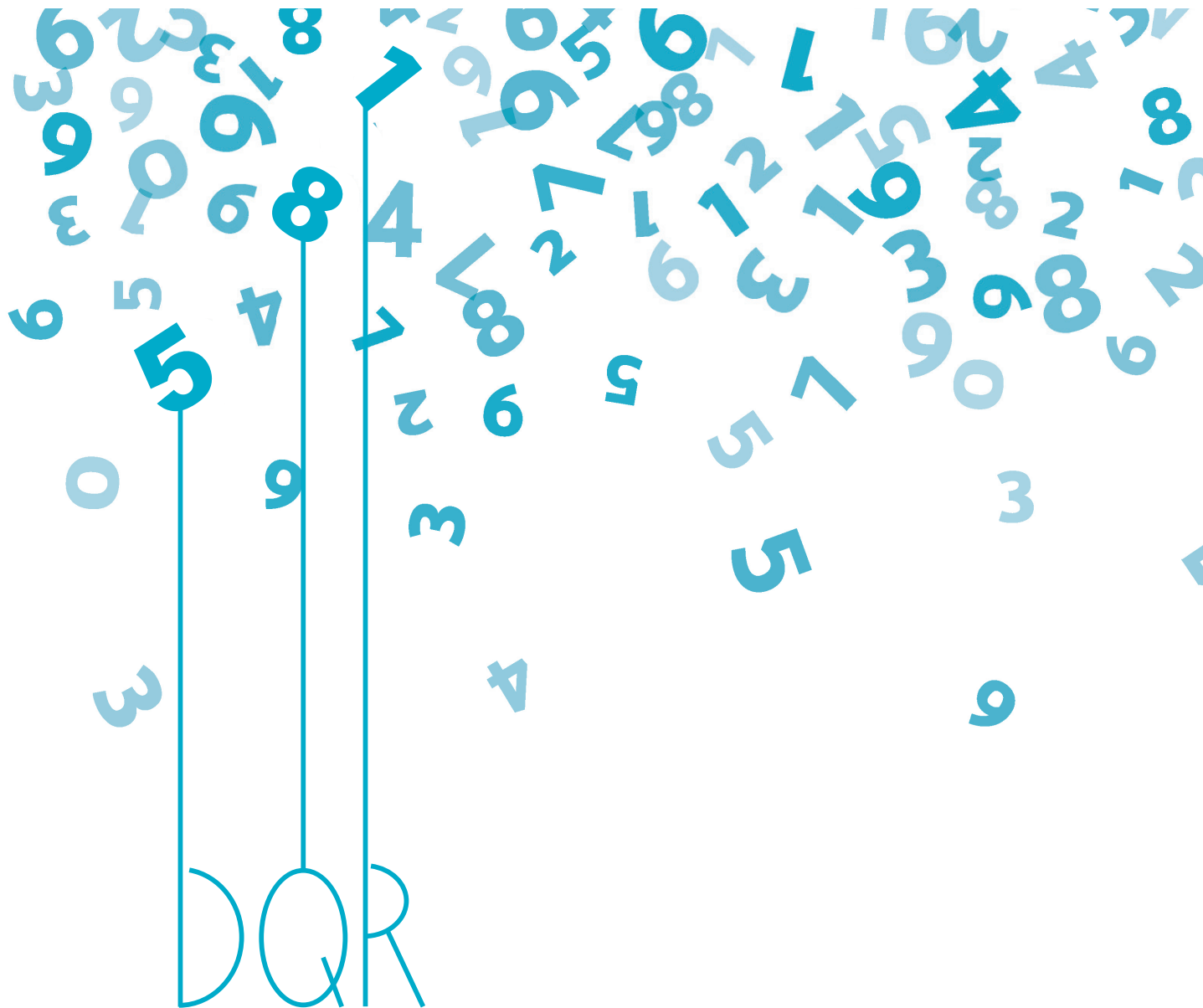




DATA QUALITY REVIEW (EXAMEN DE LA QUALITÉ DES DONNÉES)

Module 1 Cadre et paramètres

DATA QUALITY REVIEW (EXAMEN DE LA QUALITÉ DES DONNÉES)

Module 1 Cadre et paramètres

Data quality review (examen de la qualité des données) : une boîte à outils pour l'évaluation de la qualité des données des établissements de santé. Module 1. Cadre et paramètres [Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Module 1. Framework and metrics]

ISBN 978-92-4-251272-4

© **Organisation mondiale de la Santé 2019**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 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, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Data quality review (examen de la qualité des données) : une boîte à outils pour l'évaluation de la qualité des données des établissements de santé. Module 1. Cadre et paramètres [Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Module 1. Framework and metrics]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page graphique: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève, Suisse.

Table des matières

Remerciements	2
Abréviations	4
1.1 Contexte général	5
1.2 Vue d'ensemble	7
Portée de l'examen de la qualité des données	7
Objectifs	8
La boîte à outils	9
1.3 La méthodologie	10
L'examen sur dossier	10
Évaluation de l'établissement de santé (visite d'un échantillon de sites)	11
1.4 Paramètres de la qualité des données	13
Indicateurs clés	13
Dimensions de la qualité des données	15
Définitions et niveaux de référence	17
1.5 Gouvernance et coordination	21
Examen annuel de la qualité des données	21
Vérifications de routine de la qualité des données	25
1.6 Diffusion et utilisation des résultats de l'examen de la qualité des données	26
Annexe 1: Indicateurs recommandés	29
Indicateurs clés	29
Indicateurs supplémentaires	30



Remerciements

Cette boîte à outils, qui est le fruit d'une collaboration entre l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds mondial, l'Alliance GAVI et l'USAID/MEASURE Evaluation, propose une approche unifiée de la qualité des données. Elle intègre et complète des outils et méthodes passés et actuels d'évaluation de la qualité des données dans les établissements, en s'appuyant sur les meilleures pratiques et les leçons tirées de l'expérience de nombreux pays.

Kavitha Viswanathan a supervisé les aspects techniques liés à la mise au point de ce manuel, sous la direction générale de Kathryn O'Neill. Ties Boerma, David Boone, Robert Pond, Olav Poppe, Claire Preaud, Ashley Sheffel, Amani Siyam et Marina Takane ont apporté des contributions techniques.

Tous les modules de cette boîte à outils s'appuient sur les contributions techniques de différents départements et programmes de l'OMS et d'autres organismes. Nous tenons en particulier à citer les personnes suivantes : Thomas Cherian, Marta Gacic-Dobo, Jan Van Grevendonk ; Richard Cibulski, Michael Lynch ; Katherine Floyd, Philippe Glaziou, Hazim Timimi ; Isabelle Bergeri, Txema Callejas, Chika Hayashi, Serge Xueref ; Ryuichi Komatsu, John Puvimanasinghe, Annie Schwartz, Alka Singh, Nathalie Zorzi ; Peter Hansen, Chung-won Lee.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les pays partenaires qui ont testé différents éléments de cette approche et nous ont fait part de leurs précieux commentaires (Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Kenya, Mauritanie, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zanzibar, en République-Unie de Tanzanie.).

Cette boîte à outils a été mise au point grâce à des subventions de l'initiative Data for Health de Bloomberg Philanthropies ; de l'Alliance GAVI ; du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; et de l'Agence norvégienne de coopération pour le développement (Norad).



Contenu de la boîte à outils

La boîte à outils pour l'examen de la qualité des données contient des lignes directrices et d'autres ressources. Les lignes directrices sont présentées dans les trois modules suivants. Des ressources supplémentaires relatives à la collecte et à l'analyse des données seront publiées en ligne à des fins de téléchargement. Des informations plus détaillées sur ces ressources supplémentaires sont fournies dans le Module 1, Cadre et paramètres.

DOCUMENT ACTUEL



Module 1
Cadre et paramètres



Module 2
Examen sur dossier de la qualité des données



Module 3
Vérification des données et évaluation des systèmes

Abréviations

DHIS2	logiciel libre en ligne, utilisée par les pays principalement comme système d'information sanitaire pour la gestion des données et le suivi des programmes de santé
DTC	vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
DTC3	troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
DQR	examen de la qualité des données
ET	écart type
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
HMIS	système d'information pour la gestion sanitaire (health management information system)
MCV	vaccin à valence rougeole
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
Penta	vaccin pentavalent
PTME	prévention de la transmission mère enfant
SARA	enquête de mesure de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services
TAR	traitement antirétroviral
TDR	test de diagnostic rapide
TPI	traitement préventif intermittent
TT	vaccin à base d'anatoxine tétanique
Tuberculose MR	tuberculose multirésistante
Tuberculose RR	tuberculose résistante à la rifampicine
USAID	United States Agency for International Development
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPC	vaccin antipneumococcique conjugué



1.1 Contexte général

Les données sanitaires sont utilisées largement et à des fins différentes, notamment pour les examens du secteur de la santé, la planification, le suivi des programmes, l'amélioration de la qualité et la notification. C'est pourquoi des données de qualité sur les performances du secteur de la santé doivent être systématiquement disponibles.

