
OUTIL DE VERIFICATION DE LA QUALITE DES DONNEES



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MANUEL DE MISE EN OEUVRE

OUTIL DE VÉRIFICATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

MANUEL DE MISE EN OEUVRE

AVANT-PROJET

Mai 2008

Logos à inclure : **le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le
paludisme**

**Bureau du Coordonnateur Mondial pour la lutte contre le SIDA, Initiative du
Président américain pour la lutte contre le SIDA, USAID**

OMS

MEASURE Evaluation

STOP TB

RMB

ONUSIDA

Banque Mondiale

Remerciements

Cet outil a été élaboré grâce à la contribution d'un certain nombre de personnes de diverses organisations. Parmi les personnes les plus étroitement impliquées dans l'élaboration de l'outil, on compte Ronald Tran Ba Huy du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et Karen Hardee, J. Win Brown, Ron Stouffer, Sonja Schmidt, Yoko Shimada, David Boone et Philip Setel du Projet MEASURE Evaluation. Einar Heldal, consultant TB et Charlotte Kristiansson de l'Institut Tropical Suisse ont aussi contribué à l'élaboration de l'outil. Les autres personnes qui ont aussi contribué à l'élaboration de l'outil sont : Bernhard Schwartländer, Bernard Nahlen, Daniel Low-Beer, Linden Morrison, John Cutler, Itamar Katz, Gulshod Allabergenova et Marton Sziraczki du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme; Kathy Marconi, Michelle Sherlock et Annie La Tour du Bureau du Coordonnateur Mondial du SIDA. Parmi les autres personnes qui ont apporté une contribution et une analyse technique on peut citer : Malgosia Grzemska, Christian Gunneberg, Pierre-Yves Norval, Catherine Bilger, Robert Makombe, Yves Souteyrand, Tisha Mitsunaga, Cyril Pervilhac, Chika Hayashi, Abdikamal Alislad, Evelyn Isaacs, Thuy Nguyen Thi Thanh, Spes C Ntabangana, Andrea Godfreay, et Mehran Hosseini de l'OMS; Bilali Camara de PAHO/WHO, Deborah Rugg et Saba Moussavi de UNAIDS, Bob Pond de Health Metrics Network (HMN), Pepukai Chikudwa de l'Alliance Internationale contre le VIH/SIDA, Arnaud Trebucq de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Pulmonaires, Rene L'Herminez de KNCV Tuberculosis Foundation, Rick Steketee de PATH, Verne Kemerer de MEASURE Evaluation, Abdallah Bchir et Anshu Banerjee de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation (GAVI); John Novak de USAID; Scott McGill et Gloria Sanigwa de Family Health International; Matthew Lynch de Johns Hopkins University, Lee Yerkes de Elizabeth Glaser Pediatrics AIDS Foundation. L'outil a grandement bénéficié de la participation d'un certain nombre de personnes pendant les essais pilotes en Tanzanie, au Rwanda, au Vietnam et à Madagascar.

Table des Matières

INTRODUCTION

- A. Contexte
- B. Objectifs
- C. Cadre conceptuel
- D. Méthodologie
- E. Sélection des sites
- F. Résultats
- G. Considérations éthiques
- H. Mise en œuvre

PHASE 1: Préparation et commencement

- Etape 1. Choisir le pays, le(s) programme/ projet(s), le(s) indicateur(s) et la période couverte par le rapport.
- Etape 2. Informer du programme, demander la documentation et obtenir les autorisations nécessaires au plan national.
- Etape 3. Choisir les sites qui seront vérifiés.
- Etape 4. Se préparer pour des visites de vérification sur le terrain
- Etape 5. Faire une revue de la documentation

PHASE 2: Unité de S&E du programme/projet

- Etape 6. Evaluer les systèmes de gestion des données
- Etape 7. Tracer et vérifier les résultats venant de niveaux intermédiaires d'agrégation.

PHASE 3 : Niveau(x) Intermédiaire(s) d'agrégation

- Etape 8. Evaluer les systèmes de gestion d'agrégation de données
- Etape 9. Retrouver et vérifier les résultats des rapports des sites.

PHASE 4: Les sites de fourniture de services

- Etape 10. Evaluer les systèmes de collecte et de notification des données
- Etape 11. Retrouver et vérifier les résultats à partir des documents source

PHASE 5: Unité de S&E

- Etape 12. Consolider l'évaluation des systèmes de gestion des données
- Etape 13. Rédiger des recommandations et des conclusions préliminaires
- Etape 14. Tenir une réunion de clôture

PHASE 6: Achèvement

- Etape 15. Rédiger un rapport préliminaire d'audit
- Etape 16. Revoir et collecter les remarques des pays et organisations commanditaires de l'EQD
- Etape 17. Finaliser le rapport d'audit
- Etape 18. Communiquer avec le programme/projet
- Etape 19. Initier le suivi des actions recommandées

ANNEXE 1 : Protocole d'évaluation du système et protocoles de vérification des données

ANNEXE 2. Modèles pour les organisations commanditaires de l'EQD

ANNEXE 3 : Modèles pour l'agence d'audit

ANNEXE 4 : sélectionner un échantillon représentatif national

ANNEXE 5 : Calcul du facteur de vérification

INTRODUCTION

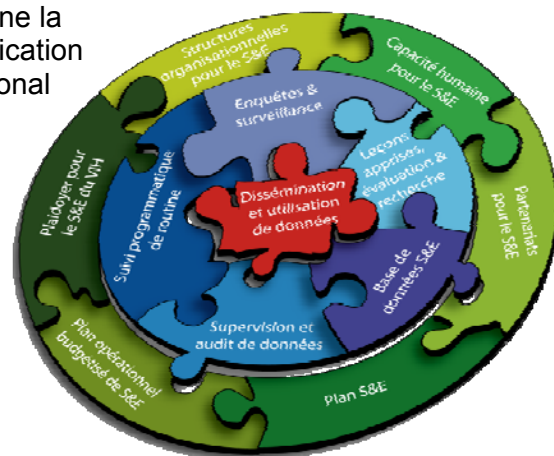
A- CONTEXTE

Les programmes nationaux et les projets financés par des donateurs œuvrent dans le but de réaliser les ambitieux objectifs liés à la lutte contre les maladies telles que le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA), la tuberculose et le paludisme. La mesure du succès et l'amélioration de la gestion de ces initiatives reposent sur des systèmes solides de suivi et d'évaluation (S&E) qui produisent des données de qualité relatives à l'exécution du programme.

Dans l'esprit du "Three Ones", du "Stop TB Strategy" et du « RBM Global Strategic Plan », un certain nombre d'organisations multilatérales et bilatérales ont collaboré pour élaborer ensemble un outil d'Évaluation de la Qualité des Données (EQD). L'objectif de cette initiative harmonisée est de fournir une approche commune pour l'évaluation et l'amélioration de la qualité des données dans leur ensemble. Un outil unique contribue à s'assurer que les normes sont harmonisées et permet une mise en œuvre conjointe entre les partenaires et avec les programmes nationaux.

L'outil d'EQD met exclusivement l'accent sur (1) la vérification de la qualité des données rapportées, et (2) l'évaluation des systèmes sous-jacents de gestion et de notification des données pour des indicateurs de résultat standards au niveau du programme. L'outil d'EQD n'est pas destiné à évaluer tout le système de S&E de la réponse d'un pays au VIH/SIDA, à la tuberculose ou au paludisme. Dans le contexte du VIH/SIDA, l'EQD concerne la composante 10 (c'est-à-dire la supervision de soutien et la vérification des données) du « Cadre organisationnel pour un système national fonctionnel de S&E du HIV »

Deux versions de l'outil d'EQD ont été développées: (1) L'« Outil de vérification de la qualité des données » donne les directives à utiliser par une équipe externe d'audit pour évaluer la capacité d'un programme/projet à fournir des données de qualité ; et (2) l'« Outil d'évaluation de routine des données de qualité » est une version simplifiée de l'EQD pour l'audit; il permet aux programmes et projets d'évaluer la qualité de leurs données et de renforcer les systèmes de gestion et de notification des données.



Elaboration d'un cadre fonctionnel pour un système National de S&E

B- OBJECTIFS

Les objectifs de la version de l'Outil d'EQD pour la vérification consistent à :

- Vérifier la qualité des données rapportées pour les principaux indicateurs sur les sites sélectionnés; et
- Evaluer la capacité des systèmes de gestion des données à collecter et rapporter des données de qualité. .

Par ailleurs, pour les programmes/projets à auditer, les conclusions de l'EQD peuvent s'avérer très utiles pour le renforcement de leur système de gestion et de notification des données.

L'outil d'audit de l'EQD indique les procédures, protocoles et modèles sur comment :

- **Déterminer la portée de la vérification de la qualité des données.** L'Outil d'EQD commence par les critères suggérés pour sélectionner le pays, le(s) programme/projet(s) et les indicateurs à évaluer. Dans la plupart des cas, c'est l'organisation commanditaire de l'EQD qui choisit ces paramètres.
- **Engager le(s) programme/projet(s) et se préparer pour une mission de vérification.** L'Outil d'EQD contient des modèles de lettres de notification de l'Evaluation de la Qualité des Données au programme/projet (afin d'obtenir les autorisations requises) ainsi que des indications pour préparer la mission dans le pays.
- **Evaluer la conception et la mise en œuvre des systèmes de gestion et de notification des données.** L'Outil d'EQD indique les étapes et un protocole pour identifier les risques potentiels liés à la qualité des données créées par le système de gestion et de notification des données du programme/projet.
- **Tracer et vérifier (recompter) les résultats des indicateurs sélectionnés.** L'Outil d'EQD indique le(s) protocole(s) avec des instructions spéciales, basées sur l'indicateur et le type du site de fourniture de service (par exemple, une structure sanitaire ou communautaire) qui orientera l'équipe d'audit pendant la recherche et la vérification des données de l'indicateur sélectionné à partir des documents source et la comparaison des résultats avec les résultats rapportés par le(s) programme/projet(s).
- **Elaborer et présenter les conclusions et recommandations de l'équipe d'audit.** L'Outil d'EQD fournit les indications sur comment et quand présenter les conclusions et recommandations de l'EQD aux représentants du programme/projet et comment programmer les activités de suivi, afin de s'assurer que les étapes convenues pour améliorer les systèmes et la qualité des données sont réalisées.

