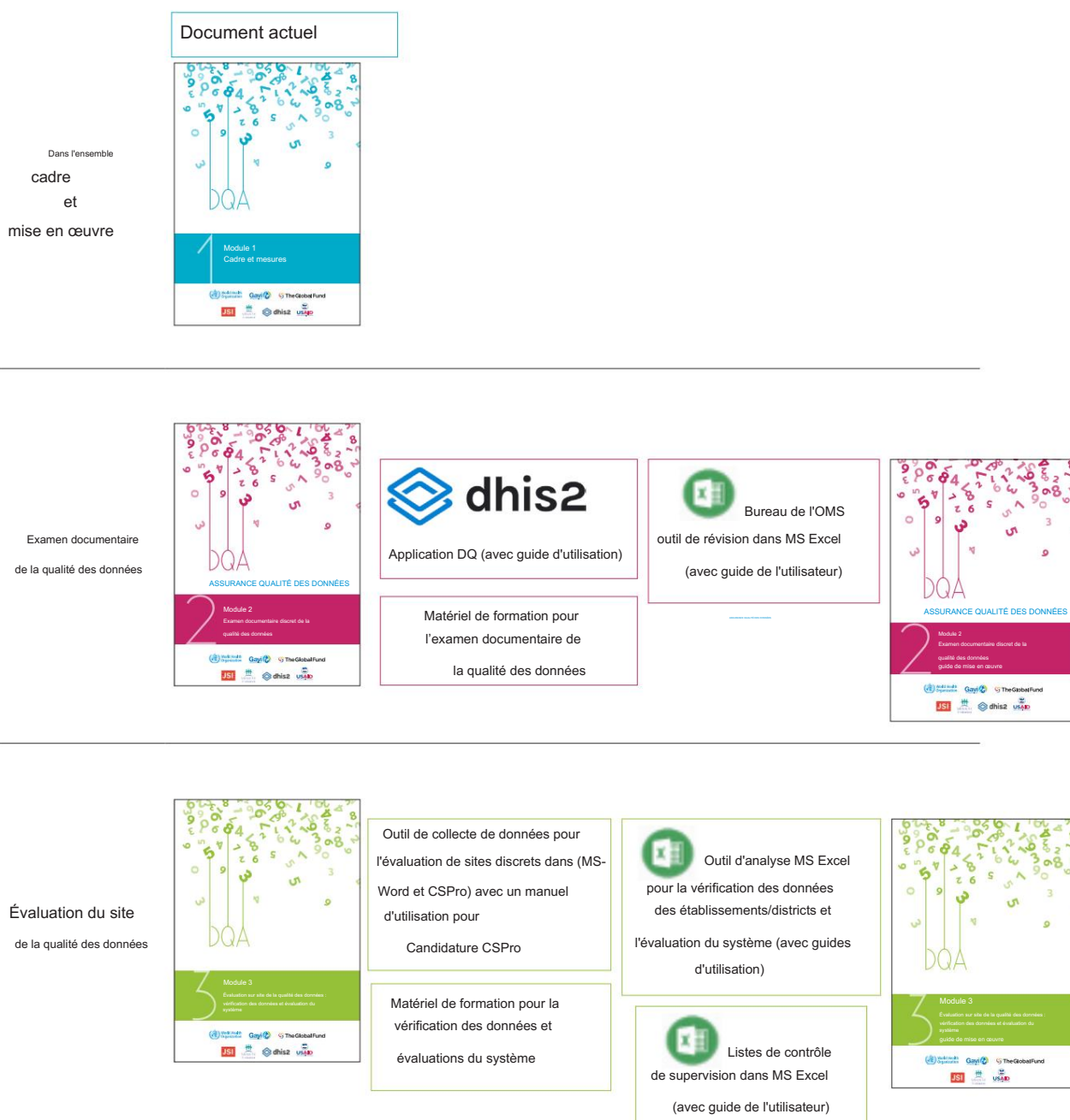
Figure 1. La méthodologie DQR Figure

2. Interaction des activités disparates liées à la qualité des données

Contenu de la boîte à outils

La boîte à outils DQR comprend des lignes directrices, des outils et d'autres ressources permettant aux pays de mettre en œuvre et d'institutionnaliser un système permettant de garantir la qualité des données de leurs établissements de santé. Le schéma suivant montre les différentes ressources disponibles qui sont décrites plus en détail dans le document.

Ces ressources sont également disponibles en téléchargement sur le lien suivant : <https://www.who.int/data/ouils-de-collecte-de-donnees/donnees-sur-les-services-de-sante/donnees-assurance-qualite-dqa>



Remerciements

Cette boîte à outils est le résultat d'une collaboration entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), Gavi, l'Alliance du vaccin (Gavi) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).)/MESURE Évaluation.

La boîte à outils propose une approche unifiée de la qualité des données. Il intègre et s'appuie sur des outils et méthodes antérieurs et actuels conçus pour évaluer la qualité des données au niveau des établissements, en tenant compte des meilleures pratiques et des enseignements tirés de nombreux pays.

Kavitha Viswanathan a supervisé le développement technique de la boîte à outils, avec les conseils généraux fournis par Kathryn O'Neill et avec la contribution technique de Ties Boerma, David Boone, Hong Anh Chu, Robert Pond, Olav Poppe, Claire Preaud, Ashley Sheffel, Amani Siyam, Knut. En regardant, Marina Takane et Wendy Venter.

Tous les modules de la boîte à outils sont basés sur les contributions techniques des départements de l'OMS et des partenaires externes. Les départements de l'OMS comprenaient le Programme élargi de vaccination, le Programme mondial de lutte contre le VIH, le Programme mondial de lutte contre le paludisme, le Programme mondial de lutte contre la tuberculose et la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (RMNCAH) et d'autres agences, notamment le Fonds mondial, Gavi, John Snow/Measure. Évaluation, Université d'Oslo et programme collaborateur sur les systèmes d'information sur la santé (HISP).

Des remerciements particuliers vont à Laura Anderson, Maria Theresa Babovic, Florence Chan, Hong Anh Chu, Elizabeth Katwan, Marek Lalli, Daniel Low-Beer, Charalampos Sismanidis, Amani Siyam, Wendy Venter et Ryan Williams du Programme mondial de l'OMS sur le VIH, du Programme mondial de lutte contre le paludisme, Programme mondial de lutte contre la tuberculose et santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (RMNCAH).

Des contributions supplémentaires ont été apportées par les experts techniques et évaluateurs Robert Pond, Kavitha Viswanathan, David Boone, Ashley Sheffel, ainsi que Carine Gachen de Gavi, Joyce Witherspoon et Michelle Monroe du Fonds mondial et le programme de systèmes d'information sur la santé de l'Université d'Oslo (HISP).) équipes mondiales et régionales.

Des remerciements particuliers doivent être adressés aux pays partenaires qui ont testé et mis en œuvre différentes composantes de l'approche et ont fourni de précieux commentaires, à savoir : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Cambodge, République démocratique du Congo, Kenya, Mauritanie, Sierra Leone, Afrique du Sud. Soudan, Togo, Ouganda, Zambie et Zanzibar en République-Unie de Tanzanie.

Cette boîte à outils a été produite avec le soutien de subventions de la Bloomberg Philanthropies Data for Health Initiative ; Gavi ; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; et l'Agence norvégienne de coopération au développement (Norad).

Abréviations

ANC	Soin prénatal
ART	Traitement antirétroviral
DHIS2	Logiciel Web open source utilisé par les pays principalement comme système d'information sanitaire pour la gestion des données et le suivi de la santé.
	programmes
DQIP	Plan d'amélioration de la qualité des données
DQR	Examen de la qualité des données
PAO	Diphtérie-tétanos-coqueluche
DTC3	Vaccin en trois doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
Gavi	Gavi, l'Alliance du Vaccin
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
SIGS	Système d'information sur la gestion de la santé
TPI	Thérapie préventive intermittente
MCV	Vaccin contre la rougeole
TB-MR	Tuberculose multirésistante
ONG	Organisation non gouvernementale
PCV	Vaccin conjugué contre le pneumocoque
Penta	Vaccin pentavalent
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
TDR	Test de diagnostic rapide
FR	Résistant à la rifampicine
Dévié du Sud	Écart-type
Tuberculose	Tuberculose
Le Fonds mondial	Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
TT	Vaccin contre l'anatoxine tétanique
TU AS DIT	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Chapitre 1. Contexte

Des données de haute qualité sont essentielles pour suivre les progrès vers les objectifs de développement durable (ODD), les cibles du triple milliard de l'OMS et les priorités de santé nationales ou infranationales. Il est également essentiel de renforcer la capacité des pays à prévenir, préparer et répondre aux urgences sanitaires telles que la COVID-19. Des données opportunes, fiables et exploitables sont essentielles pour mettre en œuvre des interventions visant à améliorer la santé des populations¹.

Le rapport mondial récemment publié sur les capacités des pays en matière de données et de systèmes de santé utilisant le progiciel technique SCORE a souligné que l'amélioration de la qualité des données est essentielle pour la politique et la planification. La disponibilité des données ne se traduit pas automatiquement par la disponibilité des données de qualité nécessaires à la politique, à la planification et aux soins de santé des patients. La qualité des données est un problème crucial pour les établissements de santé, environ 40 % des pays ne démontrant pas clairement que les processus d'assurance qualité des données ont été suivis pour leurs données publiées sur les établissements de santé.

Le système national d'information sur la gestion de la santé (HMIS) et les systèmes de reporting spécifiques aux programmes de santé et de maladie (lorsqu'ils existent) collectent des données sur les services de santé de routine auprès des établissements de santé du système national de santé. Toutes les données sont soumises à des limitations de qualité telles que des valeurs manquantes, des biais, des erreurs de mesure et des erreurs humaines dans la saisie et le calcul des données. Cela est particulièrement vrai pour les données des établissements de santé. Les données des établissements de santé sont largement utilisées à diverses fins, notamment les rapports, les examens du secteur de la santé, la planification, le suivi des programmes, l'amélioration de la qualité et le suivi des patients. Il est essentiel de disposer d'un système d'examen et d'amélioration de la qualité des données pour garantir que ces données répondent à leurs différents objectifs.

Le paysage de la qualité des données dispose de nombreux outils et efforts différents pour examiner la qualité des données des établissements de santé. Même si les efforts visant à améliorer la qualité des données sont louables, ces outils et approches présentent des limites. Par exemple:

Des évaluations indépendantes et non coordonnées réalisées séparément par différents acteurs rendent difficile l'évaluation de la capacité des établissements de santé à produire des données de qualité de manière plus globale. Différentes évaluations sont inefficaces à la fois en termes d'utilisation des ressources et de charge accrue sur le personnel en périphérie.

Les évaluations ad hoc utilisent souvent des méthodologies non standardisées, ce qui rend les résultats difficiles à obtenir, généraliser ou comparer.

¹ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/score/who_2021-01-31_global-report-score_tb_v2.pdf?sfvrsn=cf86a4fb_3&download=true

L'accent a été moins mis sur l'examen de routine et régulier des données dans le cadre d'un processus de reporting/feedback.

S'appuyant sur les mécanismes existants pour garantir la qualité des données, cette boîte à outils d'examen de la qualité des données (DQR) représente un effort de collaboration de l'OMS, du Fonds mondial, de Gavi et de l'USAID/MEASURE Evaluation pour promouvoir une approche harmonisée et un langage commun pour évaluer et améliorer la qualité des données des établissements de santé. La méthodologie et les paramètres ont été développés et sélectionnés sur la base d'une large consultation avec des experts en programmes de santé internationaux provenant des principaux donateurs et agences d'assistance technique. L'objectif du DQR est de contribuer à l'amélioration de la qualité des données utilisées par les pays pour le suivi de routine, les examens annuels du secteur de la santé, la planification et l'évaluation des programmes et de faciliter la prise de décision.