Le système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) national et, le cas échéant, les systèmes de notification des différents programmes de santé et de lutte contre les maladies servent à recueillir des données sur les services de santé de routine et les problèmes de santé signalés par les établissements du système de soins national. Ces données sont la principale source employée pour évaluer les performances du secteur de la santé : le ministère de la santé compile régulièrement les données afin de rendre compte des résultats et des tendances pour les principaux indicateurs de performance sanitaire. Cependant, les données du système HMIS présentent souvent des problèmes de qualité, et de nombreux utilisateurs n'ont pas confiance en elles.

Toutes les données peuvent présenter des insuffisances (valeurs manquantes, biais, erreurs de mesure et erreurs humaines lors de la saisie et du traitement). Des évaluations de la qualité des données devraient être menées afin de déterminer la confiance que l'on peut accorder aux données utilisées pour évaluer les performances du secteur de la santé et pour comprendre les forces et les faiblesses des sources employées. Il est notamment important de connaître la fiabilité des estimations de couverture nationale et des autres indicateurs calculés à partir des données des établissements de santé.

Les autorités nationales et les organismes partenaires emploient différents outils pour évaluer la qualité des données des établissements de santé. Les logiciels des systèmes d'information sanitaire peuvent eux aussi intégrer des contrôles de ce type. Ces différents outils et approches peuvent néanmoins présenter certaines limitations :

- ▶ Les programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies réalisent de façon indépendante des évaluations de la qualité des données, ce qui rend difficile de mener des évaluations globales des établissements de santé. Or, les problèmes de données concernent souvent plusieurs programmes simultanément et il est donc plus efficient (et moins lourd pour le personnel périphérique concerné) de les examiner de manière holistique.
- ▶ Comme les évaluations de la qualité ont souvent été menées ponctuellement, sans coordination, les résultats ne sont pas toujours disponibles au moment voulu (par exemple, pour les examens du secteur de la santé). Également, ces évaluations s'appuient souvent sur des méthodologies non standardisées, ce qui rend difficile la généralisation ou la comparaison.

- La taille des échantillons utilisés dans ces évaluations est souvent trop faible pour être représentative de l'ensemble des établissements de santé, et il est donc difficile de tirer des conclusions générales sur l'exactitude de la notification. La petite taille des échantillons peut également réduire la précision des estimations établies à partir de l'échantillon.
- Cette boîte à outils est le fruit de la collaboration entre l'OMS, le Fonds mondial, l'Alliance GAVI et USAID/MEASURE Evaluation afin de promouvoir une approche harmonisée de l'évaluation de la qualité des données transmises par les établissements de santé au niveau national.

Cette méthodologie d'examen de la qualité des données s'appuie sur les mécanismes existants d'assurance de la qualité. La méthodologie et les indicateurs ont été mis au point et sélectionnés sur la base d'une vaste consultation avec d'experts internationaux des programmes de santé issus de grands donateurs et d'organismes d'aide technique de premier plan. Les différents programmes de santé et de lutte contre les maladies devraient en principe se servir des résultats de l'examen de la qualité des données comme base de travail pour leurs propres évaluations détaillées de la qualité des données et de leurs systèmes d'information. Le but de l'examen de la qualité des données est de contribuer à améliorer la qualité des données utilisées dans les pays pour suivre les progrès et les performances (par exemple, examens annuels du secteur de la santé, planification des programmes, suivi et évaluation) afin de faciliter la prise de décisions.



1.2 Vue d'ensemble

Pour faire des choix éclairés, il est essentiel de veiller à ce que les données soient de bonne qualité. Les données des établissements de santé sont l'une des sources primaires utilisées pour apprécier les performances du secteur de la santé. Les ministères de la santé les compilent donc régulièrement en vue de suivre les progrès accomplis vers les buts et les objectifs, planifier les activités en fonction des besoins futurs et définir les priorités du système de santé. Or, des données de mauvaise qualité sapent la confiance des usagers.

Pour réaliser un examen complet de la qualité des données recueillies par les établissements de santé, une approche à plusieurs volets est nécessaire. Le cadre de l'examen de la qualité des données recouvre les éléments suivants :

- un examen de routine régulier (par exemple, mensuel) de la qualité des données, intégré à un système de contrôle du HMIS ou des autres systèmes de notification des programmes, dans le cadre d'un cycle de rétroaction permettant d'identifier les erreurs quasiment en temps réel afin de les corriger immédiatement ;
- une évaluation annuelle indépendante d'un ensemble d'indicateurs traceurs afin d'identifier les lacunes et les erreurs de la notification, et la plausibilité des tendances mises en évidence dans les données des établissements de santé au cours de l'année précédente ; et
- des examens périodiques approfondis de la qualité des données des programmes, centrés sur une maladie ou un domaine programmatique, et organisés en fonction des besoins de planification des différents programmes concernés (c'est-à-dire, avant les examens de programme).

Portée de l'examen de la qualité des données

L'examen de la qualité des données vise à faciliter les évaluations indépendantes (de routine, annuelles et périodiques) des données communiquées par les établissements. Sa périodicité dépend de l'objet de l'examen, et sera donc différente selon qu'il s'agit de corriger les données dans le cadre des activités de routine, d'examiner des problèmes communs de qualité des données qui doivent être réglés pour la préparation des rapports d'analyse annuels de la situation sanitaire, ou d'examiner en profondeur un programme de santé ou de lutte contre la maladie, en amont des examens programmatiques.

La qualité des données de routine communiquée par les établissements de santé devrait faire l'objet d'un examen annuel complet dans le cadre du processus de consolidation des données pour les rapports statistiques annuels ou les rapports sur les performances du secteur de la

santé. Lorsqu'ils déterminent les niveaux de financement des programmes et les domaines prioritaires du système de santé, les responsables de la planification du secteur de la santé doivent savoir quelle confiance ils peuvent accorder aux données. Ils doivent également savoir quels investissements engager pour renforcer la qualité des données et les systèmes de notification. Les résultats des évaluations devraient être largement diffusés au sein du ministère de la santé et auprès des partenaires de développement et des autres parties prenantes afin qu'ils sachent quels sont les forces et les limitations des données. Lorsqu'elles sont de mauvaise qualité, les données aboutissent en des résultats trompeurs, masquant par exemple des progrès accomplis vers les objectifs du secteur de la santé et entravant ainsi les processus de planification annuelle. Il est donc indispensable de discuter des éventuels problèmes de qualité des données, de recenser les mesures permettant de l'améliorer et de mettre au point des plans d'action pour l'application des interventions. Cela vaut également pour les examens de qualité des données approfondis, dont les résultats doivent être pris en compte lors des examens programmatiques ou de l'examen annuel du secteur de la santé.

Les indicateurs d'examen de la qualité des données peuvent être intégrés aux contrôles et vérifications internes de routine de la qualité des données. Ainsi, des travaux sont en cours pour les incorporer au logiciel DHIS2 (District Health Information System 2.0).¹ Pour les pays qui gèrent leur HMIS au moyen du logiciel DHIS2, cet ajout facilitera grandement les contrôles de routine de la qualité des données. D'autres outils peuvent également être utilisés pour l'évaluation de routine de la qualité des données, comme l'outil OMS/IVB d'autoévaluation de la qualité des données (DQS)² ou encore l'outil d'évaluation systématique de la qualité des données (RDQA) de MEASURE.³

Objectifs

L'examen de la qualité des données a pour objet d'évaluer la qualité des données produites par le(s) système(s) d'information des établissements de santé. Ses objectifs sont les suivants :

- institutionnaliser un système d'évaluation de la qualité des données, incluant un suivi systématique, des examens annuels indépendants et des évaluations périodiques approfondies des programmes de santé prioritaires ;
- mettre en évidence les faiblesses du système de gestion des données et les interventions disponibles pour y pallier ; et
- suivre les performances dans ce domaine, au fil du temps, et la capacité à produire des données de bonne qualité.

1 DHIS2 est un logiciel libre en ligne que les pays utilisent principalement comme système d'information sanitaire pour la gestion et le suivi des programmes de santé. Il est également employé pour la gestion logistique, le suivi mobile et dans les registres des établissements. Pour plus d'informations, voir <https://www.dhis2.org/> (consulté le 29 mai 2015).

2 Voir http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69034/1/WHO_IVB_05.04.pdf (consulté le 20 novembre 2016).

3 Voir <http://www.cpc.unc.edu/measure/our-work/data-quality> (consulté le 20 novembre 2016).



La boîte à outils

La boîte à outils d'examen de la qualité des données englobe des lignes directrices et des outils qui forment le socle nécessaire pour parvenir à une définition commune de la qualité des données, le but étant d'institutionnaliser un mécanisme d'évaluation régulière au niveau national. Elle permet de mener des évaluations régulières et est structurée de la manière suivante :

Module 1 : Cadre et paramètres

Module 2 : Examen sur dossier de la qualité des données

Module 3 : Examen de la qualité des données au moyen d'une enquête en établissement.

La boîte à outils comprend également les ressources suivantes :

- un outil développé sous Microsoft Excel pour automatiser l'analyse des paramètres de la qualité des données (pour les pays qui n'utilisent pas DHIS2) ;
- une application OMS sur la qualité des données développée sous DHIS2 pour le suivi annuel et de routine des données ;
- des instruments permettant de collecter les données nécessaires à l'examen de la qualité des données pour le module sur les enquêtes en établissement ;
- des formulaires électroniques de collecte des données (sous CPro) ;⁴
- un outil d'analyse automatisée Microsoft Excel pour calculer les paramètres à partir des données recueillies lors de l'enquête en établissement ;
- des modules spécifiques à chaque programme de santé et de lutte contre les maladies.