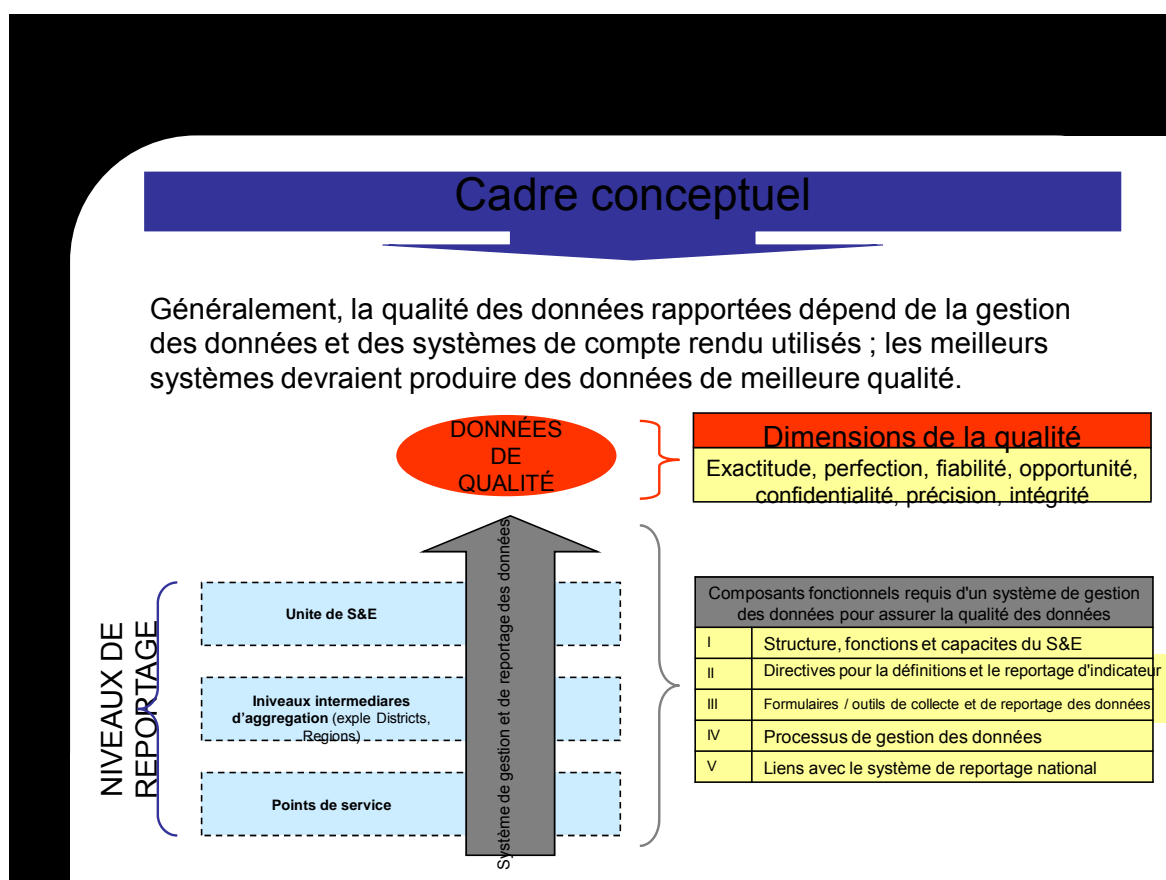
Remarque: Même si l'Outil de vérification de la qualité des données n'a pas été conçu pour évaluer la qualité des services fournis, son utilisation pourrait aider à améliorer la qualité des services résultant de la disponibilité de données de meilleure qualité liées à la performance du programme.

C- CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel de l'EQD et du REQD est illustré par figure 1 (ci-dessous). En général, la qualité des données rapportées dépend des systèmes sous-jacents de gestion et de notification des données; des systèmes plus solides doivent produire des données de meilleure qualité. En d'autres termes, pour que des données de bonne qualité soient produites par et à travers un système de gestion de données, il est nécessaire de mettre en place des composantes fonctionnelles clé à tous les niveaux du système – les points de prestation de service, le(s) niveau(x) intermédiaires où les données ont été rassemblées (par exemple districts, régions) et l'Unité de S&E au niveau le plus haut où les données ont été transmises. Par conséquent, les outils d'EQD et REQD sont conçus pour :

- (1) vérifier la qualité des données,
- (2) évaluer le système qui produit les données, et
- (3) élaborer des plans d'action pour les améliorer.

Introduction- Figure 1. Cadre conceptuel pour le (R)EQD : Systèmes de gestion et de notification des données, domaines fonctionnels et qualité des données



D- METHODOLOGIE

L'EQD est fondé sur les composantes de la qualité des données, à savoir que les programmes et projets ont besoin de rapports de données exacts, fiables, précis, complets et opportuns que les gestionnaires peuvent utiliser pour affecter de manière efficace les ressources disponibles et évaluer le progrès fait dans le sens de l'atteinte des objectifs fixés (voir **introduction, tableau 1**). Par ailleurs, les données doivent être assez intègres pour être considérées comme crédibles et doivent être produites en respectant les normes de confidentialité.

Introduction – Tableau 1: Dimensions de la qualité des données

<i>Dimension de la qualité des données</i>	<i>Définition opérationnelle</i>
Exactitude	Aussi appelée validité Les données exactes sont considérées comme étant correctes: Les données mesurent ce qu'elles doivent mesurer. Des données exactes minimisent les erreurs (par exemple, parti pris de l'enregistrement ou de la personne qui conduit l'interview, erreur de transcription, erreur d'échantillonnage) au point de les rendre négligeables.
Fiabilité	Les données générées par le système d'information d'un programme sont basées sur des protocoles et procédures qui ne changent pas en fonction de la personne qui les utilise, du moment et de la fréquence de leur utilisation. Les données sont fiables parce qu'elles sont mesurées et collectées de manière cohérente.
Précision	Cela signifie que les données sont assez détaillées. Par exemple, un indicateur requiert la connaissance du nombre d'individus qui ont reçu de l'assistance et des analyses du VIH et reçu les résultats de leurs tests, selon le sexe de la personne. Un système d'information manque de précision s'il n'a pas été conçu pour enregistrer le sexe de l'individu qui a reçu l'assistance et les analyses.
L'exhaustivité	L'exhaustivité signifie qu'un système d'information duquel on tire les résultats est inclusif de manière appropriée : Il représente la liste <i>exhaustive</i> des personnes ou unités éligibles et pas juste une fraction de la liste.
L'Opportunité	Des données sont dites opportunes quand elles sont à jour (actuelles), et quand l'information est disponible à temps. L'opportunité est affectée par: (1) le rythme auquel le système d'information du programme est mis à jour ; (2) le rythme de changement des activités réelles du programme ; et (3) quand l'information est réellement utilisée ou requise.
L'Intégrité	Les données sont intègres quand le système utilisé pour les générer est protégé de tout parti pris ou manipulation délibérés pour des raisons politiques ou personnelles.
Confidentialité	La confidentialité signifie que les clients sont assurés que leurs données seront conservées en conformité avec les normes nationales et/ou internationales en matière de données. Cela signifie que les données personnelles ne sont pas divulguées et que les données contenues sur des supports papier et électroniques sont traitées avec un niveau de sécurité approprié (par exemple, gardés dans des armoires fermées et des fichiers protégés par des mots de passe).

En fonction de ces dimensions de la qualité des données, l'outil d'EQD comprend deux composantes : (1) évaluation des systèmes de gestion et de notification des données; et (2) vérification des données déclarées pour les indicateurs clé au niveau des sites choisis.

En conséquence, la mise en œuvre de l'EQD est soutenue par deux protocoles (voir **ANNEXE 1**) :

- Protocole 1: Protocole d'évaluation du système ;
- Protocole 2: Protocole de vérification des données.

Ces protocoles sont administrés à chaque niveau du système de collecte et de notification des données (c'est-à-dire Unité de S&E du programme/projet, sites de fourniture de service et, de façon appropriée, tout niveau intermédiaire de regroupement - régions ou districts).

Protocole 1- Evaluation des systèmes de gestion et de notification des données :

L'objectif de cette partie de l'EQD est d'identifier les défis potentiels liés à la qualité des données créées par les systèmes de gestion et de notification des données à trois niveaux : (1) l'Unité de S&E du programme/projet, (2) les sites de fourniture de service, et (3) tout niveau intermédiaire de regroupement (au niveau desquels les rapports des sites de fourniture de service sont rassemblés avant d'être envoyés à l'Unité de S&E du programme/projet, ou tout autre niveau adéquat).

L'évaluation des systèmes de gestion et de notification des données se fera en deux étapes :

- Un bureau en dehors du site pour la vérification de la documentation fournie par le programme/projet ;
- Des évaluations du suivi sur le site au niveau de l'Unité de S&E du programme/projet et au niveau des sites de fourniture de service et à des niveaux intermédiaires d'agrégation (par exemple districts, régions).