Chapitre 2. Présentation

Des décisions judicieuses reposent sur des données solides ; il est donc essentiel de s'assurer que les données sont de bonne qualité. Les données des établissements de santé constituent une source de données principale pour évaluer la performance du secteur de la santé. Des données de mauvaise qualité affectent de différentes manières différents niveaux des systèmes de santé. Pour les prestataires de soins de santé au niveau des établissements, les soins aux patients peuvent être affectés si les informations sur le patient sont incomplètes ou incohérentes. Pour les responsables de programme, des données de mauvaise qualité peuvent conduire à des décisions incorrectes pouvant nuire au fonctionnement global du programme et, en fin de compte, à la santé de la population. Au niveau de la planification, des données de mauvaise qualité peuvent saper les preuves de progrès vers la réalisation des objectifs du secteur de la santé et entraver les processus de planification annuelle en donnant des résultats trompeurs. En outre, lors de la détermination des investissements dans le secteur de la santé, des données de mauvaise qualité peuvent conduire à un mauvais ciblage des ressources.

Objectifs

Le DQR est conçu pour évaluer la qualité des données générées par le(s) système(s) d'information des établissements de santé. Les objectifs du DQR sont :

institutionnaliser un système d'évaluation de la qualité des données, comprenant un suivi régulier des données, des examens discrets de la qualité des données (menés chaque année) et des évaluations périodiques approfondies des programmes de santé prioritaires ;

identifier les faiblesses du système de gestion des données et les interventions visant à renforcer le système ; et

suivre la performance de la qualité des données dans le temps et la capacité à produire des données de bonne qualité.

Portée de la boîte à outils DQR

La portée de la boîte à outils DQR est de fournir le cadre et la structure nécessaires pour soutenir l'assurance, l'évaluation et l'amélioration de routine, annuelles ou périodiques, des données déclarées par les établissements. La périodicité des examens dépend de l'objet de l'examen – c'est-à-dire s'il faut apporter des corrections de routine aux données, s'il faut examiner les problèmes transversaux courants de qualité des données qui doivent être abordés lors de la préparation des rapports analytiques annuels sur la santé, ou s'il faut examiner les une analyse plus approfondie d'un programme de santé ou d'une maladie spécifique avant l'examen d'un programme. Plus précisément, cette approche à plusieurs volets comprend :

Examens de routine et réguliers de la qualité des données – ou assurance qualité des données. Il doit s'agir d'examens réguliers (par exemple mensuels) de la qualité des données intégrés à un système de vérification du HMIS ou d'autres systèmes de reporting du programme dans le cadre d'un cycle de retour d'information qui identifie les erreurs en temps quasi réel afin qu'elles puissent être corrigées au fur et à mesure qu'elles se produisent. Cet examen de routine des données peut être plus holistique et soit transversal, soit spécifique au programme, et peut être effectué par différents utilisateurs des données (par exemple, les responsables du HMIS, les responsables de programme, etc.).

Évaluations transversales discrètes. Ceux-ci sont nécessaires pour examiner la qualité de la santé les données des établissements sont utilisées à la fois pour mesurer la performance du secteur de la santé et également à des fins de politique et de planification. S'il est recommandé que ces évaluations présentent un élément d'indépendance lors de leur mise en œuvre, il est très important qu'elles soient étroitement coordonnées et gérées par le ministère de la Santé. La surveillance du ministère de la Santé est essentielle pour l'utilisation finale de ces résultats afin d'améliorer la qualité des données. Ces évaluations doivent être réalisées avant un cycle de planification, par exemple avant un examen annuel du secteur de la santé (la périodicité dépend du pays).

Examens périodiques approfondis spécifiques au programme sur la qualité des données. Ceux-ci devraient se concentrer sur une seule maladie ou un seul domaine de programme et doivent être programmés pour répondre aux besoins de planification des programmes spécifiques (par exemple avant les revues de programme).

Les dimensions et mesures du DQR sont universelles et peuvent être appliquées aux différents niveaux du système de santé afin d'améliorer la qualité des données des établissements de santé. Bien que ces mesures puissent être pertinentes pour les données au niveau des patients, pour les directives actuelles, elles sont limitées aux données agrégées.

Chapitre 3. Méthodologie DQR et ressources

La méthodologie DQR comprend deux processus distincts (Figure 1), à savoir :

Un examen documentaire – un examen de la qualité des données déclarées agrégées existantes, en utilisant mesures standardisées de la qualité des données. Cela peut être effectué dans le cadre de contrôles de routine et réguliers de la qualité des données ou dans le cadre d'une évaluation discrète/transversale.

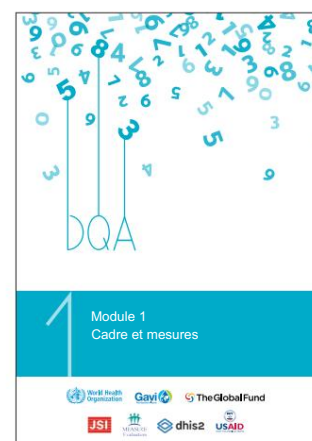
Une évaluation du site – une évaluation de la qualité des données qui nécessite des visites dans les établissements de santé et les bureaux de district et comprend la vérification des données sources et une évaluation des capacités du système à produire des données de qualité. L'évaluation du site peut faire partie d'un cycle d'assurance qualité des données de routine qui comprend la supervision ou elle peut être menée de manière discrète/évaluation transversale.

La boîte à outils DQR comprend des lignes directrices et des outils qui jettent les bases d'une compréhension commune de la qualité des données afin qu'un mécanisme régulier d'assurance et d'examen de la qualité des données puisse être institutionnalisé. La boîte à outils permet aux pays d'utiliser des orientations et des outils appropriés pour procéder à un examen de la qualité des données. Les ressources sont décrites ci-dessous selon leurs différentes utilisations.

Cadre global

Les deux documents répertoriés ici donnent un aperçu du cadre et de la boîte à outils DQR, ainsi que des détails sur leur mise en œuvre.¹

Le cadre global du DQR est décrit dans le module 1 (c'est-à-dire le document actuel). Celui-ci présente le cadre général du DQR et présente la méthodologie, les mesures et le contenu de la boîte à outils.



¹ Pour télécharger, voir : https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/ (consulté le 28 octobre 2020).

Examen documentaire

L'examen documentaire examine la qualité des données collectées selon quatre dimensions, à savoir : 1) l'exhaustivité ; 2) cohérence interne ; 3) comparaison externe avec d'autres sources de données ; et 4) cohérence externe des données démographiques (par exemple les dénominateurs). Au sein de chaque dimension, il existe une ou plusieurs mesures qui mesurent différentes fonctions/ composantes de la qualité des données.

Ceux-ci sont décrits dans une section suivante. Bien que ces orientations sur la qualité des données soient destinées à être utilisées par les ministères de la santé avec leurs données HMIS, les dimensions et mesures de la qualité des données peuvent être appliquées à d'autres systèmes d'information. Aucune nouvelle collecte de données n'est nécessaire pour procéder à un examen documentaire de la qualité des données. Une discussion plus approfondie de l'examen documentaire de la qualité des données peut être trouvée dans le module 2.

Réaliser une analyse documentaire de la qualité des données a deux objectifs différents :

être menée sous la forme d'une évaluation discrète de la qualité des données de routine des établissements de santé afin de mesurer l'adéquation des données utilisées pour la planification et le suivi du secteur de la santé ;

examiner les données des établissements de santé en continu (par exemple mensuellement) pour détecter les erreurs d'agrégation et de reporting en vue d'une correction en temps réel.

Examen documentaire de la qualité des données – une évaluation discrète

Il est recommandé de procéder à un examen documentaire effectué sous forme d'évaluation discrète avant les examens annuels du secteur de la santé afin de donner un aperçu de la qualité des données dans les différents domaines de programme du système d'information sanitaire de routine. Cet examen documentaire discret de la qualité des données compare les performances du système d'information sanitaire du pays avec les références recommandées¹ en matière de qualité et signale un examen plus approfondi de toute unité administrative infranationale qui ne parvient pas à atteindre la référence. Dans le même temps, l'examen documentaire peut identifier certaines valeurs aberrantes importantes – et éventuellement erronées – qui justifient une enquête et, si nécessaire, une correction (« nettoyage des données ») avant de pouvoir procéder à l'analyse des données.

¹ Des critères de référence définis par l'utilisateur peuvent être établis à la discrétion des planificateurs de l'évaluation.

Certains critères recommandés pour l'examen documentaire comprennent :

Un ensemble principal d'indicateurs de suivi (généralement 4 à 5) sélectionnés dans tous les domaines du programme (c'est-à-dire transversaux)¹ est examiné par rapport aux quatre dimensions mentionnées ci-dessus. Cet examen documentaire transversal des indicateurs de programme recommandés dans toutes les dimensions de la qualité quantifie les problèmes d'exhaustivité et de cohérence des données par domaine de programme individuel.

Il fournit également des informations précieuses sur l'adéquation globale des données des établissements de santé pour soutenir la planification et le suivi annuel.

Maintenir un « élément d'indépendance » dans la conduite, l'analyse et l'interprétation de cette étude documentaire. Cela implique la présence d'un analyste impartial pendant le processus d'examen documentaire de la qualité des données. (Cela diffère d'un examen de routine et continu de la qualité des données dans lequel les collecteurs et les utilisateurs des données gèrent et examinent les données).

Assurer le leadership du ministère de la Santé dans la supervision de ce processus et l'utilisation des résultats pour améliorer la qualité des données.

Mettre en œuvre avant un événement d'examen, tel qu'un examen du secteur de la santé.

Mener l'examen documentaire en conjonction avec l'évaluation discrète du site (bien que l'examen documentaire puisse alternativement être mené séparément).

Ressources pour soutenir un examen documentaire discret de la qualité des données

Les ressources suivantes sont disponibles pour soutenir la mise en œuvre d'examens documentaires discrets de la qualité des données.²

Module 2 : L'examen discret de la qualité des données est le principal document d'orientation pour procéder à un examen documentaire de la qualité des données. Le contenu de ce document d'orientation s'applique à la fois à l'examen documentaire discret de la qualité des données et à l'examen continu de la qualité des données. Ce document est accompagné du Module 2 : Guide de mise en œuvre de l'examen documentaire de la qualité des données qui décrit le processus requis pour la mise en œuvre.

Un outil dans Microsoft Excel automatisera les analyses des mesures de qualité des données (pour les pays qui ne disposent pas de DHIS 2). Cet outil Excel, accompagné d'un guide de l'utilisateur, est recommandé pour l'examen documentaire discret de la qualité des données (qui doit être effectué avant une revue du secteur de la santé) mais pas pour les contrôles de routine de la qualité des données.³ Bien que l'outil Excel ait été développé pour mener une étude documentaire transversale de la qualité des données sur plusieurs indicateurs de programme, il peut également être utilisé pour mener une étude documentaire discrète spécifique au programme sur la qualité des données.

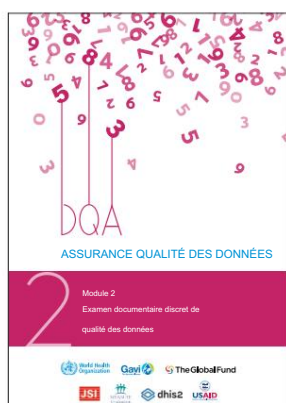
¹ Bien qu'une évaluation discrète puisse également être réalisée pour un programme spécifique, dans ce document et dans le reste de la boîte à outils DQR, l'évaluation discrète fait référence à un examen transversal de la qualité des données. Les mesures du DQR sont applicables à une évaluation de la qualité des données spécifique au programme.