⁴ Pour obtenir plus d'informations sur le logiciel Census and Survey Processing System (CPro) et le télécharger, voir : <http://www.census.gov/population/international/software/cspro/> (consulté le 29 mai 2015).



1.3 La méthodologie

La méthodologie d'examen de la qualité des données englobe deux processus distincts qui peuvent être utilisés conjointement ou séparément :

- Un examen sur dossier des données notifiées au niveau national. Il consiste à examiner la qualité de données notifiées agrégées correspondant aux indicateurs programmatiques recommandés, en utilisant pour ce faire des paramètres standardisés ;
- Une évaluation en établissement de santé. Elle consiste à mener une vérification des données et à évaluer la capacité du système d'information à produire des données de qualité (évaluation du système).

L'examen sur dossier

L'examen sur dossier est une étude de la qualité des données reposant sur quatre dimensions : exhaustivité, cohérence interne, comparaisons externes et cohérence externe des données sur la population. Un ensemble d'indicateurs traceurs relevant de différents domaines programmatiques et liés à ces dimensions est également passé en revue. Pour réaliser cet examen, il faut disposer de données mensuelles ou trimestrielles par zone administrative locale (pour la dernière année de notification) et de données annuelles agrégées sur les indicateurs retenus (pour les trois dernières années de notification).

Cette analyse transversale des indicateurs programmatiques recommandés, menée pour les différentes dimensions de la qualité, permet de quantifier les problèmes d'exhaustivité, d'exactitude et de cohérence des données en fonction des domaines programmatiques considérés, mais aussi d'obtenir des informations utiles sur l'adéquation globale des données des établissements de santé pour la planification et le suivi annuel. L'OMS recommande que l'examen sur dossier de la procédure d'examen de la qualité des données soit réalisé chaque année.

L'examen sur dossier consiste à comparer les performances du système d'information national aux niveaux de référence recommandés en matière de qualité, afin de repérer les unités administratives infranationales qui ne les respectent pas et devront donc faire l'objet de vérifications complémentaires. Les responsables de la planification de l'évaluation peuvent décider de laisser les utilisateurs définir certains niveaux de référence.



Lors de l'examen sur dossier, la qualité des données est évaluée à deux niveaux :

- celui des différents indicateurs, considérés individuellement, agrégés au niveau national ;
- celui des performances réalisées par les unités infranationales (par exemple, districts ou provinces/régions) pour les indicateurs retenus.

Évaluation de l'établissement (visite d'un échantillon de sites)

Vérification de la qualité des données

L'évaluation de la qualité des données au niveau de l'établissement suppose notamment de vérifier les valeurs des indicateurs pour certaines périodes de notification, en se fondant sur les données communiquées par l'établissement au niveau immédiatement supérieur, et d'évaluer l'exhaustivité de notification et de la collecte des données.

L'objectif de la vérification des données est d'apprécier dans quelle mesure les informations figurant dans les documents sources ont été correctement transmises au niveau supérieur ; elle doit être menée à chaque niveau du système de notification (de l'établissement de santé jusqu'au niveau national). Cela permet de repérer les erreurs systématiques qui surviennent dans la notification des données et d'estimer, pour certains indicateurs, l'ampleur de la surnotification ou de la sous notification dans le système au niveau national.

Aux fins de la vérification, les données des documents sources (registres et fiches de pointage) sont comparées aux données rapportées par l'intermédiaire du HMIS afin de déterminer la part de résultats notifiés qui peut être vérifiée à partir des documents sources. Les valeurs des indicateurs retenus pour certaines périodes de notification sont contrôlées à partir des documents sources au niveau de l'établissement, puis comparées à celles notifiées par l'établissement pour la même période. Un instrument standardisé de collecte de données est disponible sous formats papier et électronique.

En plus de vérifier que les données sources et les informations notifiées concordent, l'enquête en établissement sert aussi à recueillir des informations sur l'exhaustivité de la notification. Celles-ci peuvent ensuite être comparées à celles obtenues à ce sujet lors de l'examen sur dossier. Il est essentiel d'utiliser une solide méthodologie d'échantillonnage probabiliste pour veiller à ce que les résultats de la vérification des données soient représentatifs de ceux de l'ensemble des établissements de santé. Pour être nationalement représentatives, les évaluations en établissement doivent généralement disposer d'un échantillon de plus de 100 établissements de santé, ce qui est suffisant aux fins de la vérification de la qualité des données. La collecte de



Il est recommandé de vérifier chaque année la qualité des données, parallèlement à l'examen sur dossier, si possible dans le cadre d'un plan harmonisé d'évaluation des établissements de santé.

- personnel qualifié ;
- lignes directrices ;
- rupture de stock d'outils et de formulaires de notification ;
- supervision et retour d'expérience ;
- analyse et utilisation des données.

1.4 Paramètres de la qualité des données

L'examen de la qualité des données s'attache, d'une part, à examiner un ensemble d'indicateurs standard de routine, notifiés par l'intermédiaire des systèmes d'information de l'établissement et, de l'autre, à quantifier les problèmes liés à l'exhaustivité, la ponctualité, la cohérence et l'exactitude des données afin d'évaluer dans quelle mesure les données des établissements de santé sont adaptées à leur objet. Par exemple :

- Pour être considérées de qualité, les données doivent être complètes et communiquées au moment opportun (ponctualité) – c'est-à-dire que suffisamment d'informations doivent être disponibles pour pouvoir prendre des décisions sur la santé de la population et affecter les ressources de façon ciblée en vue d'améliorer la couverture, l'efficacité et la qualité du système de santé.
- Pour être considérées de qualité, les données doivent être cohérentes et fiables – c'est-à-dire qu'elles doivent être plausibles au regard de celles communiquées précédemment. Des données fiables sont des données qui restent cohérentes à chaque fois qu'elles sont mesurées.
- Pour être de qualité, les données doivent être exactes – elles doivent refléter fidèlement le niveau effectif de la prestation de services au sein de l'établissement de santé.

L'examen de la qualité des données examine la qualité des données de plusieurs indicateurs couvrant les différents domaines programmatiques dont rendent compte les systèmes d'information de routine de l'établissement. Il peut être mené comme un examen global couvrant plusieurs domaines programmatiques ou pour l'évaluation approfondie d'un domaine programmatique particulier.

Indicateurs clés

Les indicateurs clés ont été sélectionnés en fonction de leur importance pour le suivi et l'évaluation des programmes. Ils incluent des indicateurs traceurs (c'est-à-dire, qui permettent de suivre les résultats depuis la source jusqu'au niveau national et donnent des indications sur la qualité de l'ensemble des indicateurs d'un domaine programmatique donné) sur les soins prénatals, la vaccination, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose et le paludisme. Le Tableau 1.1 énumère les indicateurs clés recommandés pour un examen de la qualité des données classique.



Tableau 1.1 Indicateurs clés recommandés pour l'examen de la qualité des données

Indicateurs recommandés pour l'examen de la qualité des données		
Domaines programmatiques	Nom de l'indicateur	Définition complète de l'indicateur
Santé maternelle	Couverture de la première consultation prénatale (ANC1)	Nombre et pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une consultation pendant la grossesse
Vaccination	Couverture du DTC3/Penta3	Nombre et pourcentage d'enfants <1 an ayant reçu trois doses du DTC/ vaccin pentavalent
VIH	Sujets actuellement sous TAR	Nombre et pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous TAR
Tuberculose	Taux de notification de la tuberculose	Nombre de nouveaux cas et de cas de rechute de la tuberculose notifiés pour 100 000 habitants
Paludisme	Cas de paludisme confirmés ¹	Nombre de cas de paludisme confirmés (par examen microscopique ou TDR) pour 1000 personnes par an

DTC3 = troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux, Penta = vaccin pentavalent, TAR = traitement antirétroviral, TDR = test de diagnostic rapide.

Il est recommandé aux pays de choisir des indicateurs dans la liste principale, mais ils peuvent aussi en sélectionner d'autres ou élargir cet ensemble en fonction de leurs besoins et des ressources disponibles. Un ensemble complet d'indicateurs clés et d'indicateurs supplémentaires est disponible à l'annexe 1. Il importe de noter, cependant, que plus les indicateurs sont nombreux, plus l'examen sera long et coûteux. C'est particulièrement vrai pour l'ensemble d'indicateurs utilisé pour la composante de vérification des données. Un des principes de base est qu'une équipe de collecte de données ne devrait pas passer plus d'une journée dans chaque établissement. Il est donc recommandé de ne pas utiliser plus de quatre ou cinq indicateurs par enquête pour l'exercice de vérification de données.

Si d'autres indicateurs prioritaires ne figurent ni dans la liste des indicateurs de base ni dans les listes supplémentaires, on peut les utiliser (avec prudence) pour remplacer un ou plusieurs indicateurs clés. Il faut également noter que tous les paramètres de la qualité des données ne s'appliquent pas nécessairement à l'ensemble des indicateurs. C'est ainsi que, pour certains indicateurs clés et indicateurs supplémentaires (notamment le VIH), il peut être difficile d'obtenir des dénominateurs au niveau infranational ou d'établir des comparaisons avec des mesures de l'indicateur provenant d'autres sources. Dans ce cas de figure, la qualité des données ne peut être vérifiée que pour le numérateur (dont les paramètres se retrouvent dans les dimensions 1 et 2 de l'examen de la qualité des données).