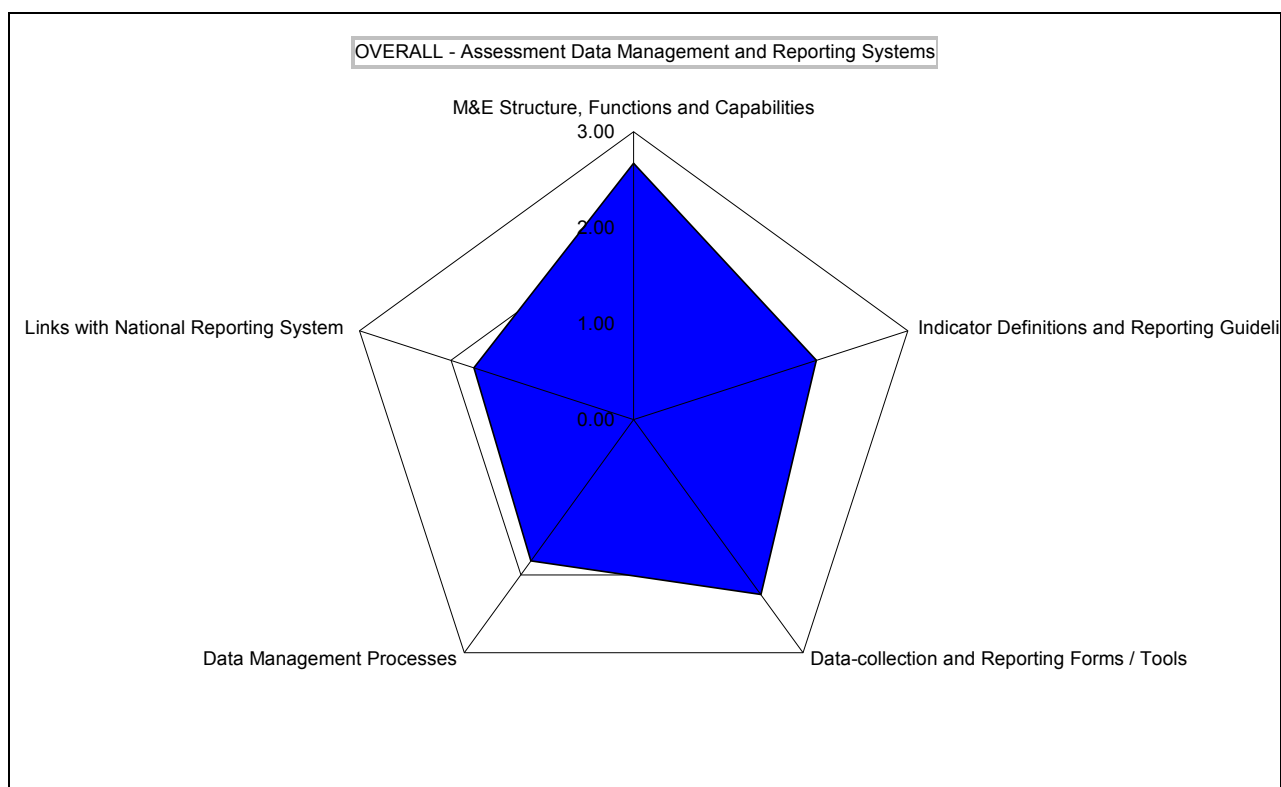
L'évaluation couvrira 5 domaines fonctionnels comme indiqué en Introduction- Tableau 2 :

Introduction- Tableau 2. Questions d'évaluation du système par domaine fonctionnel

Domaines fonctionnels		Résumé des questions	
I	Structures S&E, fonctions et capacités	1	Le personnel clé des S&E et de la gestion des données a-t-il été identifié et des responsabilités claires lui ont-elles été assignées?
		2	La majorité du personnel clé des S&E et de la gestion des données a-t-elle reçu la formation requise ?
II	Définitions des indicateurs et indications de notification	3	Y a t'il des définitions d'indicateurs opérationnels répondant aux normes requises et qui sont systématiquement suivies par tous les points de service ?
		4	Le programme/projet a-t-il fourni une documentation claire (par écrit) de ce qui doit être déclaré à qui, comment et quand est-ce qu'une déclaration est-elle nécessaire ?
III	Fiches et outils de Collecte et de notification des données	5	Y a-il des fiches standard de collecte et de notification des données qui sont systématiquement utilisées ?
		6	Les données sont-elles enregistrées avec assez de précision/détails pour mesurer les indicateurs adéquats ?
		7	Les données sont-elles gardées selon les normes internationales ou nationales de confidentialité ?
		8	Les documents sources sont-ils conservés et rendus disponibles selon un accord écrit ?
IV	Processus de gestion des données	9	Une documentation claire sur les étapes de collecte, regroupement et manipulation existe-elle ?
		10	Les défis liés à la qualité des données ont-ils été identifiés et des mécanismes ont-ils été mis en place pour les relever ?
		11	Y a-t-il des procédures clairement définies et suivies pour identifier et harmoniser les divergences dans les rapports ?
		12	Y a-t-il des procédures clairement définies et suivies pour vérifier périodiquement les données source ?
V	Liens avec les systèmes de notification au plan national	13	Le système de collecte et de notification des données du programme/projet est-il lié au système de notification national?

Le *résultat* de cette évaluation sera l'identification des forces et faiblesses de chaque domaine fonctionnel du système de gestion et de notification des données.

Introduction- Figure 2. Evaluation du système de gestion des données (Illustration)



Protocole 2- Vérification des données rapportées pour les indicateurs clé :

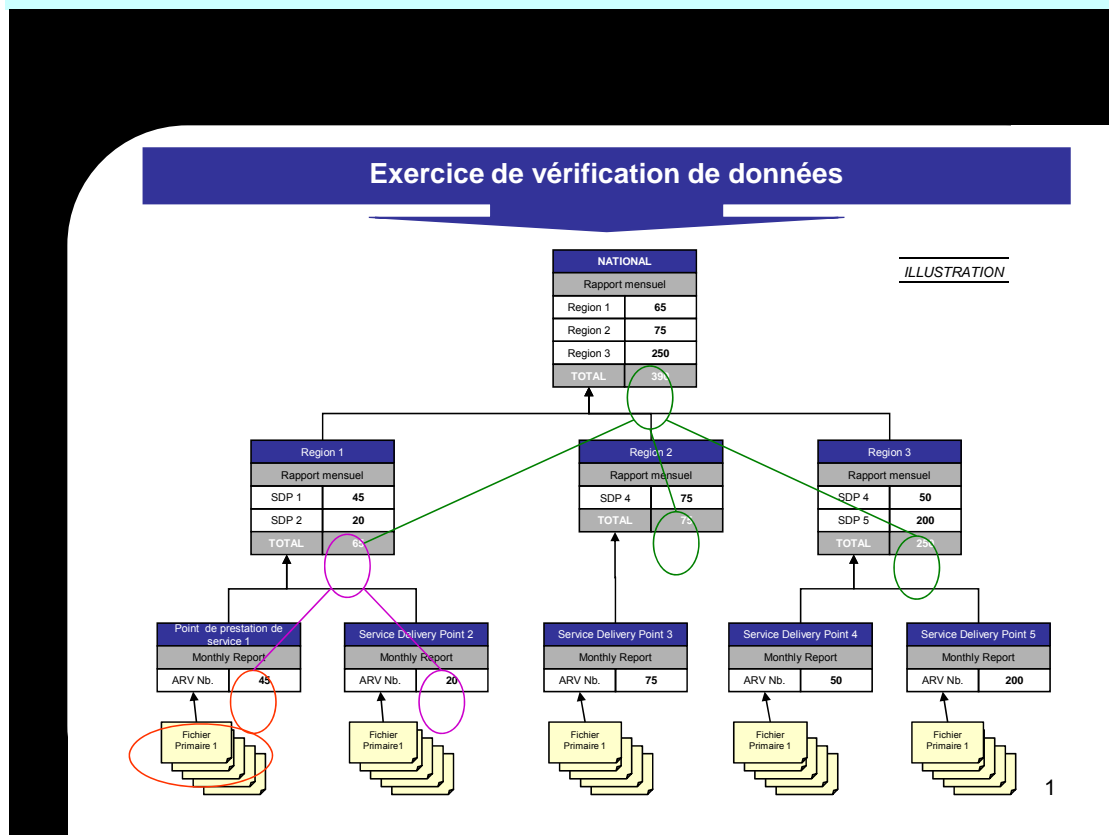
L'objectif de cette partie de l'EQD est d'évaluer, sur une échelle limitée, si la fourniture de service et les sites de regroupement des données collectent et rapportent les données pour mesurer le(s) indicateur(s) vérifié(s) de manière précise et à temps- et de faire une vérification par recoupement des résultats rapportés avec d'autres sources de données. Pour cela, l'EQD déterminera si un échantillon des sites de fourniture de service a enregistré avec exactitude l'activité liée à(aux) indicateur(s) sélectionnés sur les documents source, et ensuite retrouver ces données afin de voir si elles ont été correctement rassemblées et/ou autrement manipulées car ayant été soumises par les sites initiaux de fourniture de service à travers les niveaux intermédiaires à l'Unité de S&E du programme/projet.

L'exercice de vérification des données se fera en deux étapes :

- Vérifications approfondies au niveau des sites de prestation de service ; et
- Vérifications du suivi aux niveaux intermédiaires de regroupement et au niveau de l'Unité de S&E du programme/projet.

Remarque: Pour des objectifs de vérification, les visites de sites au niveau intermédiaire de regroupement doivent avoir lieu avant que les visites de sites au niveau des sites de fourniture de service ne soient entreprises.