² Pour télécharger, voir : https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/dqr_desk_review/en/ (consulté le 28 octobre 2020).

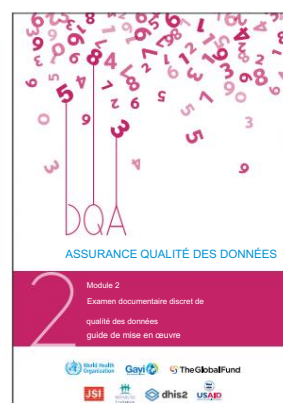
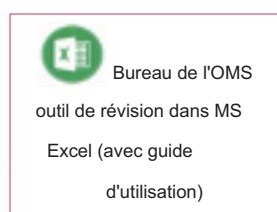
³ Cela est principalement dû au fait que l'outil Excel est conçu pour examiner la qualité des données à un moment donné et qu'il nécessite des efforts considérables pour formater les données en vue de leur importation dans l'outil et des efforts considérables pour importer les données (c'est-à-dire couper et coller des données) dans afin de calculer les mesures de qualité des données. L'utilisation de l'outil pour les contrôles de routine nécessiterait que ce processus soit effectué à chaque fois, ce qui le rendrait très lourd.

Les métriques DQR sont intégrées au logiciel DHIS 2 dans le cadre de l'application WHO Data Quality. Cette application peut être utilisée pour une évaluation discrète transversale ou une évaluation discrète spécifique à un programme et peut générer un rapport. L'application OMS sur la qualité des données peut également être utilisée pour le suivi continu de la qualité des données (voir la section suivante). Il est accompagné d'un guide de l'utilisateur pour la configuration initiale et la mise en œuvre.¹

Du matériel de formation a été élaboré pour aider à soutenir la formation en personne sur la réalisation d'un examen documentaire de la qualité des données. Ces supports contiennent des présentations, un guide de l'animateur, un manuel du participant et des exercices qui peuvent être adaptés pour toute formation sur l'examen documentaire de la qualité des données.



Matériel de formation pour
l'examen documentaire de la
qualité des données



Examen documentaire continu de la qualité des données

La vérification de la qualité des données ne doit pas se limiter à des évaluations annuelles discrètes. La surveillance continue et la correction des données pour garantir la qualité devraient faire partie du cycle de routine de collecte, de reporting, de retour d'information et d'utilisation des données. Certaines caractéristiques clés de l'examen documentaire continu de la qualité des données sont :

Il n'est pas nécessaire de limiter l'analyse de la qualité des données aux indicateurs de suivi (même s'il convient d'envisager leur inclusion car ce sont des indicateurs clés du programme). Les utilisateurs peuvent examiner différents indicateurs par rapport aux mesures de qualité des données (y compris des examens continus spécifiques au programme).

Une revue mensuelle minimale de la qualité des données est recommandée au niveau des établissement et district de santé ainsi qu'aux niveaux supérieurs. Toutefois, en fin de compte, les procédures opérationnelles standard d'un pays en matière d'assurance qualité des données doivent être suivies.

Certaines des dimensions et mesures utilisées pour l'évaluation discrète de l'examen documentaire – telles que l'exhaustivité et l'actualité des données, la cohérence interne des données ou la comparaison

¹ Comme indiqué dans la section précédente ainsi que dans le document-cadre, le DQR discret est transversal et compare la qualité des données des indicateurs dans différents programmes. Dans DHIS 2, cette analyse transversale ne sera possible que pour les indicateurs collectés dans DHIS 2. Par exemple, si les indicateurs du VIH ne sont pas déclarés dans DHIS 2, le DQR discret avec les indicateurs de base recommandés ne sera pas possible dans DHIS 2 et devra être réalisé dans l'outil Excel. Cependant, un DQR discret avec un ensemble différent d'indicateurs transversaux peut néanmoins être réalisé dans DHIS 2 à l'aide de l'application DQ de l'OMS.

avec d'autres données de programme connexes – peut également être utilisé pour une surveillance continue.

Cependant, d'autres dimensions, telles que les comparaisons externes avec d'autres sources de données et la cohérence externe des données démographiques, devraient être réalisées chaque année.

L'examen documentaire continu est effectué par les collecteurs et les utilisateurs de données et ne nécessite aucun élément d'indépendance.

Ce concept a été reflété dans le module de formation sur l'assurance qualité des données du district.

(https://cdn.who.int/media/docs/default-source/data-quality-pages/district-dqa---training-package_2021.02.24.pdf?sfvrsn=f9395c62_3)

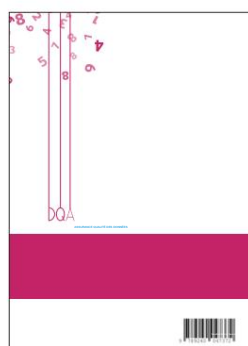
Ressources pour soutenir l'examen documentaire continu de la qualité des données

Les ressources suivantes sont disponibles pour soutenir la mise en œuvre d'examen documentaires continus de la qualité des données.¹

Module 2 : Examen documentaire de la qualité des données est le principal document d'orientation pour mener un examen documentaire de la qualité des données. Le contenu de ce document d'orientation s'applique à la fois à l'examen documentaire discret de la qualité des données et à l'examen continu de la qualité des données.

Les métriques DQR sont intégrées au logiciel DHIS 2 dans le cadre de l'application WHO Data Quality. Cette application dispose de multiples fonctionnalités, notamment un tableau de bord spécial pour le suivi de routine et continu de la qualité des indicateurs de suivi sélectionnés (soit un ensemble transversal, soit des ensembles spécifiques au programme), une fonction d'analyse pour examiner la cohérence interne de toute donnée DHIS 2, et une fonction de rapport annuel qui génère automatiquement un rapport sur la qualité des données basé sur le cadre DQR. L'application OMS sur la qualité des données est accompagnée d'un guide de l'utilisateur pour la configuration et la mise en œuvre initiales.

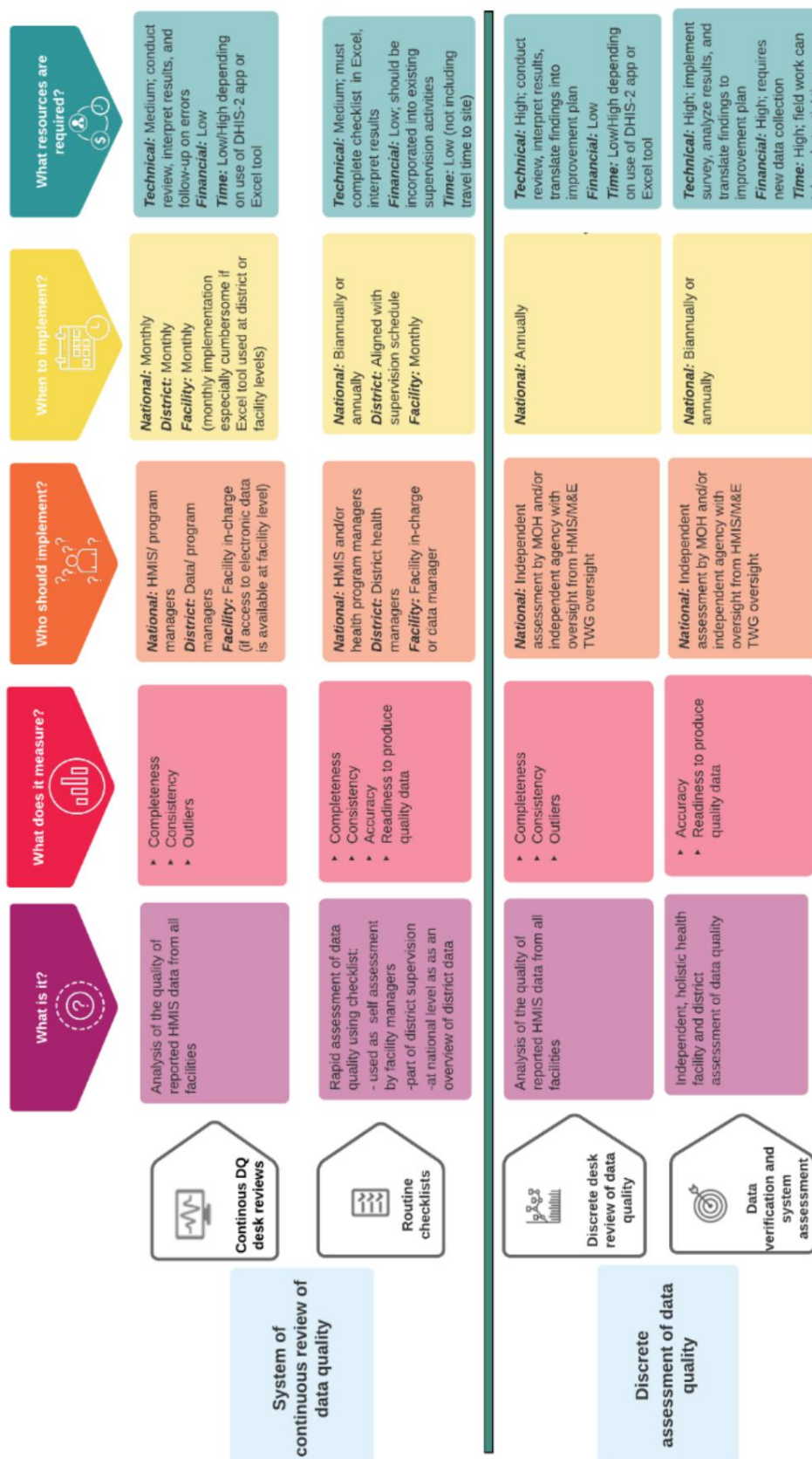
Du matériel de formation a été élaboré pour aider à soutenir la formation en personne sur la réalisation d'un examen documentaire de la qualité des données. Ces supports contiennent des présentations, un guide de l'animateur, un manuel du participant et des exercices qui peuvent être adaptés pour toute formation sur l'examen documentaire de la qualité des données. Ces supports de formation peuvent être utilisés à la fois pour les outils de qualité des données DHIS 2 et Excel. Des supports de formation supplémentaires ont été développés spécifiquement pour l'application de qualité des données de l'OMS basée sur DHIS 2 par l'Université d'Oslo.²



Matériel de formation pour
l'examen documentaire de la
qualité des données

¹ Pour télécharger, voir : https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/dqr_desk_review/en/ (consulté le 28 octobre 2020).

² Ces documents incluent Comment configurer l'outil de qualité des données de l'OMS, Comment utiliser l'outil de qualité des données de l'OMS et Comment configurer les alertes pour les valeurs aberrantes. Une série de vidéos sera bientôt diffusée. Les guides « Comment faire » sont conçus pour être utilisés conjointement avec un site Web spécial contenant des bases de données modèles pour une pratique réaliste de l'examen documentaire des données basé sur DHIS 2.



DATA QUALITY IMPROVEMENT PROCESS

Costed data quality improvement plans are developed based on results from the discrete assessment of data quality, including the desk review and site assessment. They are however implemented through the continuous and regular monitoring of data that address and correct errors in real-time. A subsequent discreet assessment, then, evaluates the improvement made in data quality over the year. The overall cyclical data quality review process should be under the guidance of a multi-stakeholder technical working group (e.g. HMIS TWG).