¹ Si le nombre de cas confirmés de paludisme n'est pas recueilli, on peut lui substituer le nombre total de cas de paludisme.

Dimensions de la qualité des données

Ce cadre pour l'examen de la qualité des données passe en revue chacun des indicateurs retenus sous quatre angles différents (les dimensions) :

- Dimension 1 : exhaustivité et ponctualité des données ;
- Dimension 2 : cohérence interne des données notifiées ;
- Dimension 3 : cohérence externe (par rapport aux autres sources de données, comme les enquêtes par exemple) ;
- Dimension 4 : comparaisons externes des données sur la population (examen des données du dénominateur utilisées pour calculer les taux correspondant aux indicateurs de performance).

Exhaustivité et ponctualité

L'exhaustivité des données est évaluée en mesurant si toutes les entités supposées notifier des données, le font effectivement. Cela vaut pour les rapports des établissements de santé aux districts, et des districts aux niveaux régional ou provincial. Pour évaluer la ponctualité des données, on détermine si les entités qui ont soumis des données l'ont fait avant une date butoir donnée. Les paramètres relatifs à l'exhaustivité et à l'actualité utilisée dans le cadre de l'examen de la qualité des données sont les suivants :

- **Exhaustivité et ponctualité de la notification au niveau des districts**
Ces paramètres servent à mesurer les performances des districts.
- **Exhaustivité et actualité de la notification au niveau des établissements**
Ces paramètres servent à mesurer les performances des établissements
- **Exhaustivité des données relatives aux indicateurs (données individuelles)**
Cet indicateur sert à évaluer dans quelle mesure les établissements, qui sont supposés notifier des données sur les indicateurs de base retenus, le font effectivement. Cet aspect est à distinguer de l'exhaustivité globale de la notification, en cela qu'il s'agit d'examiner l'exhaustivité de données individuelles spécifiques, et pas seulement de vérifier que le formulaire mensuel a bien été communiqué.
- **Stabilité de l'exhaustivité de la notification**
Cet indicateur examine les tendances du point de vue de l'exhaustivité de la notification.



Cohérence interne des données notifiées

On s'intéresse ici à la cohérence interne des données évaluées. Les paramètres de cohérence interne portent sur les aspects suivants : 1) cohérence entre les données individuelles à différents moments ; 2) cohérence entre des données individuelles liées ; et 3) comparaisons de données entre les documents sources et les bases de données nationales.

Quatre paramètres de cohérence interne sont inclus à l'examen de la qualité des données :

- **Présence de données atypiques (outliers) :** Il s'agit de voir si une valeur est extrême par rapport aux autres valeurs de la même série de données.
- **Cohérence dans le temps :** La plausibilité des résultats notifiés pour les indicateurs de programme retenus est examinée du point de vue de l'historique de notification des indicateurs. Les tendances sont évaluées en vue de déterminer si les valeurs rapportées sont extrêmes par rapport aux autres valeurs notifiées pendant l'année ou sur plusieurs années.
- **Cohérence entre indicateurs :** Les indicateurs de programme qui ont une relation prévisible sont examinés afin de déterminer s'ils sont effectivement reliés. En d'autres termes, on étudie si le lien observé entre des indicateurs, tel qu'il ressort des données notifiées, correspond aux attentes.
- **Cohérence entre les données notifiées et les documents d'origine :** Il s'agit d'évaluer l'exactitude de la notification pour les indicateurs concernés en passant en revue les documents source dans les établissements de santé. Cet élément de la cohérence interne est mesuré au moyen d'un exercice de vérification des données qui impose de conduire un examen des archives dans un échantillon d'établissements de santé. C'est la seule dimension de la qualité des données qui suppose de collecter des données primaires supplémentaires.

Cohérence externe avec les autres sources de données

On évalue ici le niveau de concordance entre deux sources de données mesurant le même indicateur de santé. Les deux sources généralement comparées sont, d'une part, les données qui transitent par le système HMIS ou le système d'information du programme et, de l'autre, les données issues des enquêtes en population périodiques. Les données du HMIS et les archives de la pharmacie, ou d'autres types de données encore, peuvent aussi être mises en regard pour vérifier que les deux sources se situent dans une fourchette similaire.



Comparaison externe des données sur la population

Il s'agit ici de déterminer l'adéquation des données sur la population employées pour évaluer la performance des indicateurs de santé. Les données sur la population servent de dénominateur pour calculer le taux ou la proportion et fournissent des informations importantes sur la couverture. Cette mesure de la qualité des données consiste à comparer deux sources différentes d'estimations de la population (pour lesquelles les valeurs sont calculées différemment) afin d'évaluer le degré de congruence entre elles. Si les deux estimations de population sont divergentes, les estimations de la couverture d'un indicateur donné peuvent être très différentes, même si le résultat programmatique (c'est-à-dire, le nombre d'événements) est identique. Plus grande est la convergence entre les dénominateurs des différentes sources, plus les valeurs devraient correspondre à la valeur effective par rapport à la population.

Définitions et niveaux de référence

Il est utile également de définir des niveaux de référence souhaités ou acceptables pour chaque paramètre de chacun des indicateurs clés. La boîte à outils d'examen de la qualité des données fixe des niveaux de référence en matière de qualité, mais ceux-ci dépendront en définitive du pays qui met en œuvre d'examen de la qualité des données. Par exemple, un taux de notification de 80 % serait acceptable dans un pays où la notification est depuis longtemps insuffisante, mais pas dans d'autres pays qui sont dotés de systèmes plus matures et où les taux de notification s'approchent de 100 %. Pour certains paramètres de la qualité des données, les niveaux de référence varient d'un programme à l'autre. Par exemple, le seuil de qualité recommandé peut être de 90 % pour l'exhaustivité des données des indicateurs de santé maternelle, mais de 67 % pour la vaccination car la prestation de services de vaccination varie souvent d'un mois à l'autre et car il n'est pas rare que l'on obtienne des valeurs égales à zéro (ou que certaines valeurs soient manquantes). De la même manière, le seuil pourrait être fixé à 75 % pour la tuberculose car il s'agit d'un événement assez rare dans la population, en particulier dans les zones administratives infranationales peu peuplées.

Les pays dotés de systèmes d'information matures, d'indicateurs et d'outils standardisés et de personnel qualifié, doivent appliquer des seuils de qualité plus stricts que les autres.

Le Tableau 1.2 présente les différents paramètres correspondant à chaque dimension de la qualité des données. La qualité des données des indicateurs clés recommandés est examinée à l'aune de ces critères standardisés. Les niveaux de référence utilisés pour mesurer la qualité sont également présentés ici. Ces niveaux de référence recommandés doivent être adaptés au contexte national.



Tableau 1.2 Qualité des données : dimensions, paramètres et niveaux de référence

DIMENSION 1 : EXHAUSTIVITÉ DE LA NOTIFICATION

Chaque dimension doit être évaluée, et ce pour chacun des indicateurs clés recommandés : soins prénatals (ANC), vaccination, VIH, tuberculose et paludisme. Des indicateurs supplémentaires peuvent être sélectionnés en fonction des priorités et de la portée de l'évaluation de la qualité des données.

Paramètres de mesure	Définition	
	Niveau national	Niveau infranational
Exhaustivité de la notification par les districts	Pourcentage des rapports mensuels escomptés qui ont été effectivement reçus des districts (au cours de l'année précédente)	Nombre et pourcentage de districts ayant soumis : 1) au moins 9 des 12 rapports mensuels escomptés ; 2) 100 % des rapports mensuels escomptés
Ponctualité de la notification par les districts	Sur l'ensemble des rapports mensuels soumis par les districts, pourcentage de ceux reçus dans les délais convenus (au cours de l'année précédente)	Nombre et pourcentage de districts ayant soumis à temps au moins 75 % des rapports mensuels qu'ils communiquent au niveau national ¹
Exhaustivité de la notification par les établissements	Pourcentage des rapports mensuels escomptés qui ont été effectivement reçus des établissements (au cours de l'année précédente)	Nombre et pourcentage de districts ayant reçu au moins 9 rapports mensuels d'établissement sur 12
		Nombre et pourcentage d'établissements ayant soumis 100 % des rapports mensuels escomptés
Ponctualité de la notification par les établissements	Sur l'ensemble des rapports mensuels soumis par les établissements, pourcentage de ceux reçus dans les délais convenus (au cours de l'année précédente)	Nombre et pourcentage de districts ayant reçu à temps au moins 75 % des rapports mensuels d'établissement
Exhaustivité des données des indicateurs (pourcentage de données individuelles qui sont des valeurs non nulles, pourcentage de données individuelles qui sont des valeurs non manquantes) Mener chaque analyse séparément	Première visite prénatale	Nombre et pourcentage de districts où 1) les valeurs non nulles et ; 2) les valeurs non manquantes sont <90 %
	Troisième dose du vaccin DTC ²	Nombre et pourcentage de districts où 1) les valeurs non nulles et ; 2) les valeurs non manquantes sont <67 %
	Actuellement sous TAR	Nombre et pourcentage de districts où 1) les valeurs non nulles et ; 2) les valeurs non manquantes sont <90 %
	Cas notifiés de toutes les formes de tuberculose ³	Nombre et pourcentage de districts où 1) les valeurs non nulles et ; 2) les valeurs non manquantes sont <75 %
	Cas de paludisme confirmés	Nombre et pourcentage de districts où 1) les valeurs non nulles et ; 2) les valeurs non manquantes sont <90 %
Stabilité de l'exhaustivité de la notification	Chaque système d'information	Évaluer la tendance concernant l'exhaustivité de la notification des districts au niveau national au cours des 3 dernières années

TAR = traitement antirétroviral.