Introduction- Figure 3. Totaux du rapport de traçage et de vérification du site de fourniture de service à travers les niveaux intermédiaires de regroupement jusqu'à l'Unité de S&E du programme/projet



La première étape de la vérification des données a lieu au niveau des sites de fourniture de service. Il y a cinq types de vérification standard des données qui peuvent être faits à ce niveau (**Introduction- Tableau 3**) :

Introduction- Tableau 3. Site de fourniture du service- 5 types de vérification des données

Vérifications	Description	Requis
1 - Description	Décrire la connexion entre la fourniture des services/commodités et l'achèvement du document source pour enregistrer ce service.	Dans tous les cas
2- Revue de la documentation	Réviser la disponibilité et l'exhaustivité de tous les documents source de l'indicateur pour la période de notification sélectionnée.	Dans tous les cas
3- Traçage et vérification	Retrouver et vérifier les nombres transmis: (1) Recompter les nombres transmis à partir des documents source disponibles ;(2) Comparer les nombres vérifiés avec les nombres transmis du site ;	Dans tous les cas
4- Vérifications par recoupement	Faire des vérifications par recoupement (« cross-checks ») des totaux vérifiés du rapport avec les autres sources de données (par exemple rapports d'inventaire, rapport de laboratoire, registres, etc.).	Dans tous les cas
5- Contrôle inopiné	Faire des contrôles inopinés (« spot-checks ») pour vérifier la	Si faisable

	fourniture réelle des services ou commodités aux populations cibles.	
--	----------------------------------------------------------------------	--

Parce qu'il y a des différences significatives entre certains types d'indicateurs et de sites- par exemple des sites où il y'a des installations (cliniques) et des sites communautaires- l'EQD contient des protocoles propres à l'indicateur pour réaliser ces étapes standard de vérification des données (par exemple, Protocole ART, Protocole VCT, Protocole(s) TB de Traitement des résultats; Protocole ITN, etc.). Ces *protocoles spécifiques à l'indicateur* sont basés sur des protocoles génériques qui ont été élaborés pour des sources de données fonctionnelles et communautaires. Les fiches techniques des sites de fourniture de service de ces protocoles génériques de vérification des données sont montrées en **ANNEXE 1**.

La seconde étape de la vérification des données a lieu aux niveaux intermédiaires de regroupement (par exemple districts, régions) et au niveau de l'Unité de S&E du programme/projet. Comme illustré en **Introduction- Figure 3**, l'EQD évalue la capacité au niveau intermédiaire de rassembler avec exactitude ou sinon de traiter les données soumises par les sites de fourniture de service et transmettre ces données au prochain niveau dans les délais requis. De la même manière, l'Unité de S&E du programme/projet doit rassembler avec exactitude les données transmises par les niveaux intermédiaires, publier et distribuer les résultats du programme national pour répondre aux besoins d'information des acteurs (par exemple les donateurs).

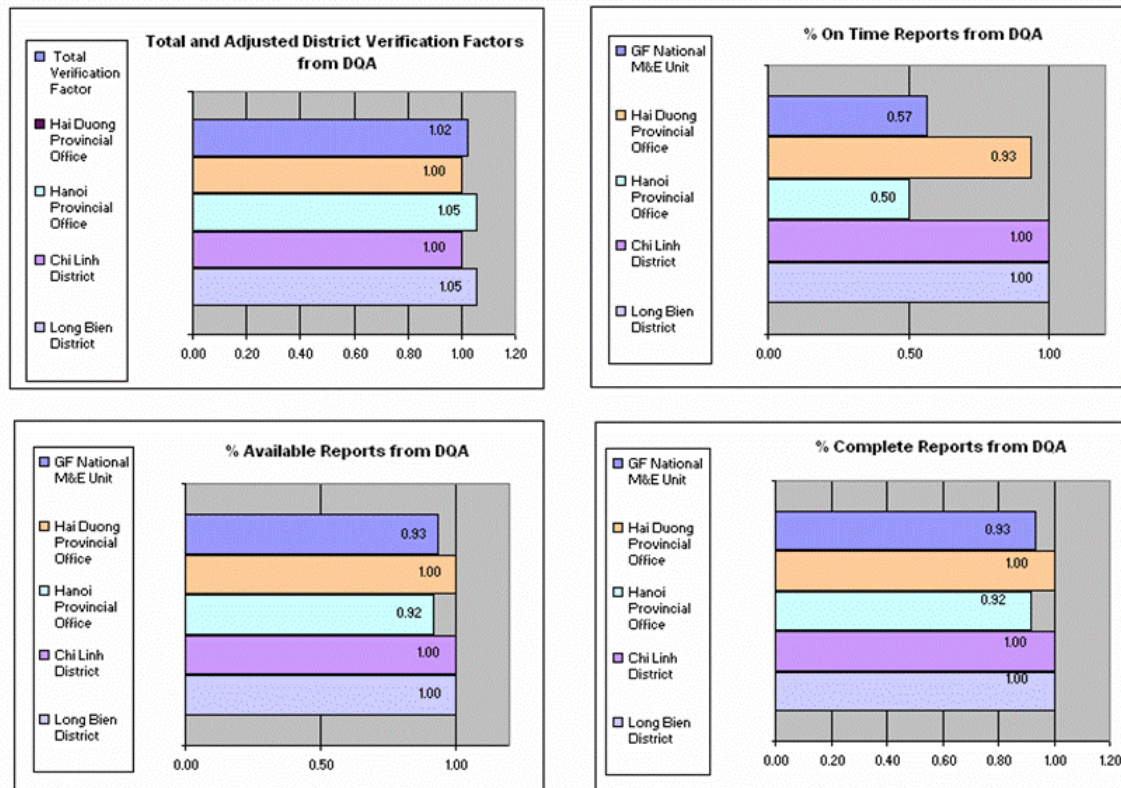
Par conséquent, les vérifications suivantes –**Introduction- Tableau 4**) seront faites aux niveaux intermédiaires d'agrégation. Les mêmes vérifications sont faites au niveau de l'Unité de S&E.

Introduction- Tableau 4. Niveaux intermédiaires d'agrégation des données- 2 Types de vérification des données

Vérifications	Description	Requis
1- Revue de la documentation	Faire la revue de la disponibilité, l'opportunité et l'exhaustivité des rapports attendus des sites de prestation de service pour la période de transmission sélectionnée.	Dans tous les cas
2- Traçage et vérification	Retrouver et vérifier les nombres transmis: (1) Rassembler à nouveau les nombres soumis par les sites de prestation de service ; (2) Comparer les comptes vérifiés aux nombres soumis au prochain niveau (Unité de S&E du programme/projet) ; (3) identifier les raisons d'une quelconque différence.	Dans tous les cas

Le résultat de ces vérifications sera des statistiques sur l'exactitude, la disponibilité, l'exhaustivité et l'opportunité des données transmises.

Introduction- Figure 4. Statistiques sur la qualité des données (Illustration)



E- SELECTION DES SITES

Il y'a quatre méthodes de sélection des sites pour l'évaluation de la qualité des données (EQD) :

1. Sélection ciblée les sites à visiter sont sélectionnés dans un but précis, par exemple en fonction de leur taille, leur proximité géographique ou par souci de la qualité des données transmises. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire d'avoir un plan d'échantillonnage. Cependant, les conclusions de la vérification de la qualité des données produites à partir d'un tel échantillon « ciblé » ou dirigé ne peuvent être utilisées pour faire des déductions ou généralisations sur tous les sites, ou sur un groupe de sites dans ce pays.
2. Conception de site restreint Un seul site est sélectionné pour l'EQD. L'avantage de cette approche est que l'équipe peut maximiser ses efforts sur un site et avoir un haut niveau de contrôle sur la mise en œuvre des protocoles de vérification et une connaissance des systèmes spécifiques au site desquels les résultats sont dérivés. Cette approche est idéale pour mesurer le changement dans la qualité des données qui peut être attribué à une intervention (par exemple une formation en gestion des données). Dans cette approche, la vérification de la qualité des données est exécutée sur un site choisi ; l'intervention est faite et

est suivie par une autre vérification de la qualité des données sur le même site. Alors, tout changement de la qualité des données pourrait plus probablement être le résultat de l'intervention.

3. Echantillonnage aléatoire stratifié Cela implique qu'un échantillon aléatoire stratifié est tiré d'un groupe de sites sous- nationaux où une variable d'intérêt particulier est choisie comme base des sites à visiter. Comme exemple de ces variables, on peut citer les sites ruraux, les sites extrêmement grands, les sites gérés par un certain type d'organisation (par exemple les ONG) ou les sites qui se trouvent dans des régions ou districts particuliers du pays. De tels échantillonnages aléatoires stratifiés permettent à L'équipe d'audit de faire des déductions à partir des résultats de la vérification de l'échantillon de tous les sites appartenant à la variable d'intérêt de la stratification (comme tous les sites ruraux, tous les sites très grands, toutes les ONG, etc.).
4. Echantillonnage aléatoire Il est souvent souhaitable de donner des avis sur la qualité des données d'un programme ou d'un pays entier. Cependant, dans la plupart des pays il serait de loin très coûteux et très long de vérifier tous les sites de transmission de données d'un programme. En plus, cela peut être inexact et trompeur de tirer des conclusions pour tous les sites de mise en œuvre en fonction de l'expérience d'un petit nombre. Les techniques d'échantillonnage aléatoires nous permettent de sélectionner un nombre relativement petit de sites desquels des conclusions peuvent être tirées et qui peuvent être généralisées pour tous les sites du programme/projet. De tels échantillonnages reposent sur des propriétés statistiques (par exemple la taille de l'échantillon, la variabilité du paramètre mesuré) qui doit être examiné lors du choix de l'approche à utiliser. Parfois, le nombre minimum de sites acceptable (en termes de validité statistique) requis par la méthodologie de l'échantillonnage est toujours trop grand en termes de coûts et de personnel disponible. Compromettre la méthodologie en incluant moins de sites que ce qui est indiqué ou remplacer un site par un autre pour des raisons de convenance peut produire des estimations erronées ou biaisées de la qualité des données. Cependant, vu les ressources appropriées, l'échantillonnage aléatoire offre la méthode la plus puissante pour tirer des déductions sur la qualité des données pour un programme ou un pays entier. Cette méthode implique la sélection au hasard d'un certain nombre de sites qui sont ensemble représentatifs de TOUS les sites où les activités qui soutiennent l'indicateur objet de l'étude sont mises en œuvre. « Représentatif » signifie que les sites sélectionnés sont similaires à la population entière de sites en termes d'attributs qui peuvent affecter la qualité des données, par exemple, la taille, le volume de service et la localisation. L'objectif de cette approche est de produire des estimations quantitatives de la qualité des données qui peuvent être perçues comme étant indicatifs de la qualité des données dans l'ensemble du programme/projet et non uniquement des sites sélectionnés.