Skill levels:

Low = Results are presented for easy interpretation. Does not require programming, data management or analysis and synthesis skills; **Medium** = requiring programming/data management skills about minimal critical thinking and synthesis skills; **High** = Requires programming and data management skills as well high level of critical thinking and synthesis skills

Évaluation sur site de la qualité des données : vérification des données et évaluation du système

L'évaluation sur site de la qualité des données implique de mener une évaluation de la qualité des données dans les établissements de santé et les districts. Lors d'une analyse documentaire, un examinateur peut examiner l'exhaustivité et la cohérence des données provenant des établissements de santé. Toutefois, pour déterminer l'exactitude des données sur la santé, une évaluation des données au niveau de l'établissement lui-même est nécessaire. Il existe deux processus par lesquels une évaluation de site peut être réalisée :

comme enquête par sondage discret auprès des établissements et des districts ; grâce à l'utilisation de listes de contrôle établies par le personnel de l'établissement et les superviseurs de district dans le cadre d'un système de routine d'assurance qualité des données.

Évaluation discrète des sites dans les installations et les districts – vérification des données et évaluation du système

L'évaluation transversale et discrète de la qualité des données au niveau des établissements et des districts comprend deux composantes différentes, à savoir : 1) la vérification des données sources et l'exhaustivité des rapports pour des périodes de rapport spécifiques, telles qu'envoyées par l'établissement au niveau de rapport suivant ; et 2) une évaluation du système par laquelle la capacité du système à produire des données de qualité est mesurée. Ces deux composantes sont présentées ci-dessous et discutées en détail dans le module 3.

Certaines caractéristiques clés de l'évaluation de site discret sont :

- Utiliser un ensemble de base d'indicateurs de suivi (généralement 4 à 5) sélectionnés dans tous les domaines du programme (transversaux) pour l'exhaustivité et la vérification des données sources.
- Une méthodologie d'échantillonnage probabiliste solide permettra de garantir que les résultats de la vérification des données sont représentatifs de toutes les unités de cette entité (par exemple, les établissements de santé).
- Une évaluation représentative des établissements de santé au niveau national porte généralement sur un échantillon de plus de 100 établissements ; cela constitue un échantillon suffisant pour vérifier la qualité des données. La collecte de données primaires peut être menée dans le cadre d'une évaluation plus large d'un établissement de santé (par exemple pour mesurer la disponibilité et l'état de préparation des services) ou comme un événement discret.
- L'évaluation du site doit être harmonisée avec les plans d'enquête globaux des pays.
- L'évaluation doit être menée en tandem avec l'examen documentaire discret des données qualité. Sans un examen documentaire de la qualité des données, les informations sur l'exactitude des données issues de l'évaluation du site ne sont pas suffisamment informatives. En résumé, l'évaluation discrète du site doit être menée conjointement avec l'examen documentaire discret afin de recueillir les informations les plus complètes pour l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des données.

Vérification des données

L'objectif de la vérification des données est de mesurer dans quelle mesure les informations contenues dans les documents sources ont été résumées et rapportées avec précision au niveau de reporting suivant ; la vérification s'applique à chaque niveau de la hiérarchie de reporting (du niveau de l'établissement de santé au niveau national). Cela permet d'identifier les erreurs qui se produisent dans la déclaration des données et, pour des indicateurs spécifiques, donne une estimation du degré de sur-déclaration ou de sous-déclaration dans le système au niveau national.

Pour la vérification des données, les données des documents sources (par exemple, registres, feuilles de pointage, dossiers des patients) sont comparées aux données déclarées via le HMIS afin de déterminer la proportion de résultats rapportés qui peuvent être vérifiés à partir des documents sources. Les valeurs des indicateurs sélectionnés pour des périodes de reporting spécifiques sont recomptées à l'aide du document source pertinent de l'établissement et sont ensuite comparées à la valeur déclarée par l'établissement pour la même période de reporting.

En plus de vérifier la cohérence entre les données sources et ce qui a été rapporté, l'évaluation indépendante au niveau des établissements et du district collecte également des informations sur l'exhaustivité des rapports. Ces informations peuvent être comparées à l'exhaustivité des rapports constatée lors de l'examen documentaire.

Évaluation du système

L'évaluation du système mesure la capacité du système à produire des données de bonne qualité et évalue dans quelle mesure les éléments critiques du système de reporting adhèrent à un ensemble de normes minimalement acceptables ; il s'agit de la deuxième partie de la composante d'évaluation discrète des sites de la qualité des données. Étant donné que l'évaluation du système fournit des informations sur les déterminants potentiels des problèmes de qualité des données, il est recommandé de la mettre en œuvre avec le module de vérification des données qui mesure la qualité des données sur le site.

Les deux composantes de l'évaluation du site peuvent être incluses dans le cadre d'une évaluation plus large d'un établissement de santé ou elles peuvent être menées en tant qu'activités indépendantes. Les éléments du système de reporting qui sont évalués lors de l'évaluation du système sont :

- personnel formé ;
- lignes directrices ;
- rupture de stock d'outils et de formulaires de reporting ;
- supervision et feedback ; et
- analyse et utilisation des données.

Ressources pour soutenir une évaluation transversale et discrète de la qualité des données sur site

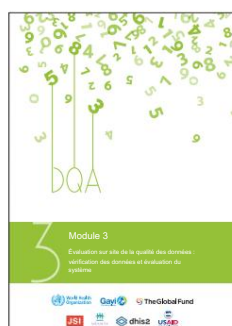
Les ressources suivantes sont disponibles pour soutenir la mise en œuvre d'une évaluation sur site de la qualité des données :¹

Module 3 : L'évaluation du site de la qualité des données traite de l'évaluation discrète du site et des listes de contrôle de supervision, ainsi que des mesures qui peuvent être calculées à partir de l'évaluation du site. Ce document est accompagné du guide de mise en œuvre pour soutenir le processus de mise en œuvre.

Les instruments de collecte de données sont disponibles en MS Word et il existe des données électroniques formulaires de collecte dans CPro2 pour une évaluation discrète de la qualité des données au niveau des établissements et du district. Ces instruments comprennent à la fois les modules de vérification des données et d'évaluation du système (DV/SA). Il existe également un manuel d'utilisation sur la configuration et l'utilisation de CPro pour l'évaluation de sites discrets.

Un outil MS Excel peut automatiser l'analyse des données collectées lors de l'analyse discrète d'évaluation au niveau des établissements/districts. L'outil comprend un DV/SA (avec guides d'utilisation), y compris un DV/SA d'établissement, un DV/SA de district et des analyses de vérification des données supplémentaires pour les pays dotés de systèmes HMIS électroniques.

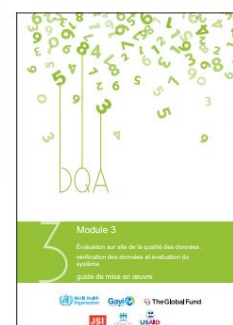
Le matériel de formation comprend des présentations, un guide de l'animateur, un manuel du participant et des exercices sur la façon de mener l'évaluation de site discret ainsi que la DV/SA dans les installations et les districts. Cette formation ne concerne pas les listes de contrôle de supervision.



Outil de collecte de données pour l'évaluation de sites discrets dans (MS-Word et CPro) avec un manuel d'utilisation pour l'application CPro

Matériel de formation pour la vérification des données et les évaluations du système

Outil d'analyse MS Excel pour la vérification des données des établissements/districts et l'évaluation du système (avec guides d'utilisation)



Assurance qualité des données de routine – listes de contrôle

Les listes de contrôle de routine font partie d'un système d'examen de routine (c'est-à-dire mensuels) de la qualité des données du HMIS ou d'autres systèmes de reporting du programme. Les listes de contrôle font partie d'un cycle de rétroaction qui identifie et corrige les erreurs en temps quasi réel. Ce système de routine de contrôle de la qualité des données comprend trois éléments : 1) une auto-évaluation mensuelle des données HMIS effectuée par le personnel de l'établissement de santé ; 2) une évaluation périodique (idéalement trimestrielle) des données de l'établissement de santé par le personnel du district lors des visites de supervision dans l'établissement de santé ; et 3) un examen périodique des résultats globaux.

¹ Pour télécharger, voir : https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/dqr_data_verification/en/ (consulté le 26 octobre 2020).

² Pour plus d'informations sur le système de traitement des recensements et des enquêtes (CPro), y compris le téléchargement gratuit, voir : <https://www.census.gov/data/software/cpro.html> (consulté le 22 avril 2020).

visites de contrôle. Certains attributs clés de ces listes de contrôle incluent :

utilisation d'un ensemble principal d'indicateurs de suivi (3 indicateurs recommandés) sélectionnés dans tous les domaines du programme (transversaux) pour vérifier la qualité des données ;

mise en œuvre à l'aide d'une liste de contrôle standard de la qualité des données ;

capacité à examiner différentes dimensions de la qualité des données, notamment l'exhaustivité, la cohérence et l'exactitude internes, ainsi que les comparaisons externes (vérifications croisées) ;

une sorte d'évaluation du système menée en vérifiant que les meilleures pratiques sont en place pour soutenir la production de données de bonne qualité.

Auto-évaluation mensuelle des données HMIS par le personnel de l'établissement de santé

Si l'établissement dispose d'un membre du personnel dédié à la gestion des données, cette personne serait le membre du personnel approprié pour effectuer les contrôles de qualité des données. Alternativement, la liste de contrôle doit être appliquée par le membre du personnel responsable de la compilation et de la soumission du rapport mensuel.

Les listes de contrôle peuvent être complétées sur papier ou dans MS Excel. La version Excel peut calculer automatiquement des mesures de qualité. Les données sont automatiquement extraites dans un fichier plat qui peut être exporté vers un fichier agrégé pour combiner les données avec les résultats du même établissement à différentes périodes. La liste de contrôle doit être mise en œuvre aussi souvent que nécessaire pour obtenir des données de bonne qualité, ou au moins une fois par mois avant la compilation et la soumission du rapport mensuel. Cette auto-évaluation examine la qualité des données en termes de :

exhaustivité (examen de l'exhaustivité des éléments de données et du document source exhaustivité);

cohérence interne (l'exactitude est examinée en recensant les données sources et en les comparant à la valeur à déclarer) ; la cohérence dans le temps est examinée en comparant la valeur d'un élément de données à la valeur du même élément de données à des périodes antérieures ;

cohérence externe (incluant des recoupements entre différentes sources de données avec les informations identiques/similaires) ; et

une courte liste de contrôle des meilleures pratiques en matière de gestion des données – une « évaluation du système modifiée ».

Évaluation périodique par le personnel au niveau du district

Les listes de contrôle de routine sont destinées à être utilisées lors des visites de supervision régulières dans les établissements de santé effectuées par le HMIS au niveau du district (ou le personnel de gestion du programme de santé). Ces listes de contrôle peuvent être mises en œuvre sur papier ou dans MS-Excel. La version Excel peut calculer automatiquement des mesures de qualité. Les données sont automatiquement extraites dans un fichier plat qui peut être exporté vers un fichier agrégé pour combiner les données avec les résultats du même établissement à différentes périodes ou avec les résultats de différents établissements. Les dimensions suivantes de la qualité des données sont examinées :

l'exhaustivité (y compris l'exhaustivité des rapports mensuels, l'exhaustivité des éléments de données et l'exhaustivité des documents sources) ;

l'exactitude de la cohérence interne est examinée en recensant les données sources et en les comparant à la valeur à déclarer ; la cohérence dans le temps est examinée en comparant la valeur d'un élément de données à la valeur du même élément de données à des périodes antérieures ;

cohérence externe (incluant des recoupements entre différentes sources de données avec les informations identiques/similaires) ; et

une section qualitative des bonnes pratiques qui devraient être menées dans l'établissement pour promouvoir bonne qualité des données.