¹ Le dénominateur correspond aux rapports reçus (et non aux rapports escomptés).

² Il est attendu que, certains mois, les programmes de vaccination obtiennent des valeurs égales à zéro pour les indicateurs de la vaccination.

³ Pour la tuberculose, la notification est généralement trimestrielle.

DIMENSION 2 : COHÉRENCE INTERNE DES DONNÉES NOTIFIÉES

Paramètres de mesure	Définition	
	Niveau national	Niveau infranational
Données atypiques (outliers)¹ À déterminer pour chacun des 5 indicateurs : • première consultation prénatale (ANC1) • troisième dose du vaccin DTC • couverture du TAR • cas notifiés de toutes les formes de tuberculose • cas confirmés de paludisme	Écart très important : pourcentage des valeurs infranationales mensuelles qui s'écartent très fortement de la moyenne (au moins 3 écarts types) Écart modéré : pourcentage des valeurs infranationales mensuelles qui s'écartent modérément de la moyenne (± 2 3 écarts types ou $> 3,5$ selon la méthode du z-score modifié).	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où 1 ou plusieurs valeurs infranationales mensuelles s'écartent fortement de la moyenne, sur un an. Nombre et pourcentage d'unités infranationales où 1 ou plusieurs valeurs infranationales mensuelles s'écartent modérément de la moyenne, sur un an.
Cohérence temporelle À déterminer pour chacun des 5 indicateurs : • première consultation prénatale (ANC1) • troisième dose du vaccin DTC • couverture du TAR • cas notifiés de toutes les formes de tuberculose • cas de paludisme confirmés par tests	Réaliser une des opérations suivantes selon la tendance attendue pour l'indicateur : • comparaison entre la valeur de l'année actuelle et celle prévue d'après la tendance des 3 années précédentes (pour les indicateurs ou programmes pour lesquels une progression est attendue), ou • comparaison entre l'année actuelle et la moyenne des 3 années précédentes (pour les indicateurs ou programmes pour lesquels on s'attend à des données constantes) Présentation graphique de la tendance pour déterminer la plausibilité sur la base des connaissances programmatiques	Nombre et pourcentage de districts où le ratio valeur de l'année actuelle/valeur prévue (ou le ratio valeur de l'année actuelle/moyenne des trois années précédentes) présente une différence d'au moins ± 33 % par rapport au ratio national
Cohérence entre indicateurs connexes	Santé maternelle : ANC1 TPI1 ou TT1 (doivent être à peu près égaux)	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où la différence entre ceux deux éléments est très forte ($\geq \pm 10$ %)
	Vaccination : taux d'abandon pour le DTC3 : (DTC1 DTC3)/DTC1 — ne doit pas être négatif	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où le nombre de vaccinations par la troisième dose du DTC (DTC3) est plus élevé que celui des vaccinations par la première dose du DTC (DTC1) (taux d'abandon négatif)
	VIH : couverture du TAR — couverture des soins pour le VIH (le ratio doit être inférieur à 1) ²	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où la différence entre ces deux éléments est très forte ($\geq \pm 10$ %)
	Tuberculose : cas de tuberculose notifiés — cas de tuberculose placés sous traitement (au cours de l'année précédente) (ces deux chiffres doivent être à peu près égaux)	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où la différence entre ces deux éléments est très forte ($\geq \pm 10$ %)
	Paludisme : nombre de cas confirmés de paludisme qui ont été notifiés — proportion des cas confirmés recevant un traitement de première intention (ces deux chiffres doivent être à peu près égaux)	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où la différence entre ces deux éléments est très forte ($\geq \pm 10$ %)
Vérification de la cohérence de la notification aux moyens d'enquêtes dans les établissements	Pourcentage de concordance entre les chiffres vérifiés pour certains indicateurs dans un échantillon d'établissements, et les valeurs rapportées pour ces établissements	Santé maternelle : première consultation prénatale Vaccination : Penta/DTC 1 3 chez les enfants < 1 an VIH : couverture du VIH Tuberculose : ³ cas notifiés pour l'ensemble des formes de la tuberculose Paludisme : cas présumés de paludisme qui ont été testés

TAR = traitement antirétroviral ; DTC3 = troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux ; TPI = traitement préventif intermittent ; TT = vaccin à base d'anatoxine tétanique ; Penta = vaccin pentavalent.

¹ Concernant les programmes dans lesquels les niveaux de prestation de services sont hétérogènes et où les données atypiques (outliers) sont fréquentes (par exemple, les programmes de vaccination), un seuil individualisé peut être fixé sur la base des connaissances programmatiques. Les données qui varient beaucoup d'un mois à l'autre peuvent aussi être évaluées en vue de repérer d'éventuelles données atypiques en utilisant la méthode du z-score modifié (voir la section 3.1), laquelle se fonde sur la médiane et tolère mieux les valeurs extrêmes que la méthode de l'écart type.

² L'ampleur de la différence entre les deux indicateurs dépend des directives thérapeutiques nationales et de l'admissibilité au TAR des personnes vivant avec le VIH.

³ L'échantillonnage des établissements de santé exige une stratification par type d'établissement pour garantir qu'un nombre adéquat d'établissements fournissent des services de lutte contre la tuberculose.



DIMENSION 3 : COMPARAISON EXTERNE		
(Comparaison des données de routine avec les valeurs issues des enquêtes en population pour la même période) ¹		
Indicateur	Définition	
	Niveau national	Niveau infranational
Première consultation prénatale (ANC1)	Ratio entre les taux de couverture de la première consultation prénatale (ANC1) d'après les données des établissements et les taux de couverture de cette intervention selon les enquêtes	Nombre et pourcentage des unités d'agrégation utilisées dans l'enquête en population la plus récente (par exemple, province/État/région) où les taux de couverture de la première consultation prénatale selon les données des établissements sont différents d'au moins 33 % avec les taux de couverture de cette intervention selon les enquêtes en population
Troisième dose de vaccin DTC	Ratio entre les taux de couverture du DTC3 d'après les données de routine et les taux de couverture du DTC3 d'après les données d'enquête	Nombre et pourcentage d'unités d'agrégation utilisées pour l'enquête en population la plus récente (par exemple, province/État/région) où les taux de couverture du DTC3 selon les données des établissements sont différents d'au moins 33 % avec les taux de couverture de cette intervention selon les enquêtes en population
VIH	—	—
Tuberculose²	—	—
TPI contre le paludisme		
Comparaison entre les données du programme et celles du système HMIS	Pour les indicateurs sélectionnés, comparer la valeur agrégée sur 12 mois issue du système HMIS avec les données du programme	Pour les indicateurs sélectionnés, comparer les valeurs des unités infranationales, agrégées sur 12 mois, afin de déterminer le nombre et le pourcentage de districts où les valeurs annuelles du système HMIS et les valeurs annuelles issues des données de programme présentent une différence >10 %

DTC3 = troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux ; TAR = traitement antirétroviral ; TPI = traitement préventif intermittent.

DIMENSION 4 : COHERENCE EXTERNE DES DONNEES SUR LA POPULATION		
(Évaluation de l'adéquation des dénominateurs utilisés pour le calcul des indicateurs de performance)		
Indicateur	Définition	
	Niveau national	Niveau infranational
Cohérence des projections de population	Ratio entre les prévisions de naissances vivantes du bureau de recensement ou du bureau de statistique du pays et les prévisions de naissances vivantes établies pour ce pays par l'Organisation des Nations Unies	sans objet
Cohérence du dénominateur entre les données du programme et les statistiques de population officielles du gouvernement	Ratio entre les projections de population pour certains indicateurs issues du recensement et les mêmes valeurs utilisées par les programmes	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où la différence entre ces deux dénominateurs est très forte (par exemple $\pm 10\%$)
Stabilité de la tendance en matière de population	Pour l'indicateur ou les indicateurs retenu(s), ratio entre la valeur de la population pour l'année actuelle et la valeur de la population prévue d'après la tendance des 3 années précédentes	Nombre et pourcentage d'unités infranationales où l'on observe une très forte différence (par exemple $\pm 10\%$) entre ces deux dénominateurs

¹ À compléter pour chaque domaine programmatique (si suffisamment de données d'enquête récentes sont disponibles). Les données administratives doivent, de préférence, avoir été produites la même année que la valeur d'enquête. Les dénominateurs issus de données administratives qui sont utilisés pour les estimations de couverture devront dans certains cas être ajustés afin de les rendre comparables aux valeurs d'enquête (par exemple, pour les femmes se rendant à une consultation prénatale dans un établissement public).