Le nombre de sites sélectionnés pour une EQD donné dépendra des ressources disponibles pour faire les vérifications et du niveau de précision désiré pour l'estimation au niveau national du facteur de vérification. Une estimation plus précise requiert un échantillon plus large de sites. L'équipe d'audit devrait travailler avec l'organisation commanditaire de l'EQR pour déterminer le bon nombre de sites pour un programme et un indicateur donnés.

F- RESULTATS

Dans la réalisation de l'EQR, L'équipe d'audit collectera et fournira des informations sur : 1) la preuve de la revue du système de gestion et de notification des données du programme/projet et 2) la preuve de la vérification des données. La documentation comprendra :

- Des protocoles et modèles complets compris dans l'outil d'EQD.
- **Des critiques et des observations, interviews et conversations** avec les principaux représentants de l'Unité de S&E en charge de la qualité des données, aux niveaux intermédiaires de transmission et au niveau des sites de fourniture de service.
- **Des conclusions préliminaires** et des ébauches de notes de recommandations basées sur des preuves collectées dans les protocoles ;
- **Rapport final d'audit** Le rapport final d'audit résumera les preuves collectées par l'équipe d'audit, identifiera les résultats ou vides liés à ces preuves et fera des recommandations pour améliorer la qualité des données. Le rapport comprendra aussi le récapitulatif des statistiques suivantes qui sont calculées à partir des protocoles de gestion du système et de vérification des données.

1- Force du système de gestion et de notification des données basée sur l'analyse du système de collecte et de notification des données du programme/projet comprenant les réponses aux questions sur la bonne conception et la bonne mise en œuvre du système.

2- Exactitude des données transmises à travers le calcul des facteurs de vérification générés à partir de l'exercice de recherche et de recomptage de vérification entrepris à chaque niveau du système de transmission (c'est-à-dire, le ratio de la valeur recomptée de l'indicateur sur la valeur transmise).

3- Rapports de disponibilité, exhaustivité et opportunité à travers les pourcentages calculés au(x) niveau(x) intermédiaire(s) d'agrégation et de l'Unité de S&E.

Ces statistiques sommaires, qui sont automatiquement générées sur des fichiers Excel, sont élaborées à partir des protocoles d'évaluation et de vérifications des données du système.

- **Toute communication relative au suivi** avec le programme/projet et l'organisation commanditaire de l'EQD relative aux résultats et recommandations de la vérification de la qualité des données.

G- CONSIDERATIONS ETHIQUES

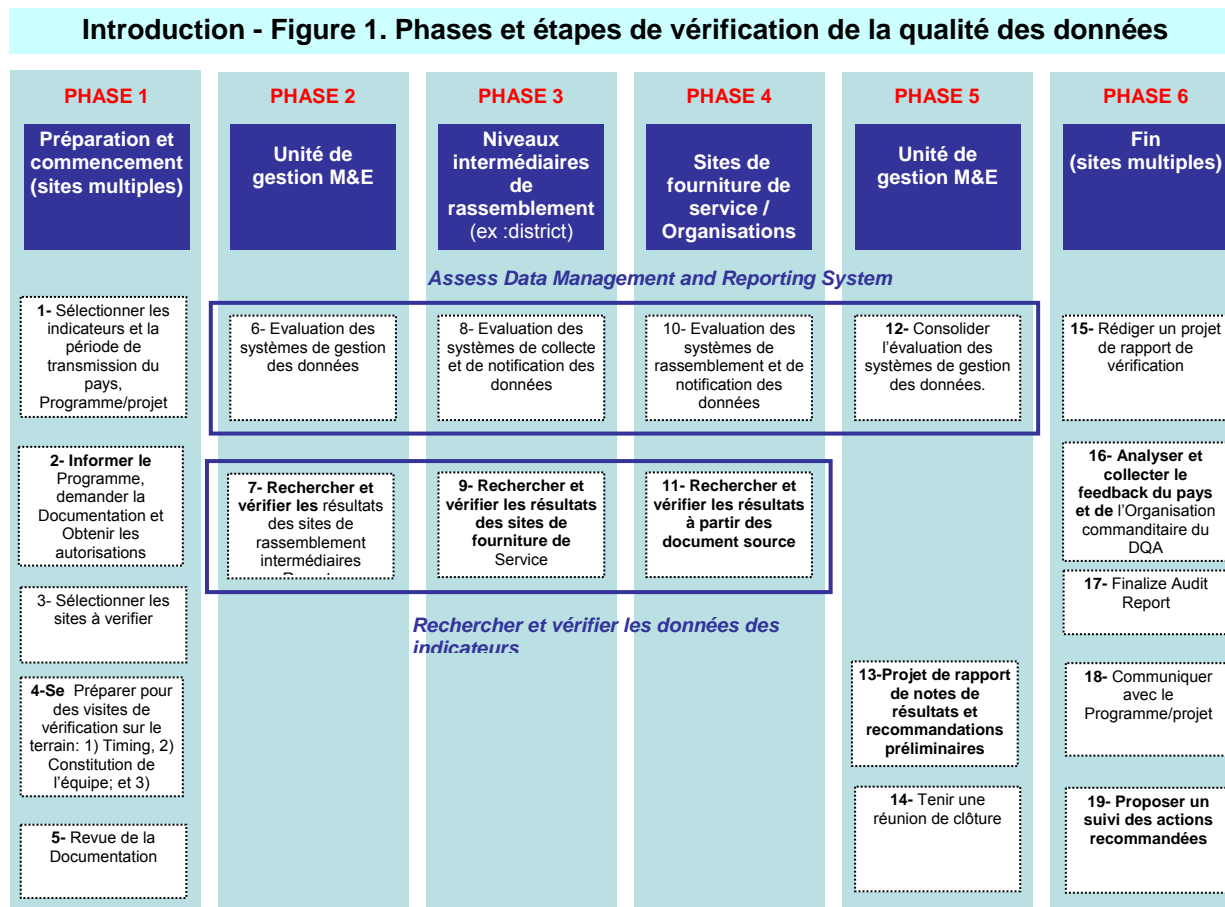
Les vérifications de la qualité des données doivent se faire en adéquation totale avec les normes éthiques du pays et, si nécessaire, de l'organisation commanditaire de l'EQD. Bien que les équipes de vérification puissent avoir besoin d'accéder aux informations personnelles (par exemple dossiers médicaux) pour les besoins du recomptage et de vérification par recoupement des résultats transmis, sous aucune circonstance, des informations personnelles ne seront divulguées en relation avec la réalisation de la vérification ou la transmission des résultats et des recommandations. Les équipes de vérification n'ont pas le droit de photocopier ou d'emporter des documents du site.

En plus, le vérificateur n'acceptera ni ne sollicitera directement ou indirectement un bien de valeur économique comme présent, pourboire, faveur, loisir ou prêt qui pourrait sembler être destiné de quelque manière que ce soit à l'influencer dans son travail officiel, plus particulièrement venant de quelqu'un dont les

intérêts peuvent être sérieusement affectés par l’accomplissement ou le non-accomplissement du travail du vérificateur. Cette clause n’interdit pas l’acceptation de nourriture ou de rafraîchissements de valeur insignifiante reçues occasionnellement pendant une réunion, conférence ou autres rencontres auxquelles le vérificateur participe, ni l’acceptation de matériel promotionnel non sollicité tels que stylos, calendriers, et/ou autres articles de valeur nominale intrinsèque.

H- MISE EN ŒUVRE

La vérification de la qualité des données sera mise en œuvre de manière chronologique en 19 étapes conduites en six phases, comme indiqué en Introduction Figure 1.



⇒ **PHASE 1-** les étapes 1-5 sont réalisées par l’Organisation commanditaire de l’EQD et dans le bureau de L’équipe d’audit.

- L’organisation commanditaire de l’EQD détermine le pays et le(s) programme/projet(s) à auditer. L’équipe d’audit et/ou l’organisation commanditaire(s) de l’EQD sélectionne(nt) alors les indicateurs correspondant et la période de transmission (**étape 1**).
- L’organisation commanditaire de l’EQD est chargée d’obtenir l’autorisation nationale d’entreprendre la vérification, si nécessaire, et d’informer formellement du programme/projet de l’EQD Avant de visiter le programme/projet, L’équipe d’audit fait

suivre une demande de documentation pour sa revue, comprenant des informations desquelles seront tirées les exemples de sites (**étape 2**).