Examen périodique des résultats globaux des visites de supervision L'examen périodique des

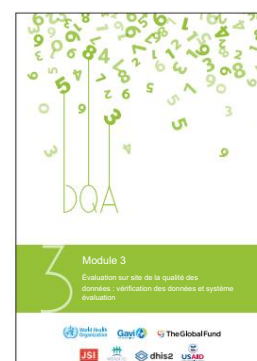
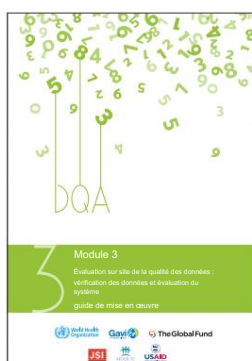
résultats globaux des contrôles de qualité des données pendant la supervision est important afin de détecter les problèmes systématiques de qualité des données dans les établissements de santé (au niveau du district et aux niveaux supérieurs). Alors que les listes de contrôle sont développées pour être mises en œuvre sur papier, une version sous Excel calculera automatiquement les contrôles de qualité. Les données sont automatiquement extraites dans un fichier plat qui peut être exporté vers un fichier agrégé pour être combiné avec les résultats du même établissement à différentes périodes, ou avec les résultats de différents établissements. Une liste de contrôle du superviseur de district et une liste de contrôle du gestionnaire de données des établissements sont disponibles dans Excel.

Ressources pour soutenir l'évaluation de routine sur site de la qualité des données

Les ressources suivantes sont disponibles pour soutenir la mise en œuvre d'évaluations de routine de la qualité des données sur les sites :1

Module 3 : Évaluation du site de la qualité des données traite à la fois de l'évaluation discrète du site et des listes de contrôle de routine, ainsi que des mesures qui peuvent être calculées à partir de l'évaluation du site. Ce document est accompagné du Guide de mise en œuvre pour soutenir le processus de mise en œuvre

Les listes de contrôle de routine dans MS Excel font partie du cycle de routine d'assurance qualité des données et de rétroaction avec un guide de l'utilisateur.



1 Pour télécharger, voir : https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/dqr_data_verification/en/ (consulté le 26 octobre 2002)

Chapitre 4. Mesures de qualité des données

Le DQR examine les données qui sont régulièrement communiquées par les systèmes d'information des établissements de santé et quantifie les problèmes d'exhaustivité, d'actualité, de cohérence et d'exactitude des données afin de déterminer dans quelle mesure les données des établissements de santé sont adaptées à leur objectif et comprennent les caractéristiques suivantes :

Les données de qualité doivent être complètes et actualisées – c'est-à-dire qu'il existe suffisamment d'informations disponibles lorsque cela est nécessaire pour prendre des décisions concernant la santé de la population et cibler les ressources pour améliorer la couverture, l'efficacité et la qualité du système de santé.

Les données de qualité doivent être cohérentes et fiables – c'est-à-dire plausibles au vu de ce qui a été rapporté précédemment. Les données fiables sont celles qui restent cohérentes de manière répétée. la mesure.

Les données de qualité doivent être exactes – c'est-à-dire qu'elles reflètent fidèlement le niveau réel de prestation de services effectué dans l'établissement de santé.

Indicateurs de base

Le DQR examine la qualité des données en appliquant les mesures de qualité des données aux indicateurs rapportés par un établissement de santé. Comme les établissements de santé communiquent généralement de nombreux indicateurs, il peut être difficile d'examiner la qualité des données pour tous les indicateurs déclarés. La sélection des indicateurs sera basée sur l'objectif de l'examen de la qualité des données. Quel que soit l'objectif de l'examen de la qualité des données – qu'il s'agisse d'une assurance qualité de routine des données ou d'une évaluation discrète, que ce soit à des fins transversales ou spécifiques au programme – il est recommandé d'examiner un ensemble limité d'indicateurs qui donnent un aperçu de la qualité des données. .

Le tableau 1.1 présente un ensemble d'indicateurs de base recommandés qui peuvent être utilisés pour un examen transversal de la qualité des données. Les indicateurs comprennent les soins prénatals (ANC), la vaccination, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose (TB) et le paludisme. Les principaux critères appliqués dans la sélection de ces indicateurs de base comprennent :

Un indicateur est important pour le suivi et l'évaluation du programme (bien que cela ne signifie pas qu'il s'agisse de l'indicateur le plus important du programme).

Ce sont des indicateurs « traceurs » (c'est-à-dire que les résultats peuvent être retracés depuis la source jusqu'au niveau national et sont révélateurs de la qualité des données pour tous les indicateurs au sein d'une zone de programme).

Ces indicateurs sont largement disponibles et devraient être communiqués par la plupart ou la totalité des établissements qui offrent des services pour la maladie/le domaine de programme sélectionné.¹

Il est relativement simple de vérifier la qualité des données des indicateurs. Cette exigence est particulièrement importante lors de la sélection des indicateurs pour une évaluation transversale du site.²

Bien que ces critères soient importants pour la sélection d'une évaluation transversale de la qualité des données, une évaluation spécifique à un programme peut ajouter d'autres indicateurs importants. Toutefois, certains des critères ci-dessus sont également applicables à un examen spécifique à un programme.

Tableau 1.1. Indicateurs de base recommandés pour le DQR

Indicateurs DQR recommandés		
Domaine du programme	Nom abrégé	Nom de l'indicateur
Santé maternelle	Couverture des soins prénatals dès la première visite (ANC1)	Nombre et % de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse
Immunisation	Couverture DTP3/Penta3	Nombre et % d'enfants de < 1 an recevant trois doses de vaccin DTC/Penta
VIH	Nouveau sur ART	Nombre de personnes vivant avec le VIH qui commencent un TAR
Tuberculose	Taux de notification de la tuberculose	Nombre de cas nouveaux et de rechutes de tuberculose notifiés pour 100 000 habitants
Paludisme	Cas confirmés de paludisme ³	Nombre de cas de paludisme positifs par microscopie, TDR ou test de diagnostic moléculaire

Remarque : CPN = soins prénatals ; ART = thérapie antirétrovirale ; DTC3 = vaccin à trois doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; Penta = vaccin pentavalent ; RDT = test de diagnostic rapide ; TB = tuberculose.

S'il est recommandé aux pays de sélectionner des indicateurs dans la liste de base, ils peuvent sélectionner d'autres indicateurs ou élargir l'ensemble d'indicateurs en fonction de leurs besoins et des ressources disponibles. Un ensemble complet d'indicateurs de base et supplémentaires est disponible en annexe. Il est toutefois important de noter que plus le nombre d'indicateurs sélectionnés est élevé, plus l'exercice sera long et coûteux. Ceci est particulièrement pertinent pour la sélection des indicateurs pour la composante d'évaluation du site du DQR transversal, qu'elle soit menée sous forme d'évaluation discrète ou dans le cadre de l'assurance qualité des données de routine. Un principe directeur lorsqu'une équipe de collecteurs de données visite un établissement pour effectuer l'évaluation du site, ou lorsqu'un superviseur visite l'établissement de santé pour une supervision, est qu'ils ne doivent vérifier qu'un ensemble limité d'indicateurs.

Ceci est recommandé pour des raisons d'efficacité en termes de coûts et de temps et pour minimiser la fatigue du collecteur de données/superviseur lors de l'examen de gros volumes de données qui peuvent avoir un impact sur la qualité des informations collectées.

¹ Ce critère est important à noter : un indicateur programmatique important qui a une faible fréquence d'occurrence dans les structures offrant le service en question. ne serait pas sélectionné comme indicateur de suivi.

² Pour minimiser la charge de la collecte de données et réduire les erreurs, un indicateur complexe n'est pas un candidat viable à l'inclusion.

³ Si le nombre de cas de paludisme confirmés n'est pas collecté, le nombre total de cas de paludisme peut être remplacé. Si possible, les cas confirmés doivent être désagrégés par microscopie et TDR.

Si d'autres indicateurs prioritaires ne sont pas inclus dans les listes de base ou supplémentaires, ils peuvent être sélectionnés (avec prudence) pour remplacer un ou plusieurs des indicateurs de base. Il convient également de noter que toutes les mesures de qualité des données ne s'appliquent pas à tous les indicateurs. Par exemple, il peut être difficile d'obtenir des dénominateurs au niveau infranational ou de faire des comparaisons avec des mesures de l'indicateur provenant d'autres sources pour certains indicateurs de base et supplémentaires (par exemple dans le domaine du VIH). Dans ce cas, les contrôles de qualité des données ne peuvent être effectués que sur les données du numérateur (dont les métriques sont incluses dans les dimensions DQR 1 et 2).

Dimensions de la qualité des données

Ce cadre DQR examine chacun des indicateurs sélectionnés sous quatre perspectives, ou dimensions, à savoir :

Dimension 1 : exhaustivité et actualité des données ;

Dimension 2 : cohérence interne des données reportées ;

Dimension 3 : comparaison/recoupement externe (avec d'autres sources de données) – c'est-à-dire accord avec d'autres sources de données telles que des enquêtes ;

Dimension 4 : cohérence des données de population (un examen des données du dénominateur utilisées pour calculer les taux pour les indicateurs de performance).

exhaustivité et actualité

L'exhaustivité des données est évaluée en mesurant si toutes les entités censées déclarer le font effectivement.

Cela s'applique aux rapports des établissements de santé aux districts et aux rapports des districts aux niveaux régional ou provincial. L'actualité des données est évaluée en mesurant si les entités qui ont soumis des rapports l'ont fait avant une date limite prédéfinie. Les mesures d'exhaustivité et d'actualité du DQR sont les suivantes :

L'exhaustivité et l'actualité des rapports du district : ces indicateurs mesurent performance en matière d'exhaustivité et d'actualité des rapports.

L'exhaustivité et l'actualité des rapports sur les installations : ces mesures mesurent performance en matière d'exhaustivité et d'actualité des rapports.

Complétude des données de l'indicateur (élément de données) : cet indicateur mesure dans quelle mesure les établissements censés communiquer des données sur les indicateurs de base sélectionnés le font effectivement. Ceci diffère de l'exhaustivité globale du rapport dans la mesure où il examine l'exhaustivité d'éléments de données spécifiques et pas seulement la réception du formulaire de rapport mensuel.

Cohérence de l'exhaustivité du reporting : cet indicateur examine les tendances en matière de reporting exhaustivité.

Les paramètres DQR relatifs à l'exhaustivité et à l'actualité sont définis plus en détail dans le tableau 1.2.

Cohérence interne des données déclarées

La cohérence interne des données concerne la cohérence des données évaluées. Les mesures de cohérence interne examinent : 1) la cohérence entre les mêmes éléments de données à différents moments ; 2) cohérence entre les éléments de données associés ; et 3) comparaison des données dans les documents sources et dans les rapports agrégés. Quatre mesures de cohérence interne sont incluses dans le DQR. Ceux-ci sont:

Présence de valeurs aberrantes : ceci examine si une valeur de données dans une série de valeurs est extrême dans par rapport aux autres valeurs de la série.

Cohérence dans le temps : plausibilité des résultats rapportés pour le programme sélectionné

Les indicateurs sont examinés en termes d'historique de reporting des indicateurs. Les tendances sont évaluées pour déterminer si les valeurs déclarées sont extrêmes par rapport à d'autres valeurs déclarées au cours de l'année ou sur plusieurs années.