² Il n'existe aucun indicateur d'enquête viable pour la tuberculose.

1.5 Gouvernance et coordination

La mise en œuvre de l'examen de la qualité des données fait intervenir différents mécanismes de gouvernance et de coordination qui n'entrent pas en jeu dans le suivi de routine réalisé par les collecteurs et les utilisateurs de données, comme les départements du système HMIS, les différents programmes, etc. Cette section porte principalement sur la coordination de l'examen de la qualité des données annuel. Certaines exigences applicables au suivi de routine de la qualité des données sont présentées ensuite.

Examen annuel de la qualité des données

Étape 1. Mettre en place un groupe de coordination de l'examen de la qualité des données au niveau national

La mobilisation des parties prenantes nationales est une première étape essentielle au succès de la mise en œuvre de l'examen de la qualité des données. Il faut d'abord mettre en place un groupe de parties prenantes nationales chargé de superviser, de coordonner et de faciliter la planification et la mise en œuvre de l'examen de la qualité des données, ainsi que la diffusion et l'utilisation de ses conclusions.

Ce groupe de coordination doit être composé de points focaux techniques choisis parmi les acteurs du secteur de la santé (y compris des représentants des programmes), les partenaires de développement et les organisations à vocation internationale comme l'OMS, l'Alliance GAVI et le Fonds mondial. Les groupes de travail techniques chargés du suivi et de l'évaluation, ou les conseils de gouvernance des systèmes d'information sanitaire, qui existent déjà dans nombre de pays, peuvent servir d'équipe de coordination de l'examen de la qualité des données. Les partenaires techniques et les partenaires du développement, qui ont un grand rôle à jouer dans l'amélioration de la qualité des données, doivent s'entendre sur un ensemble standardisé d'indicateurs.

Le groupe de coordination de l'examen de la qualité des données a notamment vocation à :

- élaborer un plan harmonisé pour l'évaluation de la qualité des données ;
- recenser les besoins de soutien technique aux fins de la mise en œuvre et de l'assurance de la qualité ;
- recenser les sources de financement ;
- superviser la sélection des indicateurs clés et la détermination des niveaux de référence ;
- suivre la mise en œuvre de l'examen de la qualité des données ;
- promouvoir et diffuser les conclusions de l'examen.



Étape 2. Élaborer un plan harmonisé pour l'évaluation de la qualité des données

Le groupe de coordination de l'examen de la qualité des données prépare un calendrier rattaché aux cycles de planification annuels du ministère de la santé. Les résultats de l'examen de la qualité des données doivent être disponibles avant d'entamer la planification, de sorte que les parties prenantes comprennent les forces et les limites des données utilisées.

Dans l'idéal, un plan harmonisé d'évaluation de la qualité des données devrait englober les éléments suivants :

- ▶ un examen sur dossier annuel¹ de la qualité des indicateurs clés et une vérification de la qualité des données dans un échantillon d'établissements, en choisissant les dates de façon à ce que les résultats puissent servir à préparer les rapports statistiques/analyses de performance annuels ;
- ▶ des évaluations périodiques indépendantes des données programmatiques issues des établissements de santé (tous les 3 à 5 ans), à l'appui des examens programmatiques ;
- ▶ la mise au point et le suivi des plans d'amélioration de la qualité des données.

Étape 3. Élaboration d'un plan et d'un budget pour la mise en œuvre

Pour que les résultats soient disponibles aux fins de l'examen du secteur de la santé, l'examen de la qualité des données doit être mené très en avance afin de pouvoir corriger les données ou combler les lacunes, si nécessaire. Selon que l'examen de la qualité des données est intégré à une enquête plus complète sur les établissements de santé ou mené de façon indépendante, la planification et la mise en œuvre pourraient prendre jusqu'à 6 ou 3 mois, respectivement. Si un pays mène seulement l'examen sur dossier et ne collecte pas de données primaires aux fins de la vérification des données et de l'évaluation du système, l'examen de la qualité des données peut être mené en l'espace d'1 mois environ.

Le plan de mise en œuvre doit se fonder sur la finalité et les éléments constitutifs de l'examen de la qualité des données en question. Le groupe de coordination doit décider des mécanismes de mise en œuvre. On sait que l'examen de la qualité des données comporte deux volets : un examen sur dossier national et une enquête en établissement. Il faut donc envisager des mécanismes de mise en œuvre pour chacun d'eux. Comme la qualité des données est importante pour de nombreux donateurs, le groupe de coordination devrait voir si les partenaires nationaux peuvent appuyer cette procédure. Les partenaires financent souvent les mécanismes d'assurance de la qualité des données, et voudront peut-être contribuer à la mise en œuvre. Par exemple, si l'Alliance GAVI, dans le cadre de son soutien aux systèmes de santé, finance une enquête en établissement ou une évaluation de la qualité des données, le groupe de coordination doit examiner si ces fonds peuvent être utilisés aux fins d'un examen de la

¹ Une certaine indépendance est importante pour l'examen de la qualité des données annuel, car elle permet de montrer que le gouvernement ne s'évalue pas lui-même, ou du moins qu'il ne s'évalue pas seul. Pour cela, une entité du secteur privé, une université ou le bureau national de la statistique peuvent être associés à la planification et à la supervision, voire à la mise en œuvre.

qualité des données. Il sera plus facile de repérer les mécanismes de financement potentiels si le groupe de coordination est un comité multipartite composé de représentants du ministère de la santé, de donateurs, d'organismes multilatéraux, etc. Le coût de l'examen de la qualité des données dépendra en dernière analyse de la portée de l'évaluation (selon qu'une évaluation des établissements de santé est prévue et, si tel est le cas, selon la taille d'échantillon requise).

Ressources mobilisées par l'examen sur dossier

Il est recommandé de mener l'examen sur dossier avec l'appui d'une entité indépendante telle qu'un institut national ou un consultant, le but étant que la qualité des données soit évaluée sans biais. L'examen sur dossier de l'examen de la qualité des données nécessite de compiler les données du système HMIS pour les indicateurs concernés, dans un format donné. Cette opération nécessite d'obtenir les données du HMIS et/ou des programmes pour les indicateurs retenus. Un consultant national ou un institut national devrait préparer les données pour les indicateurs clés retenus, en collaboration avec les points focaux du ministère de la santé.

De façon générale, la préparation des données demandera entre 10 jours et deux semaines environ (8 à 10 personnes-jours), auxquels il faudra ajouter une semaine à 10 jours supplémentaires pour l'analyse et l'établissement des rapports. Au total, environ 20 personnes-jours sont mobilisées pour l'examen sur dossier. L'ampleur du travail dépendra du nombre d'indicateurs que le pays choisit d'inclure à l'évaluation.

Ressources mobilisées par l'évaluation des établissements (vérification des données et évaluation du système)

Le travail demandé par la vérification des données dépend du nombre d'établissements à évaluer (c'est-à-dire, de la taille de l'échantillon), du nombre d'indicateurs utilisé pour la vérification des données, du volume de données dans les établissements de soins et de la façon dont celles-ci sont organisées, et de la complexité du système de notification. Pour que la vérification des données soit de qualité, il est recommandé aux vérificateurs de données de travailler en binômes.

Dans les petits établissements, la vérification des données et l'évaluation du système prennent habituellement entre 3 et 4 heures, pour 4 à 5 indicateurs évalués. La procédure sera plus longue dans les établissements ou les hôpitaux de plus grande taille, car ils assurent un volume de services plus conséquent (et possèdent donc de plus vastes archives). De manière générale, pour un échantillon de 100 établissements de santé, 10 équipes de collecte de données (composées chacune de deux personnes) devront travailler pendant 8 à 10 jours ouvrables, en fonction des facteurs notés ci-dessus. Cela fait un total de 160 200 personnes-jours. Selon que les données sont collectées sur des supports papier, au moyen de questionnaires électroniques ou en combinant ces deux méthodes, la saisie et la vérification des données préalables à l'analyse peuvent prendre plusieurs jours.



L'enquête en établissement de l'examen de la qualité des données devrait être réalisée parallèlement à une enquête plus large dans l'établissement de santé concerné.² (Composante actuellement gérée dans le cadre d'un module de l'enquête de mesure de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services, ou SARA). En choisissant cette option, il ne faudra pas forcément mobiliser des fonds distincts pour la vérification de données. Cependant, l'enquête en établissement de l'examen de la qualité des données peut aussi être conduite de façon indépendante.

Étape 4. Sélectionner les indicateurs clés et déterminer les niveaux de référence

L'examen de la qualité des données peut être mené de façon globale et recouvrir plusieurs domaines programmatiques ou consister en une évaluation approfondie d'un domaine particulier. Les indicateurs sélectionnés doivent correspondre à l'objet de l'évaluation et à l'usage prévu des résultats.

Le groupe de coordination de l'examen de la qualité des données peut superviser le choix des indicateurs et la détermination des niveaux de référence. En règle générale, les indicateurs clés recommandés (soins prénatals, vaccination, VIH, tuberculose, paludisme) devraient être passés en revue chaque année.