- L'équipe d'audit, en collaboration avec l'organisation commanditaire de l'EQD identifie le nombre et la localisation des sites de fourniture de service et des niveaux intermédiaires d'agrégation qui y sont liés (c'est-à-dire districts ou régions) auprès desquels les évaluations de système ainsi que la vérification des données seront entreprises (**étape 3**).
- L'équipe d'audit se prépare pour des visites sur le terrain ; cela consiste à faire un programme de visites, constituer L'équipe d'audit et régler les questions logistiques qui y sont relatives (**étape 4**).
- L'équipe d'audit fait une revue de la documentation fournie par le programme/projet. (**étape 5**)

⇒ **PHASE 2 - Les étapes 6-7** sont réalisées au niveau de l'**Unité de S&E** du programme/projet.

- L'équipe d'audit évalue le système de gestion et de notification des données au niveau de l'Unité de S&E (**étape 6**). L'évaluation a pour but d'identifier les défis potentiels liés à la qualité des données créées par le système de gestion et de notification des données du programme/projet.
- L'équipe d'audit commence par retrouver et vérifier le(s) indicateur(s) sélectionné(s) en faisant la revue des rapports soumis par les niveaux inférieurs de transmission (tels que le bureau au niveau régional ou du district), pour la période de transmission sélectionnée (**étape 7**).

⇒ **PHASE 3- les étapes 8-9** sont réalisées aux **niveaux intermédiaires d'agrégation** (tels que le bureau régional ou de district), si le dans système de gestion des données du programme/projet, il existe de tels niveaux.

- L'équipe d'audit évalue le système de gestion et de notification des données en déterminant comment les données transmises par les niveaux inférieurs (par exemple les sites de fourniture de service) sont rassemblées et transmises à l'Unité de S&E du programme/projet (**étape 8**).
- L'équipe d'audit continue à rechercher et vérifier les nombres transmis des sites de fourniture de service aux niveaux intermédiaires (**étape 9**).

⇒ **PHASE 4- Les étapes 10-11** sont réalisées au niveau des **sites de fourniture de service** (par exemple, dans une structure sanitaire ou une communauté).

- L'équipe d'audit continue l'évaluation du système de gestion et de notification des données au niveau des sites de fourniture de service en déterminant si un système qui fonctionne est en place pour collecter, vérifier et transmettre les données au niveau suivant d'agrégation (**étape 10**).
- L'équipe d'audit recherche et vérifie aussi les données pour l'indicateur(s) sélectionné(s) des documents source jusqu'aux résultats transmis par les sites de fourniture de service (**étape 11**).

⇒ **PHASE 5- Les étapes 12-14** sont encore réalisées au niveau **de l'Unité de S&E** du programme/projet.

- L'équipe d'audit finalise l'évaluation du système de gestion et de notification des données en répondant aux dernières questions sommaires de vérification (**Étape 12**).
- L'équipe d'audit rédige alors l'avant-projet des résultats et recommandations préliminaires de l'EQD (**étape 13**) et les partage avec les représentants du programme/projet de S&E pendant une réunion fermée de vérification (**étape 14**). L'accent est mis sur l'atteinte d'un consensus avec les cadres du S&E sur les mesures à prendre pour améliorer la qualité des données.

⇒ **PHASE 6 - Les étapes 15-19** sont réalisées au niveau du **bureau de L'équipe d'audit** et à travers des réunions avec **l'organisation commanditaire de l'EQD** et le **bureau du programme/projet**.

- L'équipe d'audit termine une ébauche de rapport d'audit (**étape 15**) qui est communiquée à l'organisation commanditaire de l'EQD et le programme/projet (**étape 16**).
- En fonction du feedback reçu, L'équipe d'audit termine le rapport final d'audit (**étape 17**) et communique le rapport au programme/projet.
- A l'étape de la vérification finale, on pourrait demander à L'équipe d'audit de proposer un processus de suivi afin de permettre de s'assurer que les améliorations identifiées dans le rapport final d'audit sont mises en œuvre. (**Étape 19**)

PHASE 1: PREPARATION ET COMMENCEMENT

PHASE 1

Préparation et commencement (sites multiples)

1- Sélectionner les indicateurs et la période de notification d'un pays, Programme/projet(s)

2- Informer le Programme, demander la Documentation et Obtenir les autorisations Nationales

3- Sélectionner les Sites à vérifier

4- Se Préparer pour des visites de vérification sur le terrain: 1) Timing; 2) Constitution de l'équipe; 3) Logistique

5- Revue de la Documentation

La première phase de l'EQD a lieu avant la rencontre entre L'équipe d'audit et le programme/projet. La responsabilité de la phase 1 repose en partie sur l'organisation commanditaire de l'EQD et en partie sur l'agence d'Audit.

1. L'identification du pays et du programme/projet, de(s) indicateur(s) sélectionné(s) et de la période de transmission seront les points focaux du travail réel de vérification des données au niveau de quelques sites de fourniture de service.
2. Notifier au programme/projet(s) sélectionné du projet d'Evaluation de la Qualité des Données et leur demander la documentation relative au système de gestion et de notification des données que L'équipe d'audit peut consulter avant les visites des sites. Obtenir si besoin les autorisations nationales pour entreprendre les vérifications, informer les autorités compétentes, coordonner avec les autres organisations telles que les donateurs, impliquer les partenaires et les agences nationales de vérification si nécessaire.
3. Déterminer le type d'échantillon et le nombre de sites qui seront soumis aux vérifications de la qualité des données sur le terrain et communiquer la liste des sites au programme/projet.
4. Se préparer pour les visites des sites en déterminant le programme de la visite, en constituant L'équipe d'audit et en réglant les questions logistiques.
5. Faire la revue de la documentation fournie pour commencer à déterminer si le système de gestion et de notification des données programme/projet est capable de transmettre des données de qualité, s'il est implémenté fidèlement à sa conception.

La durée des étapes suivantes de la PHASE 1 est estimée entre quatre et six semaines.

ETAPE 1. SELECTIONNER LE PAYS, LE (S) PROGRAMME/PROJET(S), LE/LES INDICATEUR(S) ET LA PERIODE VISEE PAR L'AUDIT

L'étape 1 peut être accomplie par l'Organisation Commanditaire de L'EQD et/ou l'Equipe d'Audit.

A- PROCEDER A LA SELECTION DU PAYS ET DU (DES) PROGRAMME/PROJET(S)

Selon toute probabilité, l'Organisation commanditaire de l'EQD décidera du pays ainsi que du Programme/projet qui devrait faire l'objet d'une Evaluation de la Qualité des Données. Cet outil d'EQD présente certaines stratégies relatives à la sélection d'un (de) Programme/projet(s) pour un audit à travers la fourniture d'une liste de critères pertinents et d'autres questions à prendre en compte. De toute évidence il n'existe pas de règle unique relative à la sélection du (des) Programme/projet(s) à auditer; des circonstances internationales, locales et programmatiques doivent être prises en compte lors de la prise de décision. La documentation de l'audit devrait inclure des informations sur l'identité de la personne ayant procédé à la sélection et, dans la mesure où elles sont connues, les raisons qui ont motivé cette décision.

Une liste représentative des critères à utiliser pour la sélection d'un pays et d'un Programme/projet est montrée ci-dessous au niveau de l'**Etape 1 - Tableau 1**. Si un Programme National fait effectuer l'audit, il peut également utiliser ces critères pour procéder à la sélection des aspects du programme (ex. les indicateurs) qui seront audités.

Etape 1 - Tableau 1. Critères Illustratifs pour la Sélection du Pays, du Secteur des Maladies /de la Santé et du Programme/projet

1	Le montant du financement investi au niveau des pays et des programmes/projets au sein du secteur des maladies/de la santé.
2	Les Résultats ciblés ou notifiés issus des pays et des Programmes/projets (tel que le nombre de personnes sous traitement ART, de MII distribuées ou les Nombres de cas Détectés avec le programme DOTS).
3	Les grandes différences au niveau de la notification des résultats d'une période à l'autre au sein d'un pays ou d'un Programme/projet.
4	Les Ecart entre les résultats programmatiques et les autres sources de données (ex., dépenses liées à l'achat de produits sanitaires qui ne correspondent pas au nombre de personnes sous traitement ARV notifié).
5	Les écarts entre les données notifiées issues d'un projet particulier et les résultats nationaux (ex., le nombre notifié de MII distribuées ne correspond pas aux chiffres à l'échelle nationale).
6	Les conclusions issues des évaluations de S&E précédentes indiquant des écarts au niveau des systèmes de gestion et de notification des données au sein du (des) Programme/projet(s).

7	Les Opinions/références relatives aux faiblesses perçues de la qualité des données et/ou aux risques au sein d'un Programme/projet.
8	Un calendrier d'audit périodique associé au financement ou aux examens de renouvellement.
9	La volonté de choisir au hasard certains pays et programmes/projets devant faire l'objet d'un audit.

Quand les Organisations Chargées de l'EQD sélectionnent le pays et le Programme/projet devant faire l'objet d'une Evaluation de la qualité des données, elles pourraient juger utile de classer les pays (ou les Programmes/projets) en fonction du montant qu'elles y ont investi et/ou des conclusions qui ont été rapportées (résultats). Ce classement pourrait se faire dans l'ordre suivant :

- **Tout d'abord**, classer les pays ou le (les) Programme/projet(s) en fonction du montant de l'investissement pour une maladie spécifique ;
- **En second lieu**, identifier les indicateurs nécessaires pour le classement des pays (ou des Programmes/projets) en fonction des résultats notifiés (cette liste sera en général réservée à l'Organisation particulière commanditaire de l'EQD) ;
- **En troisième lieu**, déterminer le classement de chaque pays ou Programme/projet pour chacun des indicateurs identifiés.

Cette liste devrait aider l'Organisation Commanditaire de l'EQD à de classer les pays ou Programme/projet(s) par priorité. **ANNEXE 2, Etape 1 – Le Modèle 1** sert à illustrer une telle analyse.