Cohérence entre indicateurs : Indicateurs du programme qui ont un impact prévisible

Cette relation est examinée pour déterminer si la relation attendue existe entre ces indicateurs. En d'autres termes, ce processus examine si la relation observée entre les indicateurs, telle qu'elle apparaît dans les données déclarées, est celle attendue.

Cohérence des données déclarées et des enregistrements originaux : cela implique une évaluation de l'exactitude des rapports sur les indicateurs sélectionnés à travers l'examen des documents sources dans les établissements de santé et les bureaux de district. Cet élément de cohérence interne est mesuré par un exercice de vérification des données qui nécessite qu'un examen des dossiers soit effectué dans un échantillon d'établissements de santé et dans les bureaux de district. C'est la seule dimension de la qualité des données qui nécessite une collecte supplémentaire de données primaires.

Comparaison externe/vérifications croisées (avec d'autres sources de données)

Le niveau de concordance entre deux sources de données mesurant le même indicateur de santé est évalué. Les deux sources de données qui sont habituellement comparées sont les données circulant via le HMIS ou le système d'information spécifique au programme et les données provenant d'une enquête périodique basée sur la population. Les données HMIS peuvent également être comparées aux dossiers pharmaceutiques ou à d'autres types de données pour garantir que les deux sources se situent dans une plage similaire.

Cohérence des données démographiques

Cela implique de déterminer la pertinence des données démographiques utilisées pour évaluer la performance des indicateurs de santé. Les données démographiques servent de dénominateur dans le calcul d'un taux ou d'une proportion et fournissent des informations importantes sur la couverture. Cette mesure de la qualité des données examine la cohérence des tendances démographiques et compare deux sources différentes d'estimations démographiques liées afin de vérifier le niveau de congruence entre les deux.

Si les deux estimations démographiques diffèrent ou si les estimations démographiques diffèrent considérablement sur une période donnée, les estimations de couverture pour un indicateur donné peuvent être très différentes même si le résultat programmatique (c'est-à-dire le nombre d'événements) est le même. Plus le niveau de cohérence est élevé, plus il est probable que les valeurs représentent la véritable valeur de la population.

Définitions, points de repère et seuils

Le cadre DQR comprend à la fois des références et des seuils dans la mesure de la qualité des données, en fonction de la métrique spécifique. Un benchmark reflète le niveau souhaité ou acceptable à atteindre pour une mesure spécifique. Un seuil signale les unités qui présentent des anomalies de données et nécessitent un examen plus approfondi. La boîte à outils DQR comprend des références minimales recommandées et des seuils de qualité. Bien que ces repères permettent aux pays de se comparer à un repère, un pays a la possibilité de modifier les repères (quoique avec prudence) pour refléter ce pays mais, en fin de compte, les repères dépendront du pays qui met en œuvre le DQR. Par exemple, un taux de déclaration de 80 % pourrait être acceptable dans un pays avec des performances de déclaration historiquement faibles, mais il ne sera pas acceptable dans d'autres pays qui ont des systèmes plus matures et des taux de déclaration plus proches de 100 %. Parfois, ces critères doivent également être examinés en termes de variations à l'intérieur du pays. Par exemple, si la tuberculose n'est pas répandue dans toutes les régions du pays, les rapports attendus avec des valeurs non manquantes et/ou nulles seront inférieurs à 100 %.

Lors de l'examen des seuils – par exemple lors de l'examen de la cohérence dans le temps – si un district (ou une autre unité infranationale) a un rapport entre la valeur de l'année en cours et la valeur moyenne des trois années précédentes (pour un indicateur spécifique) qui est supérieur à ± 33 % de différence par rapport au ratio national pour le même indicateur, le district est marqué pour un examen plus approfondi. Il est recommandé de maintenir la marge pour les seuils.

Cependant, il est toujours important de garder à l'esprit que toutes les valeurs signalées ne sont pas dues à des problèmes de qualité des données. Les variations dans la mise en œuvre des programmes ou les différentes épidémiologies des maladies dans différentes régions d'un pays peuvent également jouer un rôle.

Le tableau 1.2 présente les différentes mesures incluses dans chacune des quatre dimensions de la qualité des données. La qualité des données des indicateurs de base recommandés est examinée par rapport à ces

métriques standards. Les points de référence et les seuils pour mesurer la qualité sont également indiqués. Ces critères recommandés doivent être adaptés au contexte du pays. Par exemple, bien que 90 % soit une norme d'exhaustivité largement acceptée lors de la conduite d'une étude documentaire annuelle dans un pays où peu de districts atteignent cette norme, il peut être judicieux de fixer un seuil plus bas afin d'identifier un plus petit pourcentage de districts qui ont le niveau d'exhaustivité. problème le plus grave avec des rapports incomplets.

Tableau 1.2. Dimension de qualité des données, mesures et références standards

Dimension 1 : Exhaustivité du reporting			
Une évaluation de chaque dimension doit être menée pour chacun des indicateurs de base recommandés : soins prénatals, vaccination, VIH, tuberculose et paludisme.			
Des indicateurs supplémentaires peuvent être sélectionnés en fonction de la priorité et de l'orientation de l'évaluation de la qualité des données.			
Mesure de la qualité des données	Définition		
	niveau national	Niveau infranational	
exhaustivité des rapports de district ¹	Pourcentage de rapports mensuels de district attendus (année précédente) qui sont effectivement reçus	Nombre et % de districts ayant soumis 100 % des rapports mensuels attendus	
Ponctualité des rapports du district % de rapports mensuels de district soumis (année précédente) qui sont reçus à temps (c'est-à-dire avant la date limite de reporting)		Nombre et % de districts ayant soumis à temps au moins 75 % des rapports mensuels reçus au niveau national du district ²	
exhaustivité des rapports sur les installations ³	Pourcentage de rapports mensuels attendus des établissements (année précédente) qui sont effectivement reçus	Nombre et % de districts avec au moins 90 % des rapports mensuels sur les établissements reçus	
Ponctualité des rapports des établissements % de rapports mensuels des établissements soumis (année précédente) qui sont reçus à temps (c'est-à-dire avant la date limite de reporting)		Nombre et pourcentage de districts ayant reçu à temps au moins 75 % des rapports mensuels sur les établissements soumis	
exhaustivité des données des indicateurs (% d'éléments de données qui sont des valeurs non nulles, % d'éléments de données qui sont des valeurs non manquantes) Effectuer chaque analyse séparément	Première visite ANC	Nombre et % de districts avec < 90 % 1) valeurs non nulles ; 2) valeurs non manquantes	
	3e dose de vaccin contenant le DTC ⁴	Nombre et % de districts avec < 90 % 1) valeurs non nulles ; 2) valeurs non manquantes	
	Nouvellement sur ART	Nombre et % de districts avec < 90 % 1) valeurs non nulles ; 2) valeurs non manquantes ⁵	
	Cas notifiés de toutes les formes de TB ⁶	Nombre et % de districts avec < 100 % 1) valeurs non nulles ; 2) valeurs non manquantes	
	Cas confirmés de paludisme	Nombre et % de districts avec < 100 % 1) valeurs non nulles ; 2) valeurs non manquantes	
Cohérence de l'exhaustivité des rapports	Chaque système d'information	Évaluer la tendance en matière d'exhaustivité des rapports du district au niveau national au cours des 3 dernières années	Évaluer la tendance en matière d'exhaustivité du niveau de l'établissement au niveau du district au cours des 3 dernières années

Remarque : CPN = soins prénatals ; ART = thérapie antirétrovirale ; DTC = diphtérie-tétanos-coqueluche ; TB = tuberculose.

¹ S'il existe des systèmes de reporting verticaux, cette métrique devra être calculée pour chaque système.

² Le dénominateur correspond aux rapports reçus (non attendus).

³ Si plusieurs formulaires sont soumis mensuellement, l'exhaustivité des rapports doit être vérifiée pour les différents formulaires. Par exemple, si la déclaration de la tuberculose est effectuée sur un formulaire distinct de celui de la vaccination, l'exhaustivité des rapports des établissements doit être mesurée pour les rapports mensuels distincts.

⁴ Les programmes de vaccination s'attendent à ce que certains mois aient des valeurs nulles pour les indicateurs de vaccination.

⁵ Si le VIH n'est pas répandu dans toutes les régions du pays ou seulement dans certaines populations clés de certaines régions du pays, certains districts auront des valeurs inférieures à 100 % non nulles/non manquantes.

La déclaration des 6 To a généralement lieu chaque trimestre.

⁷ Si la tuberculose n'est pas répandue dans toutes les régions du pays, certains districts auront des valeurs inférieures à 100 % non nulles/non manquantes.

Dimension 2 : Cohérence interne des données déclarées		
Mesure de la qualité des données	Définition	
	niveau national	Niveau infranational
Valeurs aberrantes ¹ À compléter pour chacun des 5 indicateurs : - 1ère visite ANC - 3ème dose de vaccin contenant le DTC - Couverture ART - Cas notifiés de toutes formes	Extrême : % de valeurs unitaires infranationales mensuelles qui sont des valeurs extrêmes (au moins 3 écarts-types par rapport à la moyenne)	Nombre et % d'unités infranationales dans lesquelles une ou plusieurs des valeurs unitaires infranationales mensuelles sur une période d'un an constituent une valeur aberrante extrême
	Modéré : % de valeurs unitaires infranationales qui sont des valeurs aberrantes modérées (± 2 à 3 écarts-types par rapport à la moyenne ou > 3,5 selon la méthode du score z modifié).	Nombre et pourcentage d'unités infranationales dans lesquelles au moins deux des valeurs unitaires infranationales mensuelles de l'indicateur sur une période d'un an constituent des valeurs aberrantes modérées.
Cohérence dans le temps À compléter pour chacun des 5 indicateurs : - 1ère visite ANC - 3ème dose de vaccin contenant le DTC - Couverture ART - Cas notifiés de toutes formes de tuberculose - Proportion de suspects testés pour le paludisme	Effectuez l'une des opérations suivantes en fonction de la tendance attendue de l'indicateur : 1) comparaison de l'année en cours à la valeur prévue à partir de la tendance des 3 années précédentes (pour les indicateurs ou programmes avec une croissance attendue) ; ou 2) comparaison de l'année en cours avec la moyenne des 3 années précédentes (pour les indicateurs ou programmes censés rester constants)	Nombre et % de districts dont le rapport actuel entre l'année et la valeur prévue (ou l'année en cours par rapport à la moyenne des trois années précédentes) est différent d'au moins ± 33 % du ratio national
	Représentation graphique de la tendance pour déterminer la plausibilité sur la base des connaissances programmatiques	
Cohérence entre les indicateurs associés	Santé maternelle : ANC1 – IPT1 ou TT1 (doit être à peu près égal)	Nombre et % d'unités infranationales où il existe une différence extrême (≥ ±10 %)
	Vaccination : taux d'abandon du DTC3 : (DTC1 – DTC3)/ DTC1 – ne devrait pas être négatif	Nombre et % d'unités infranationales avec un nombre de vaccinations DTC3 supérieur à celui de vaccinations DTC1 (abandon négatif)
	VIH : ratio de # inscrits sous traitement : # testés positifs au cours de la période de rapport précédente < 1 dans un contexte TRAITER TOUT	Nombre et pourcentage d'unités infranationales satisfaisant au test de cohérence entre les indicateurs de dépistage et de traitement
	Tuberculose : cas de tuberculose notifiés – cas de tuberculose mis sous traitement (au cours de l'année écoulée) (devraient être à peu près égaux)	Nombre et % d'unités infranationales où il existe une différence extrême (≥ ±10 %)
	Paludisme. Nombre de cas de paludisme confirmés signalés >= nombre de cas de paludisme confirmés traités avec des traitements de première intention (y compris ACT)	Nombre et % d'unités infranationales où il existe une différence extrême (≥ ±10 %)
	Pourcentage de concordance entre les décomptes vérifiés pour les indicateurs sélectionnés dans les dossiers des établissements échantillonnés et les valeurs déclarées pour les mêmes établissements	Santé maternelle : 1ère visite de CPN
Vérification de la cohérence des rapports via une évaluation du site, par exemple établissement et district	Pourcentage de concordance entre les décomptes vérifiés pour les indicateurs sélectionnés dans les dossiers des établissements échantillonnés et les valeurs déclarées pour les mêmes établissements	Immunisation : Penta/DTP 1–3 chez les enfants de < 1 an
		VIH : renouvellement sous TAR
		TB : 2 Cas notifiés de toutes les formes de tuberculose
		Paludisme : cas confirmés de paludisme

Remarque : CPN = soins prénatals ; ART = thérapie antirétrovirale ; SD = écart type ; DTC1 = première dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche DTC3 = troisième dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche ; IPT = thérapie préventive intermittente ; TB = tuberculose ; TT = vaccin contre l'anatoxine tétanique ; Penta = vaccin pentavalent.