Il faut noter que les indicateurs de l'examen sur dossier et ceux utilisés pour la vérification des données doivent être les mêmes. Étant donné le temps que prend la vérification des données, il est recommandé de ne pas choisir plus de 4 ou 5 indicateurs aux fins de cette procédure.

Le nom des indicateurs et leurs définitions, de même que les services disponibles, varient souvent d'un pays à l'autre. Il arrive que certains indicateurs ne soient pas pertinents ou adaptés dans certains pays. Au bout du compte, c'est au groupe de coordination de l'examen de la qualité des données de déterminer ce qui est approprié, utile et gérable.

Étape 5. Choisir l'organisme chargé de la mise en œuvre et définir le système d'assurance qualité applicable

Le groupe de coordination devrait déterminer les mécanismes de mise en œuvre de l'examen de la qualité des données. Étant donné que celui-ci comporte deux volets (examen sur dossier au niveau national et enquête en établissement de santé), des mécanismes de mise en œuvre devraient être prévus pour chacun d'eux.

Pour renforcer les capacités techniques et garantir l'objectivité du processus, des liens devront être tissés avec les organismes de statistique nationaux, les établissements universitaires et les partenaires techniques et de développement. La sélection d'un organisme ou d'une institution

² Les procédures de planification et de budgétisation de l'enquête SARA sont présentées dans les documents de référence figurant dans le site Web suivant : http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/ (consulté le 8 juin 2015).



externe pour seconder le ministère de la santé dans la mise en œuvre de l'examen de la qualité des données, ou aux fins de l'assurance de la qualité, permettra également d'améliorer l'objectivité. L'examen de la qualité des données devrait être réalisé dans un esprit d'ouverture et de transparence avec un retour d'expérience régulier aux producteurs de données des établissements de santé et des districts.

Étape 6. Exigences en matière de formation

L'examen de la qualité des données exige une planification avancée, non seulement pour la conduite de l'examen sur dossier et la vérification des données des établissements de santé, mais aussi pour la formation des différents personnels qui participeront à la procédure. Les vérificateurs de données recompileront les valeurs des indicateurs des établissements pour cinq domaines programmatiques au maximum. Chaque domaine programmatique sera sans doute associé à un ensemble distinct de fiches de pointage et de registres ainsi qu'à différents protocoles pour agréger les résultats des différents services en vue d'en déduire les valeurs des indicateurs au niveau de l'établissement. C'est un travail complexe qui demande une grande minutie. Avant de commencer la vérification des données, les vérificateurs devront s'être familiarisés avec les différents outils et protocoles de collecte utilisés pour la compilation des indicateurs. Ce travail nécessite une solide formation et il faut prévoir suffisamment de temps pour doter les équipes d'évaluation des compétences voulues avant de passer à la mise en œuvre.

Un plan de formation doit être mis au point et budgété dans le cadre de la planification et de la budgétisation globales de l'examen de la qualité des données. Tout le personnel doit être recensé, recruté et formé bien avant le début de l'examen de la qualité des données.

Les besoins de formation dépendront du type de personnel et des tâches réalisées.

Vérifications de routine de la qualité des données

Les vérifications de routine de la qualité des données doivent être régies par les modes opératoires normalisés du système HMIS, qui varient d'un pays à l'autre. Ceux-ci définissent les rôles et les responsabilités des utilisateurs et des administrateurs de données. Plus généralement, ils devraient présenter les procédures suivies pour les vérifications de routine de la qualité des données et les mesures correctrices, en indiquant notamment le calendrier et la nature exacte de ces contrôles, les responsables désignés et les modalités à suivre pour régler les problèmes. Si ces vérifications peuvent et doivent être réalisées à tous les niveaux du système de santé, c'est dans les districts, là où se trouvent les utilisateurs directs des données, qu'elles sont le plus utiles. Il convient de redoubler d'efforts pour renforcer ce domaine d'action.



1.6 Diffusion et utilisation des résultats de l'examen de la qualité des données

Un rapport présentant les résultats de l'examen de la qualité des données doit être établi, assorti d'une interprétation de ceux-ci par les administrateurs de programme et d'une série de recommandations pour le renforcement du système. Ce rapport doit être diffusé à l'ensemble du personnel appelé à participer à un projet de planification du secteur de la santé (par exemple, à un examen du secteur de la santé), plusieurs semaines avant qu'il commence. Des exemplaires doivent en être adressés aux autres parties prenantes telles que donateurs, organismes d'assistance technique, ONG nationales et internationales concernées, organismes du secteur privé (par exemple, universités, organisations de la société civile) et ministères intéressés.¹

Sur la base des résultats de l'examen de la qualité des données, l'équipe de coordination devrait diriger l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des données et associer l'ensemble des parties concernées, qu'elles soient internes (publiques, comme le ministère de la santé et le bureau national de la statistique, et privées, comme les instituts de santé publique) ou externes (donateurs bilatéraux et multilatéraux et organismes d'assistance technique tels que l'OMS).

Il faudrait également mettre au point un document distinct sur les mesures correctrices permettant d'améliorer la qualité des données. Le plan d'amélioration de la qualité des données doit, d'une part, identifier le problème et, de l'autre, présenter la mesure nécessaire pour renforcer le système et résoudre ce problème. Il devrait préciser l'entité responsable de la conduite des opérations (en prévoyant du personnel compétent), présenter un calendrier de mise en œuvre et déterminer les ressources nécessaires pour mener à bien les mesures. Si les ressources nécessaires pour renforcer le système ne sont pas disponibles dans le budget actuel, le groupe de coordination de l'examen de la qualité des données doit chercher à les mobiliser en menant une action de sensibilisation auprès des donateurs. Les mesures destinées à renforcer le système devraient être classées par ordre de priorité, de sorte que celles qui ont les plus de chances de réussir ou produisent le plus grand impact sur la qualité globale des données soient mises en œuvre en premier. Un exemple de plan d'amélioration de la qualité des données figure au Tableau 3.5.

Le plan d'amélioration de la qualité des données doit recenser les causes premières des problèmes révélés par l'examen de la qualité des données et proposer des solutions. Les actions présentées dans le plan doivent être bien circonscrites, assorties de délais et chiffrées.

¹ Le rapport devrait expliciter les méthodes statistiques employées pour le calcul du facteur de vérification.



L'organisme ou l'entité chargé(e) de la mise en œuvre doit être précisé. Le groupe de coordination de l'examen de la qualité des données est chargé de suivre régulièrement la mise en œuvre du plan d'amélioration.

Les problèmes de qualité des données doivent être classés selon le domaine fonctionnel dont ils relèvent au sein du système de notification (par exemple, outils de collecte de données ou de notification, utilisation des données aux fins de la prise de décisions, informations démographiques, etc.). Il faudra aussi déterminer ceux qui appellent une action prioritaire. Des solutions simples et peu coûteuses seront peut-être disponibles pour certains d'entre eux, tandis que d'autres nécessiteront plus de temps ou d'argent. Priorité doit être donnée aux mesures correctrices qui contribuent fortement à améliorer la qualité des données tout en étant relativement moins coûteuses que les autres. On peut par exemple prévoir une vérification de la qualité des données lors des visites de supervision des établissements de santé. La mise à niveau des ordinateurs au niveau des districts serait en revanche une mesure très onéreuse.

Parfois, la solution est simple, mais présente un coût prohibitif. Par exemple, un approvisionnement régulier en documents sources vierges actualisés contribue grandement à améliorer la qualité des données, mais risque de s'avérer trop coûteux par rapport au budget du pays. La production de registres par les établissements de santé est coûteuse, et la tendance est donc à l'impression de grandes quantités de documents tous les cinq ans environ, car cela engendre des économies. Le budget du pays ne permet peut-être pas d'imprimer ces registres plus souvent, alors même que, souvent, les indicateurs recueillis par cette voie changent plus fréquemment. Ce qu'il faut retenir, c'est que les recommandations tendant au renforcement du système doivent être adaptées aux contraintes du pays.