B- PROCEDER A LA SELECTION DE(S) L'INDICATEUR(S)

D'autres décisions importantes à prendre lorsqu'on se prépare pour une Evaluation de la Qualité des Données consistent à décider: (1) des indicateurs qui seront inclus dans l'audit; et (2) de la (des) période(s) pendant laquelle (lesquelles) effectuer l'audit. Dans certains cas, il peut être demandé à l'Agence d'Audit de faire cette sélection. **Il est recommandé de sélectionner jusqu'à deux indicateurs au sein d'un Secteur des Maladies /de la Santé et d'inclure quatre indicateurs au maximum si plusieurs Secteurs des maladies/de la Santé sont associés à une Evaluation de la Qualité des Données.** La sélection de plus de quatre indicateurs pourrait aboutir à l'obtention d'un nombre excessif de sites à évaluer.

La décision relative aux indicateurs à inclure sera en général prise par l'Organisation Chargée d'effectuer l'EQD et peut être basée sur un nombre de critères, y compris une analyse des niveaux de financement concernant divers Secteurs du Programme (ex., ARV, PTME, MII, DOTS, BCC) ainsi que les résultats notifiés relatifs aux indicateurs associés. En outre, le facteur déterminant pourrait être les Secteurs du Programme qui préoccupent l'Organisation Chargée d'effectuer l'EQD et/ou le Programme National (ex. les programmes communautaires qui peuvent être plus difficiles à suivre que les programmes infrastructurels). L'analyse effectuée au niveau de **l'Etape 1** peut contribuer à guider la sélection des indicateurs à inclure dans l'Evaluation de la Qualité des Données.

Les critères pour la sélection des indicateurs relatifs à l'Evaluation de la Qualité des Données pourraient être les suivants :

1. Indicateurs “à Examiner Nécessairement ”. Selon le(s) programme/projet(s) sélectionné pour faire l'objet d'un audit, l'Organisation Commanditaire de l'EQD peut avoir une liste des indicateurs “à revoir absolument” et qui devraient être sélectionnés en premier (ex les indicateurs relatifs aux personnes sous Traitement ARV, aux MII distribuées ou (Retraitées) et aux Nombres de cas Détectés avec le programme DOTS) Ceux-ci constituent en général les indicateurs qui sont utilisés à l'échelle internationale pour mesurer la réaction mondiale face à la maladie. Par exemple, en ce qui concerne les audits effectués par le biais du Fonds Mondial, les indicateurs devant faire l'objet d'un audit proviendront en général de sa liste des “10 premiers indicateurs”. Sous le PEPFAR, la liste proviendra probablement d'indicateurs qui se rapportent pour la plupart directement aux objectifs consistant à placer 2 millions de personnes sous traitement tout en offrant à 10 millions de personnes un appui et des soins médicaux. D'autres bailleurs de fonds et Programmes Nationaux peuvent avoir des listes différentes d'indicateurs importants à prendre en compte.
2. **Importance Relative des Indicateurs.**
 - a) Importance Relative de l'Investissement en Ressource dans les Activités Liées à l'Indicateur. Par exemple, si le Programme/projet investit plus de 25 pour cent de son financement dans un secteur spécifique du programme, alors l'indicateur clé présent au niveau de ce secteur pourrait être sélectionné.
 - b) Chiffre rapporté pour un Indicateur Relatif à l'objectif par Pays. Si le Programme/projet identifié a une activité notifiée “considérable” au sein d'un pays pour un indicateur, cet indicateur devrait être pris en compte pour un audit. Le terme considérable pourrait être défini comme le fait de générer plus de 25 pour cent des chiffres globaux du pays rapportés pour cet indicateur.
3. **Sélection intentionnelle au “Cas par Cas”** Dans certains cas, l'Organisation Chargée d'effectuer l'EQD peut avoir d'autres raisons motivant l'inclusion d'un indicateur dans l'EQD. Ceci pourrait être dû au fait qu'il y'a des indicateurs pour lesquels il existe des incertitudes concernant la qualité des données. Tel pourrait également être le cas des indicateurs qui sont censés être vérifiés régulièrement et pour lesquels l'Organisation commanditaire de l'EQD veut un audit indépendant. Ces raisons devraient être documentées en tant que justificatifs de l'inclusion.

ANNEXE 2 Etape 1 Modèle 2 contient un modèle illustratif pour l'analyse de l'importance relative des investissements et des résultats de l'indicateur par Secteur du Programme.

C- SELECTIONNER LA PERIODE DE L'AUDIT

Il est également important d'identifier la période visée par l'audit associée à (aux) l'indicateur (s) devant faire l'objet d'un audit. Idéalement, la période devrait correspondre à la période la plus proche qui est pertinente pour le système national ou pour les activités du Programme/projet associées à l'Organisation Commanditaire de l'EQD. Si les circonstances le justifient, la durée de l'audit pourrait être moindre (par exemple, une fraction de la période visée par l'audit, tel que le dernier trimestre ou mois de la période visée). Par exemple, le nombre de pièces justificatives dans un site de CDV où il y'a beaucoup de monde pourrait être important, les ressources du

personnel d'audit peuvent être limitées ou les Sites de Fourniture de Service du Programme/projet pourraient produire des rapports mensuels ou trimestriels relatifs aux pièces justificatives en question. Dans d'autres cas, la période pourrait correspondre à une période visée plus récente au cours de laquelle des résultats significatifs ont été notifiés par le(les) programme/projet(s).

D - DOCUMENTER LA SÉLECTION

ANNEXE 2, Etape 1 – Le Modèle 3 fournit un outil qui peut être utilisé pour documenter la sélection du pays, du (des) programme(s)/projet(s), de l'indicateur (des indicateurs) et de la période visée faisant l'objet de l'audit.

ETAPE 2. INFORMER LE PROGRAMME, DEMANDER LA DOCUMENTATION ET OBTENIR DES AUTORISATIONS NATIONALES

L'Etape 2 est typiquement accomplie par l'Organisation Commanditaire de l'EQD.

A - INFORMER LE PROGRAMME ET DEMANDER LA DOCUMENTATION

L'Organisation Commanditaire de l'EQD devrait aviser le programme/projet de l'imminence de l'Evaluation de la Qualité des Données dès que possible et obtenir les autorisations nécessaires à l'échelle nationale et ailleurs. Elle devrait également aviser les autres organisations, au besoin, de l'audit et demander une coopération, si nécessaire. **On s'attend à ce que l'Equipe d'Audit suive les réglementations nationales relatives à la confidentialité des données et à l'éthique.** Il incombe à l'Equipe d'Audit d'identifier ces réglementations nationales et de les respecter.

ANNEXE 2, Etape 2 – Modèle 1 contient une ébauche du langage pour la lettre de notification. Cette lettre peut être modifiée, si nécessaire, en collaboration avec les parties prenantes locales (par exemple, la Commission Nationale des Maladies, le Ministère de la Santé, le CCM, les bailleurs de fonds concernés). La lettre doit être accompagnée de la demande de documentation initiale provenant de l'Unité de S&E, qui se situe au niveau de **l'Etape 2 - Tableau 1**. Il est important que l'Organisation Commanditaire de l'EQD souligne la nécessité pour le(s) membre(s) du personnel de l'Unité de S&E en question d'accompagner l'Equipe d'Audit lors de ses visites de sites.

Une fois la lettre de notification envoyée, l'Organisation Commanditaire de l'EQD devrait envoyer une copie de la lettre de notification à toutes les parties prenantes concernées, y compris, par exemple :

- Les agents du pays d'audit en relation avec le programme/projet en cours d'audit;
- L'agence nationale d'audit, au besoin, et
- Les bailleurs de fonds, les partenaires au développement, les organisations internationales partenaires d'exécution et les représentants concernés du groupe de travail de S&E.

L'Agence d'Audit devrait suivre avec le Programme/projet sélectionné concernant l'audit en cours, les calendriers, les points de contact et la nécessité de fournir à l'avance certaines informations et documentations.

L'Equipe d'Audit aura besoin de quatre types de documents au moins deux semaines avant la mission de pays.

- 1) Une liste de tous les points de service avec les derniers résultats notifiés, relatifs à (aux) l'indicateur(s) ;
- 2) Une description des systèmes de collecte et de notification des données ;
- 3) Les modèles des formulaires de collecte et de notification des données; et
- 4) Les autres documents disponibles relatifs aux systèmes de gestion et de notification des données et à la description du programme/projet (par exemple, un manuel des procédures).

1) Liste des Sites de Fourniture de Services qui offrent des services en rapport avec l'indicateur(les indicateurs). L'Equipe d'Audit devrait recevoir une liste de tous les Sites de Fourniture de Service à partir de laquelle un échantillon des sites à auditer sera sélectionné. Cette liste de sites de fourniture de services devrait inclure :

- **La localisation** –région, district, etc. et déterminer si la zone est urbaine ou rurale.
- **Le type d'infrastructure** - si le site de fourniture de service est une infrastructure sanitaire (et de quel type par exemple, hôpital, centre de soins de santé primaires) ou un site de service communautaire.
- **Les dernières annonces des résultats** pour chacun des Sites de Fourniture de Services (par exemple, le nombre de personnes sous traitement ou de cas traités avec succès)
- Des informations sur d'autres éléments (si nécessaire) - l'Organisation Commanditaire de l'EQD peut définir d'autres caractéristiques qui définissent l'échantillon de sites à tirer. Par exemple, la sélection peut inclure des sites du secteur public et privé ou peut se focaliser sur les sites soutenus par des organisations religieuses ou non gouvernementales.