¹Les cas confirmés peuvent être remplacés par le nombre total de cas de paludisme ou peuvent être désagrégés par test de diagnostic (microscopie positive et RDT positif).

1 Pour les programmes présentant des niveaux de prestation de services incohérents et pour lesquels des valeurs aberrantes sont fréquentes (par exemple, vaccination), un seuil personnalisé peut être fixé sur la base des connaissances programmatiques. Les données qui présentent une forte variabilité d'un mois à l'autre peuvent également être évaluées pour détecter les valeurs aberrantes à l'aide de la méthode du score z modifié (voir la section 3.1) qui est basée sur la médiane et a une tolérance plus élevée pour les valeurs extrêmes que la méthode de l'écart type.

2 L'échantillonnage des établissements de santé nécessite une stratification par type d'établissement pour garantir qu'un nombre adéquat d'établissements fournissent des services antituberculeux.

Dimension 3 : Comparaison externe/vérifications croisées (avec d'autres sources de données)		
Mesure de la qualité des données	Définition	
	niveau national	Niveau infranational
ANC 1ère visite	Ratio des taux de couverture ANC1 dans les établissements par rapport aux taux de couverture ANC1 de l'enquête	Nombre et % d'unités d'agrégation utilisées pour l'enquête démographique la plus récente (comme une province/état/région) dont les taux de couverture des soins prénatals ¹ dans les établissements et les taux de couverture de l'enquête montrent une différence d'au moins 33 %
3e dose de vaccin contenant le DTC Rapport des	taux de couverture par le DTC3 entre les données de routine et l'enquête Taux de couverture DTC3	Nombre et % d'unités d'agrégation utilisées pour l'enquête démographique la plus récente (comme une province/état/région) dont les taux de couverture du DTC3 dans les établissements et les taux de couverture de l'enquête montrent une différence d'au moins 33 %
VIH	—	—
Laboratoire	—	—
Cas confirmés de paludisme	Rapport entre les cas confirmés signalés sur le formulaire OPD et les cas confirmés signalés sur le formulaire de laboratoire (RDT+ et microscopie+). ¹	Nombre et % de districts d'où proviennent des cas confirmés Le formulaire OPD comparé aux cas confirmés signalés sous forme de laboratoire montre une différence d'au moins 33 %
Comparaison entre les valeurs du programme et celles du HMIS	Pour les indicateurs sélectionnés, comparer la valeur agrégée sur 12 mois du HMIS avec les données du programme	Pour les indicateurs sélectionnés, comparez les valeurs unitaires infranationales agrégées sur 12 mois pour le nombre et le pourcentage de districts avec > > 10 % de différence dans les valeurs annuelles entre le HMIS et les données du programme.

Remarque : CPN = soins prénatals ; ART = thérapie antirétrovirale ; DTC3 = vaccin à trois doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; HMIS = système d'information sur la gestion de la santé IPT = thérapie de protection intermittente ; OPB = service ambulatoire ; TB = tuberculose.

Dimension 4 : Cohérence des données démographiques (Évaluation de l'adéquation des dénominateurs utilisés pour le calcul des indicateurs de performance)		
Mesure de la qualité des données	Définition	
	niveau national	Niveau infranational
Cohérence des projections démographiques	Ratio de projection démographique des naissances vivantes du Pays Bureau du recensement/Bureau des statistiques aux États-Unis Projection des naissances vivantes pour le pays	—
Cohérence entre les dénominateurs liés	Par exemple: - Rapport entre les grossesses attendues et les naissances vivantes et les nourrissons survivants - Cohérence des naissances vivantes avec l'estimation acceptée des taux bruts de natalité	Nombre et % d'unités infranationales où il existe une différence extrême (par exemple $\pm 10\%$) entre les deux dénominateurs
Cohérence de la tendance démographique	Rapport entre les valeurs de population pour les indicateurs sélectionnés de l'année en cours et la valeur prévue à partir de la tendance des valeurs de population des 3 années précédentes maximum.	Nombre et % d'unités infranationales où il existe une différence extrême (par exemple $\pm 10\%$) entre les deux dénominateurs

Remarque : CPN = soins prénatals ; ART = thérapie antirétrovirale ; DTC3 = vaccin à trois doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; HMIS = système d'information sur la gestion de la santé IPT = thérapie de protection intermittente ; OPB = service ambulatoire ; TB = tuberculose.

¹ Cette comparaison peut également être un exemple utilisé pour la cohérence interne entre des indicateurs liés, selon la manière dont les informations sont rapportées.

Chapitre 5. Gouvernance, coordination, diffusion et utilisation des résultats

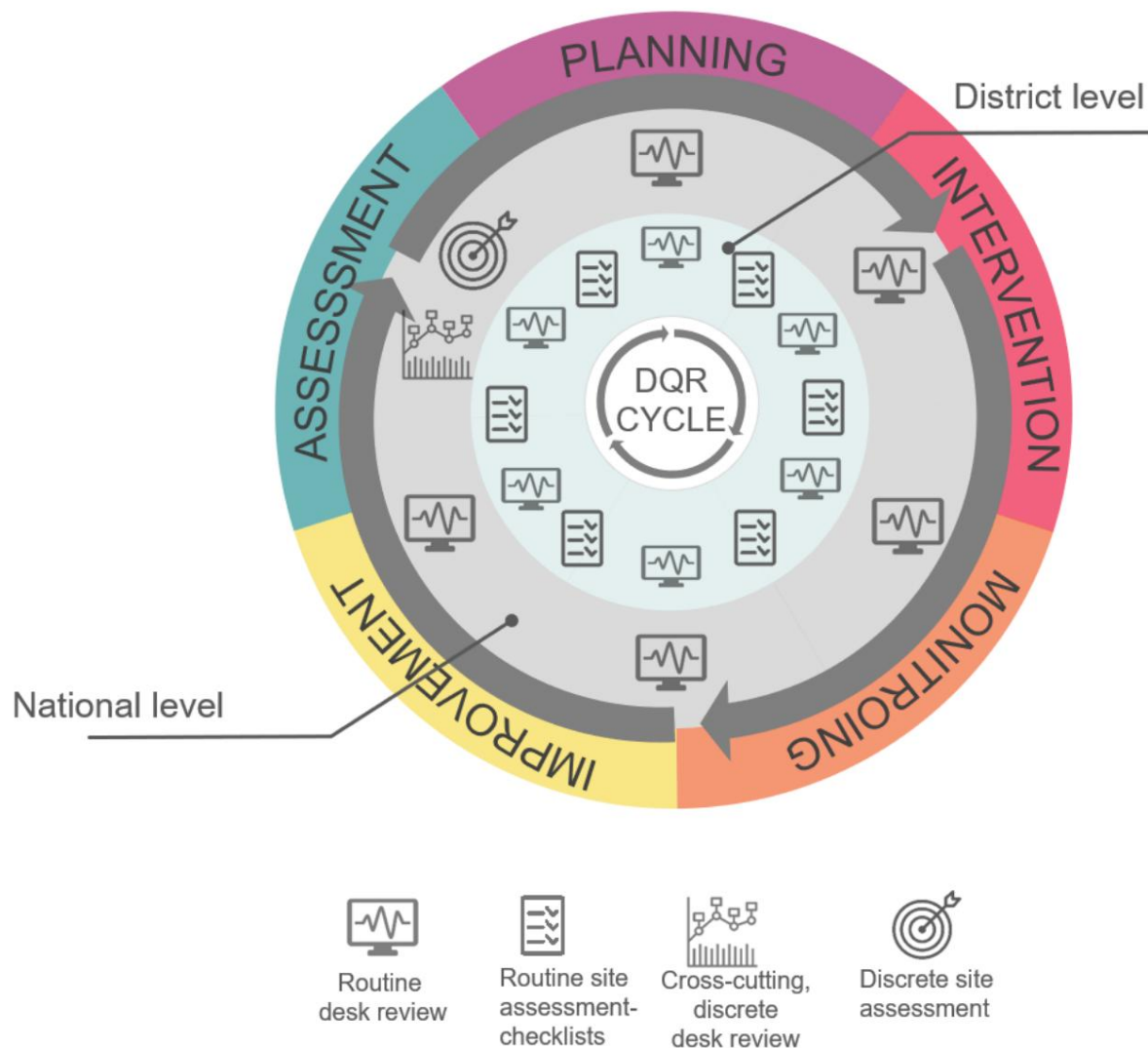
Gouvernance et coordination

En règle générale, les contrôles de routine de la qualité des données sont régis par les procédures opérationnelles standard (POS) du ou des systèmes d'information des établissements de santé du pays. Ces SOP pour la gestion des données de routine des établissements de santé définissent les rôles et responsabilités des utilisateurs et des administrateurs des données. Plus largement, les SOP incluent les processus permettant d'effectuer l'assurance qualité des données de routine et les mesures correctives, y compris le moment où les contrôles de qualité sont effectués, quels contrôles de qualité sont effectués, qui les effectue et comment ils sont suivis des mesures correctives ultérieures. Mener une évaluation discrète de la qualité des données, en particulier avant un événement d'examen annuel, ne fait généralement pas partie des SOP d'un pays. Lorsqu'elle est menée, elle implique des parties prenantes différentes de celles qui gèrent l'assurance qualité des données de routine.

Comme l'explique ce document d'orientation, la qualité des données est une question de systèmes. Même si le suivi de la qualité des données est effectué par différents utilisateurs des données (par exemple, les responsables du HMIS, les responsables de programme), de nombreuses questions liées à la qualité des données sont transversales et non spécifiques au programme. Le même personnel des établissements de santé collecte les mêmes données pour la plupart des programmes de santé. Même si des erreurs dans les données peuvent apparaître à différents niveaux, le principal producteur de données – et une source commune à tous les programmes – est l'établissement de santé.

Le cadre DQR comprend à la fois un examen de routine de la qualité des données (transversales et spécifiques au programme) et des évaluations discrètes de la qualité des données (transversales et spécifiques au programme). Pour une mise en œuvre réussie, le cadre DQR nécessite l'interaction de toutes les activités disparates de qualité des données (Figure 2). Par conséquent, les activités d'assurance/d'examen et d'amélioration de la qualité des données sont/devraient être planifiées et menées de manière harmonisée ou alignée. Étant donné qu'un examen transversal de la qualité des données et un examen spécifique au programme abordent la même question, il est important que les différentes activités et parties prenantes (HMIS, programmes) soient identifiées afin qu'à terme, un plan d'amélioration puisse aborder les problèmes de qualité des données de manière globale. Il est recommandé qu'un groupe de coordination DQR soit créé pour superviser les différentes activités liées au DQR.