Tableau 3.5 Exemple de plan d'amélioration de la qualité des données

Problème de qualité mis en évidence	Élément factuel en cause (interprétation)	Mesures correctrices	Portée	Calendrier	Responsable	Ressources
Domaine : Définition des indicateurs et lignes directrices sur la notification						
Mauvaise compréhension des techniques de compilation des indicateurs sur la prévention de la transmission mère enfant (PTME) et sur le conseil et le dépistage en matière de VIH, au niveau des établissements de santé Les données concernant les femmes enceintes ne sont pas retirées des résultats sur le conseil et le dépistage en matière de VIH	Surdénombrement systématique des valeurs correspondant aux indicateurs sur le conseil et le dépistage en matière de VIH, dans certains districts (tel que révélé par la vérification des données)	Améliorer la supervision et le mentorat dans les districts touchés Mettre l'accent sur la compilation des indicateurs lors de la formation initiale et la formation en cours d'emploi Veiller à ce que des exemplaires des définitions des indicateurs et des procédures de compilation soient disponibles dans les établissements de santé	Régions 2, 7, 10	Une année (2015), puis réapprécier la situation	Chargés d'information sanitaire de district ou personnes désignées (toute personne chargée de la supervision pour cet établissement) Équipe chargée de l'élaboration des programmes de formation initiale ou en cours d'emploi (unité du système HMIS au niveau national)	Budgets d'information sanitaire des districts Budget de formation du système HMIS (crédits de 2015) Formation des infirmiers par le ministère de la santé (budget 2015) Subvention pour le renforcement des systèmes de santé au titre de la série 9 du Fonds mondial
Domaine : Mise à jour et confidentialité des données						
Les documents source ne sont pas disponibles aux fins de la vérification des données	Une part importante des services prodigués contre la tuberculose n'a pas pu être vérifiée du fait de l'absence de documents source Mauvaise qualité de l'archivage des résultats/de la tenue des dossiers	Les districts et les établissements de santé touchés devraient mettre en place des lieux de stockage sûrs (placard ou armoire pouvant être fermé à clé et situé dans un endroit frais et sec) Les étagères doivent être fabriquées à partir de matériaux disponibles localement	Établissements de santé identifiés dans la région 2 (districts 4 et 6) et la région 9 (districts 27 et 34)	Une année (2015), puis réapprécier la situation	Équipes de gestion sanitaire du district, établissement responsable, autorité sanitaire régionale (unité chargée de la gestion des établissements)	Budget de gestion des établissements de l'année 2015 Subvention pour le renforcement des systèmes de santé au titre de la série 9 du Fonds mondial

VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; HMIS : système d'information pour la gestion sanitaire, PTME : prévention de la transmission mère-enfant

Annexe 1: Indicateurs recommandés

Indicateurs clés

Indicateurs clés recommandés pour l'examen de la qualité des données		
Domaines programmatiques	Nom de l'indicateur	Définition complète de l'indicateur
Santé maternelle	Couverture de la première consultation prénatale (ANC1)	Nombre (pourcentage) de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une consultation pendant la grossesse
Vaccination	Couverture du DTC3/Penta3	Nombre (pourcentage) d'enfants <1 an ayant reçu 3 doses du DTC/vaccin pentavalent
VIH	Couverture du TAR	Nombre et pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous TAR
Tuberculose	Cas notifiés de toutes les formes de tuberculose	Nombre de nouveaux cas et de cas de rechute de la tuberculose notifiés pour 100 000 habitants
Paludisme	Total des cas de paludisme confirmés ¹	Cas de paludisme confirmés (par examen microscopique ou TDR) pour 1000 personnes par an

DTC3 = troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux ; Penta = vaccin pentavalent ;
TAR = traitement antirétroviral ; TDR = test de diagnostic rapide.

Indicateurs supplémentaires

Indicateurs supplémentaires de la procédure d'examen de la qualité des données		
Domaine programmatique	Nom de l'indicateur	Définition complète de l'indicateur
Général	Recours aux services	Nombre de consultations ambulatoires par personne par an
Santé maternelle	Quatrième consultation prénatale (ANC4)	Nombre (pourcentage) de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu un enfant né vivant durant une période donnée qui ont bénéficié d'au moins quatre consultations de soins prénatals
	Couverture des accouchements pratiqués en établissement	Nombre (pourcentage) d'accouchements qui ont eu lieu dans un établissement de santé
	Couverture des soins postpartum	Nombre (pourcentage) de mères et d'enfants ayant bénéficié de soins postpartum dans les deux jours suivant la naissance (quel que soit le lieu d'accouchement)
	Couverture par la première dose d'anatoxine tétanique	Nombre (pourcentage) de femmes enceintes ayant reçu la première dose de vaccin à base d'anatoxine tétanique
Vaccination	Couverture de la vaccination DTC1 3/ Penta1-3	Nombre (pourcentage) d'enfants de <1 an ayant reçu 1 dose, 2 doses ou 3 doses de vaccin DTC/pentavalent
	Couverture par le MCV1	Nombre (pourcentage) de nourrissons ayant reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole (MCV) avant l'âge de 1 an
	Couverture ² de la vaccination VPC1 3	Nombre (pourcentage) d'enfants de <1 an ayant reçu 1 dose, 2 doses ou 3 doses de vaccin antipneumococcique

¹ Si le nombre de cas de paludisme confirmés n'est pas disponible, utiliser l'ensemble des cas de paludisme.

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

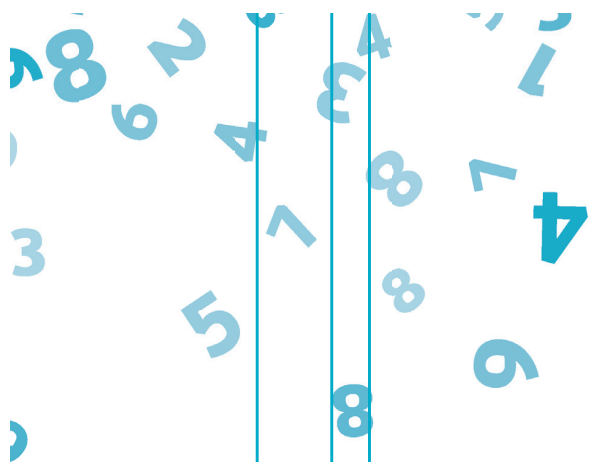
Indicateurs supplémentaires, suite

Indicateurs supplémentaires de la procédure d'examen de la qualité des données		
Domaine programmatique	Nom de l'indicateur	Définition complète de l'indicateur
VIH	Personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées	Nombre (pourcentage) de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées
	Couverture des soins anti-VIH	Nombre (pourcentage) de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient de soins anti-VIH (dont le TAR)
	Couverture du TAR pour la PTME	Nombre (pourcentage) de femmes enceintes séropositives pour le VIH qui ont bénéficié d'un TAR durant la grossesse
	Rétention sous TAR	Nombre (pourcentage) de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un TAR qui demeurent sous TAR 12 mois après le début du traitement (ainsi qu'à 24, 36, 48 et 60 mois)
	Suppression de la charge virale	Nombre (pourcentage) de personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale
Tuberculose	Cas notifiés de tuberculose, toutes formes confondues	<i>Nombre de nouveaux cas et de cas de rechute de la tuberculose qui sont notifiés pour 100 000 habitants — Évaluer si les tableaux 1 et 2¹ du rapport trimestriel de notification des cas sont corrects selon les normes et critères (B1.4) applicables aux systèmes sur support papier²</i>
	Taux de réussite du traitement antituberculeux	Nombre (pourcentage) de cas de tuberculose traités avec succès (guérison, et traitement mené à terme) parmi les cas notifiés aux autorités sanitaires nationales au cours d'une période donnée — Évaluer si le tableau 1 du rapport trimestriel sur les issues thérapeutiques est correct selon les normes et critères (B.14) applicables aux systèmes sur support papier.
	Taux de réussite du traitement antituberculeux de deuxième intention	Nombre (pourcentage) de cas de tuberculose traités avec succès (guérison, et traitement mené à terme) parmi tous les cas confirmés de tuberculose RR ou de tuberculose MR ayant commencé un traitement de deuxième intention au cours de la période d'évaluation
Tuberculose/VIH	Proportion de patients enregistrés comme tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) dont le statut par rapport au VIH est documenté	Nombre de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) pour lesquels un résultat de dépistage du VIH est consigné dans le registre sur la tuberculose, exprimé sous forme de pourcentage du nombre de patients enregistrés au cours de la période de notification
	Proportion de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) séropositifs pour le VIH qui sont sous TAR pendant le traitement antituberculeux	Nombre de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) séropositifs pour le VIH qui ont bénéficié d'un TAR pendant le traitement antituberculeux, exprimé sous forme de pourcentage des patients enregistrés au cours de la période de notification
Paludisme	Taux de dépistage diagnostique du paludisme	Nombre (pourcentage) de sujets ayant fait l'objet d'un test parasitologique parmi tous les cas suspects de paludisme [= nombre de cas testés / (nombre de cas testés + nombre de cas présumés)]
	Cas confirmés de paludisme bénéficiant d'un traitement	Nombre (pourcentage) de cas confirmés de paludisme bénéficiant d'un traitement antipaludique de première intention conformément à la politique nationale dans des établissements publics
	Cas de paludisme (présumés et confirmés) bénéficiant d'un traitement	Nombre (pourcentage) de cas de paludisme (présumés et confirmés) bénéficiant d'un traitement antipaludique de première intention
	TPIp3	Nombre (pourcentage) de femmes enceintes en soins prénatals qui ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent contre le paludisme

DTC = vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux ; MCV = vaccin à valence rougeole ; PTME = prévention de la transmission mère-enfant ; TAR = traitement antirétroviral ; TPIp3 = troisième dose du traitement préventif intermittent contre le paludisme ; tuberculose MR = tuberculose multirésistante ; tuberculose RR = tuberculose résistante à la rifampicine ; VPC = vaccin antipneumococcique conjugué

¹ Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. (WHO/HTM/TB/2013.2 ; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/110724/1/9789242505344_fre.pdf, consulté le 11 juin 2015).

² Standards and benchmarks for tuberculosis surveillance and vital registration systems: checklist and user guide. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/HTM/TB/2014.02; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112673/1/9789241506724_eng.pdf?ua=1, consulté le 11 juin 2015).



DQR

DATA QUALITY REVIEW
(EXAMEN DE LA QUALITÉ DES DONNÉES)

ISBN 978 92 4 251272 4



9 789242 512724