Figure 2. Interaction des activités disparates liées à la qualité des données



Groupe de coordination DQR au niveau national

Rassembler les parties prenantes nationales est une première étape essentielle vers une mise en place et une mise en œuvre réussies du cadre DQR complet. L'une des premières activités consiste à identifier et à établir un groupe de principales parties prenantes au niveau national pour superviser, coordonner et faciliter la planification et la mise en œuvre des activités ainsi que la diffusion et l'utilisation des résultats.

Le groupe de coordination du DQR devrait comprendre des points focaux techniques parmi les parties prenantes du secteur de la santé du gouvernement (y compris les différentes parties prenantes du programme), des partenaires de développement et des organisations multinationales. Les groupes de travail techniques sur le suivi et l'évaluation ou les conseils de gouvernance des systèmes d'information sanitaire, qui existent déjà dans de nombreux pays, peuvent servir de groupe de coordination du DQR.

Le rôle du groupe de coordination DQR est de :

- élaborer un plan harmonisé pour le cycle d'examen de la qualité des données ;
- identifier les besoins en support technique pour la mise en œuvre et l'assurance qualité ;
- identifier les sources de financement ;
- suivre la mise en œuvre du DQR ;
- assurer la promotion et la diffusion des résultats.

Même si le rôle du groupe de coordination est vaste et devrait inclure à la fois des évaluations de routine et discrètes de la qualité des données, ce n'est pas le cas dans la plupart des pays. Pour institutionnaliser ce processus, il est important d'établir ce groupe avec pour rôle principal de coordonner les évaluations distinctes, mais également chargé d'utiliser et de partager les résultats de ces évaluations avec le groupe plus large de parties prenantes impliquées dans la gestion des soins de santé. données de l'établissement.

Le guide de mise en œuvre de cette boîte à outils se concentre sur les processus, les ressources et la coordination nécessaires à la mise en œuvre d'une activité DQR distincte (à la fois l'examen documentaire transversal et l'évaluation du site). Il ne fournit pas d'orientations sur les processus, rôles, responsabilités et coordination plus complets requis pour le cadre plus large du DQR.

Diffusion et utilisation des résultats

Un rapport présentant les conclusions de l'EQD discrète (à la fois l'examen documentaire et l'évaluation du site) doit être préparé, accompagné d'une interprétation par les gestionnaires et de recommandations pour le renforcement du système. Le rapport doit être distribué à tout le personnel censé participer aux initiatives de planification (par exemple, examen du secteur de la santé ou des programmes) plusieurs semaines avant l'événement de planification. Les autres parties prenantes – telles que les donateurs, les organisations d'assistance technique, les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales concernées, les organismes du secteur privé (par exemple les universités, les organisations de la société civile) et les ministères concernés – devraient recevoir des exemplaires du rapport.¹

Sur la base des conclusions des résultats du DQR discret et transversal et de tout autre rapport sur la qualité des données, un plan d'amélioration de la qualité des données (DQIP) devrait être élaboré.

L'élaboration de ce plan devrait impliquer les parties prenantes internes concernées – à la fois publiques, comme le ministère de la Santé et l'Office national des statistiques, et privées, comme les instituts de santé publique – et les parties prenantes externes (donateurs bilatéraux et multilatéraux et agences d'assistance technique telles que l'OMS).

¹ Il est recommandé que le rapport comprenne une explication des méthodes statistiques utilisées pour le calcul du facteur de vérification.

Le DQIP doit identifier chaque problème de qualité des données et les mesures nécessaires pour renforcer le système et résoudre chaque problème. Les actions décrites dans le plan doivent être spécifiques, limitées dans le temps et chiffrées. Le plan doit inclure une organisation responsable dotée du personnel approprié, un calendrier de mise en œuvre et des ressources identifiées pour garantir que les mesures nécessaires peuvent être mises en œuvre. Si les ressources nécessaires au renforcement du système ne sont pas disponibles dans le cadre du budget actuel, le groupe de coordination du DQR devrait mener un plaidoyer auprès de la communauté des donateurs pour lever les ressources nécessaires. Le renforcement du système doit être une priorité afin que les mesures ayant les plus grandes chances de succès et celles ayant le plus grand impact sur la qualité globale des données soient mises en œuvre en premier. Il y a une discussion plus détaillée du DQIP dans le guide de mise en œuvre. Le groupe de coordination DQR est chargé de suivre régulièrement le plan d'amélioration pour assurer sa mise en œuvre. Comme indiqué ci-dessus, cette responsabilité nécessitera une interaction étroite entre le groupe de coordination du DQR et d'autres acteurs dans le domaine de la qualité des données.

Annexe : Indicateurs recommandés

Indicateurs de base

Indicateurs DQA recommandés		
Domaine du programme	Nom de l'indicateur	Indicateur complet
Santé maternelle	Soins prénatals 1ère visite (ANC1)	Nombre et % de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse
Immunisation	DTP3/Penta3	Nombre (%) d'enfants de < 1 an recevant trois doses du vaccin DTC/Penta
VIH/SIDA	Nouvellement sur ART	Nombre de personnes vivant avec le VIH qui commencent un TAR
Tuberculose	Cas notifiés de toutes les formes de tuberculose	Nombre de cas nouveaux et de rechutes de tuberculose notifiés pour 100 000 habitants
Paludisme	Cas confirmés de paludisme ¹	Nombre de cas de paludisme positifs par microscopie, TDR ou test de diagnostic moléculaire

Remarque : CPN = soins prénatals ; ART = thérapie antirétrovirale ; DTC3 = vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche à trois doses ; Penta = vaccin pentavalent ; RDT = test de diagnostic rapide ; TB = tuberculose.

Indicateurs supplémentaires

Indicateurs DQR recommandés		
Domaine du programme	Nom abrégé	Nom de l'indicateur
Général	Utilisation des services	Nombre de visites en service ambulatoire par personne et par an
Santé maternelle	Soins prénatals 4ème visite (ANC4)	Nombre (%) de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours d'une période donnée et ayant reçu des soins prénatals, quatre fois ou plus
	Prestation institutionnelle	Nombre (%) de femmes ayant accouché dans un établissement de santé
	Couverture des soins post-partum	Nombre (%) de mères et de bébés ayant reçu des soins post-partum dans les deux jours suivant l'accouchement (quel que soit le lieu d'accouchement)
	Anatoxine tétanique 1ère dose	Nombre (%) de femmes enceintes ayant reçu la 1ère dose du vaccin antitétanique
Immunisation	DTP1-3/Penta1-3	Nombre (%) d'enfants de < 1 an recevant la 1ère dose, la 2ème dose et la 3ème dose de Vaccins DTC/Penta
	MCV1	Nombre (%) de nourrissons ayant reçu au moins une dose de vaccin antirougeoleux (MCV) avant l'âge de 1 an
	PCV 1-32	Nombre (%) d'enfants de < 1 an recevant la 1re dose, la 2e dose et la 3e dose de vaccins antipneumococciques

¹ Si le nombre de cas de paludisme confirmés n'est pas disponible, utilisez tous les cas de paludisme.

² Si ce vaccin n'est pas utilisé dans un pays, remplacez-le par un autre vaccin utilisé dans le programme national.

Indicateurs supplémentaires, suite

Indicateurs DQR recommandés		
Domaine du programme	Nom abrégé	Nom de l'indicateur
VIH	Personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées	Nombre (%) de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un diagnostic
	Couverture des soins du VIH	Nombre (%) de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent des soins anti-VIH (y compris ART)
	Couverture du TARV PTME	Nombre (%) de femmes enceintes séropositives ayant reçu un TAR pendant la grossesse
	Actuellement sous TAR	Nombre et % de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent actuellement un TARV
	Rétention du TAR	Nombre (%) de personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui sont maintenues sous TAR 12 mois après le début (et à 24, 36, 48 et 60 mois)
	Suppression virale	Nombre (%) de personnes sous TAR dont la charge virale a été supprimée
Tuberculose	Cas notifiés de toutes les formes de tuberculose	Nombre de nouveaux cas et de rechutes de tuberculose notifiés pour 100 000 habitants – Évaluer si les blocs 1 et 21 du rapport trimestriel de notification des cas sont corrects conformément aux normes et critères (B1.4) pour les systèmes sur papier ²
	Taux de réussite du traitement antituberculeux	Nombre (%) de cas de tuberculose traités avec succès (guéris plus traitement terminé) parmi les cas de tuberculose notifiés aux autorités sanitaires nationales au cours d'une période spécifiée – Évaluer si le bloc 1 du rapport trimestriel sur les résultats du traitement est correct conformément aux normes et critères (B.14) pour systèmes sur papier
	Taux de réussite du traitement antituberculeux de deuxième intention	Nombre (%) de cas de tuberculose traités avec succès (guéris plus traitement terminé) parmi tous les cas confirmés de tuberculose RR/TB-MDR commencés sous traitement de deuxième intention au cours de la période d'évaluation
TB-VIH	Proportion de patients tuberculeux nouveaux et en rechute enregistrés avec un statut VIH documenté	Nombre de patients tuberculeux nouveaux et en rechute pour lesquels un résultat de test VIH a été enregistré dans le registre de la tuberculose, exprimé en pourcentage du nombre enregistré au cours de la période de référence
	Proportion de nouveaux séropositifs et de rechutes Patients tuberculeux sous TAR pendant le traitement antituberculeux	Nombre de patients tuberculeux nouveaux et en rechute séropositifs qui ont reçu un TAR pendant le traitement antituberculeux, exprimé en pourcentage de ceux enregistrés au cours de la période de référence
Paludisme	Proportion de cas suspects de paludisme testés	Nombre (%) de tous les cas suspects de paludisme ayant fait l'objet d'un test parasitologique (microscopie ou TDR).
	Cas confirmés de paludisme traités avec un traitement de 1ère intention (y compris les ACT)	Nombre (%) de cas confirmés de paludisme traités qui ont reçu un traitement antipaludique de première intention conformément à la politique nationale dans les établissements du secteur public
	Cas de paludisme (présomés et confirmés) traités par un traitement de 1ère intention (y compris les ACT)	Nombre (%) de cas de paludisme (présomés et confirmés) ayant reçu un traitement antipaludique de première intention
	TPIp3	Nombre (%) de femmes enceintes fréquentant des cliniques prénatales et ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent contre le paludisme, conformément à la politique nationale dans les établissements du secteur public

Remarque : CPN = soins prénatals ; ART = thérapie antirétrovirale ; DTC = diphtérie-tétanos-coqueluche ; MCV = vaccin contenant la rougeole ; MDR-TB = tuberculose multirésistante ; PCV = vaccin antipneumococcique conjugué ; PTME = Prévention de la transmission mère-enfant ; RR = résistant à la rifampicine ; TB = tuberculose.

1 Définitions et cadre de déclaration pour la tuberculose – révision 2013. Document OMS/HTM/TB/2013.2. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79199/1/9789241505345_eng.pdf?ua=1, consulté le 11 juin 2015).

2 Normes et critères de référence pour les systèmes de surveillance de la tuberculose et d'enregistrement des faits d'état civil : liste de contrôle et guide de l'utilisateur. Document OMS/HTM/TB/2014.02. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112673/1/9789241506724_eng.pdf?ua=1, consulté le 11 juin 2015).

Remarques

[illegible]

DQA