Une fois les Sites de Fourniture de Services et les Niveaux d'Agrégation Intermédiaires associés sélectionnés pour l'audit, il est essentiel que l'Equipe d'Audit travaille dans le cadre du Programme/projet afin d'aviser les sites et de leur fournir les fiches d'information qui figurent au niveau de l'annexe 3, Étape 2 – Modèles 1, 2, 3. Cette démarche vise à s'assurer que le personnel concerné est disponible et que les pièces justificatives sont accessibles pour l'indicateur (les indicateurs) et la période visée pour l'audit.

2) Description du système de collecte et de notification des données relatif à l'indicateur (aux indicateurs). L'Equipe d'Audit devrait recevoir le(s) modèle(s) achevé(s) qui figure au niveau de l'annexe 2, Étape 2 – Modèle 2 décrivant le système de collecte et de notification des données ayant un rapport avec l'indicateur (les indicateurs) en cours d'audit.

3) Les modèles des formulaires de collecte et de notification des données. L'Equipe d'Audit devrait recevoir tous les modèles des formulaires de collecte et de notification des données utilisés à tous les niveaux du système de gestion de données pour l'indicateur (les indicateurs) auquel ils sont liés (par exemple, les dossiers des patients, les fiches d'admission des clients, les registres, les rapports mensuels, etc.)

4) Autres documents pour la revue des systèmes. Les autres documents requis sont nécessaires pour que l'Equipe d'Audit puisse commencer l'évaluation du système de collecte et de notification des données pour l'indicateur(les indicateurs) sélectionné(s). Ces documents sont énumérés ci-dessous au niveau de l'Étape 2 - Tableau 1. Dans le cas où le Programme/projet ne dispose pas de ces documents, l'Equipe d'Audit devrait se préparer pour le faire suivre de la gestion du Programme/projet, une fois dans le pays.

En outre, l'Organisation Commanditaire de l'EQD devrait également fournir à l'Equipe d'Audit des documents de base pertinents concernant le pays et le programme/projet en cours d'audit.

Étape 2 - Tableau 1. Liste des Secteurs Opérationnels d'Audit et de Documents à Demander au Programme /projet pour l'Examen sur Place (si disponible)

Secteurs Opérationnels	Documentation générale requise	Vérifier s'ils sont fournis
Informations de Contact	<ul style="list-style-type: none"> Noms et coordonnées des agents clés du Programme/projet, y compris le personnel clé chargé des activités de gestion des données. 	
I –Structures de S&E, Rôles et Capacités,	<ul style="list-style-type: none"> Organigramme représentant les responsabilités de S&E. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Liste des postes et des statuts de S&E (ex à plein temps ou partiel, pourvus ou vacants). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Plan de formation de S&E, s'il en existe un. 	
II – Définitions des Indicateurs et Directives de rédaction des rapports	<ul style="list-style-type: none"> Instructions aux sites de notification concernant les besoins de notification et les délais. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Description de la manière dont la fourniture de service est enregistrée sur les pièces justificatives, et sur les autres documents tels que les registres cliniques et les rapports périodiques des sites. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Un organigramme détaillé de données y compris: <ul style="list-style-type: none"> des sites de fourniture de service aux Niveaux d'Agrégation Intermédiaires (ex les bureaux de district, les bureaux provinciaux, etc.), Des niveaux d'Agrégation Intermédiaires (s'il y'en a) à l'Unité de S&E. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Plan National de S&E, s'il en existe un. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Des définitions opérationnelles des indicateurs en cours d'audit. 	
III - Formulaires et Outils de collecte et de notification des Données	<ul style="list-style-type: none"> Un formulaire (des formulaires) de collecte des données pour l'indicateur(les indicateurs) en cours d'audit. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Un formulaire (des formulaires) de notification de données pour l'indicateur (les indicateurs) faisant l'objet de l'audit. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Des instructions pour remplir les formulaires de collecte et de notification des données. 	

Étape 2 - Tableau 1. Liste des Secteurs Opérationnels d'Audit et de Documents à Demander au Programme /projet pour l'Examen sur Place (si disponible)

Secteurs Opérationnels	Documentation générale requise	Vérifier s'ils sont fournis
IV - Processus de Gestion des Données	<ul style="list-style-type: none"> • Une documentation écrite des processus de gestion des données comprenant une description de toutes les étapes de vérifications d'agrégation et de manipulation des données accomplies à chaque niveau du système de notification des données. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Des procédures écrites en vue de relever les défis spécifiques de la qualité des données (ex le double comptage, "perdu pour le suivi"), y compris des instructions envoyées aux sites de notification des données. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Des directives et des calendriers pour les visites de surveillance de routine des sites. 	
V –Liens avec le Système National de Notification	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens documentés entre le système de notification des données du Programme/projet et le système national de notification des données concerné. 	

La revue des systèmes sera effectuée en répondant aux questions situées au niveau du Protocole 1 de l'EQD Protocole d'Evaluation du Système Le protocole est élaboré en cinq secteurs opérationnels avec treize questions clés récapitulatives qui sont essentielles pour évaluer la conception et la mise en œuvre du système de gestion des données du (des) programme(s)/projet(s) afin de produire des données de qualité. Effectuer la vérification sur place avec la documentation fournie avant la visite du Programme/projet allégera le fardeau que l'audit fera peser sur le personnel chargé de la gestion des données au niveau de l'Unité de S&E.

B- OBTENIR L'AUTORISATION NATIONALE

Dans certains cas, une autorisation spéciale pour effectuer l'EQD peut être requise auprès d'un autre organisme national, telle que l'Agence d'Audit Nationale. **L'ANNEXE 2, Etape 2 – Modèle 3** fournit un texte pour la lettre exigeant cette autorisation supplémentaire en vue d'effectuer l'EQD. Cette lettre devrait être envoyée à l'Organisation Commanditaire de l'EQD. Le(s) destinataire(s) de la lettre d'autorisation variera(varieront) en fonction le Programme/projet en cours d'audit. L'autorisation nationale ainsi que toute autre autorisation appropriée pour effectuer l'EQD auprès des bailleurs de fonds appuyant les sites audités ou des agents du Programme/projet devraient être incluse dans le Rapport Final d'Audit en tant que pièce jointe.

ETAPE 3. SELECTIONNER LES SITES DEVANT FAIRE L'OBJET D'UN AUDIT

L'étape 3 peut être accomplie par l'Organisation Chargée de LEQD et/ou l'Equipe d'Audit.

Dans cette partie quatre alternatives sont présentées pour la sélection des sites au sein desquels les équipes d'Evaluation de la Qualité des Données effectueront le travail. Les alternatives sont présentées par ordre de complexité, de la Stratégie d'Echantillonnage A qui est complètement non statistique, à la Stratégie d'Echantillonnage D qui est une méthode d'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés qui peut être utilisée pour faire des inférences statistiques sur la qualité des données à l'échelle nationale. Les Stratégies d'Echantillonnage B et C représentent des points centraux entre les approches non statistiques et statistiques et offrent à l'équipe d'audit la possibilité d'adapter l'audit à un ensemble spécifique de sites en fonction des besoins ou des intérêts.

L'Organisation Commanditaire de l'EQD devrait décider de la Stratégie d'Echantillonnage en se basant sur l'objectif de l'EQD et les ressources disponibles. L'Agence d'Audit décidera, sur la base du type d'échantillon utilisé, des sites devant faire l'objet de l'audit. Il se peut que l'Organisation Commanditaire de l'EQD souhaite être impliquée dans la prise des décisions relatives à la sélection du site, en particulier si l'échantillonnage n'est pas aléatoire.

A - METHODE DE SELECTION A

Il s'agit d'un échantillon prédéterminé que l'Organisation Commanditaire de l'EQD impose à l'Equipe d'Evaluation de la Qualité des Données. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire d'effectuer une Evaluation de la Qualité des Données afin de se concentrer en particulier sur un ensemble de points de fourniture de services qui sont prédéterminés. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire d'élaborer un plan d'échantillonnage. **Toutefois, les résultats de l'Evaluation de la Qualité des Données produites à partir d'un tel échantillon "choisi à dessein" ou ciblé ne peuvent pas être utilisés pour faire des déclarations généralisées (ou des inférences statistiques) sur la population totale des sites dans ce pays.** Les résultats seront limités à ces sites visités par l'équipe d'audit.

B- METHODE DE SELECTION B

La Stratégie d'Echantillonnage B est aussi appelée un plan de site sensible. Il est communément utilisé comme substitut pour l'échantillonnage probabiliste (basé sur un algorithme aléatoire) et constitue un bon plan de comparaison des résultats d'audit sur plusieurs périodes. Au niveau du Plan de Site Sensible, l'équipe d'audit sélectionne un site où se dérouleront tous les travaux. L'avantage de cette approche est que l'équipe peut maximiser ses efforts dans un seul site et avoir un haut degré de contrôle sur l'élaboration des protocoles d'audit ainsi qu'une connaissance des systèmes spécifiques au site d'où proviennent les résultats. **La Stratégie d'échantillonnage B est idéale pour évaluer les effets d'une intervention afin d'améliorer la qualité des données. Par exemple, l'EQD est appliqué à un site, et constitue une mesure de base. Une intervention est menée (par exemple la formation), et l'EQD est exécuté une seconde fois. Étant donné que tous les facteurs susceptibles d'influencer la qualité des données sont les mêmes pour le pré et post-test (le même site est utilisé), toute différence dans la qualité des données notée au cours du post-test peut probablement être attribuée à l'intervention.** Une telle approche de mesure répétée utilisant l'outil d'Evaluation de la Qualité des Données pourrait

être hors de prix si elle est utilisée conjointement avec un plan d'échantillonnage qui implique plusieurs sites.

C- METHODE DE SELECTION C

Cet échantillon est tiré par l'Equipe d'Evaluation de la Qualité des Données dans le but de maximiser l'exposition aux sites importants, tout en minimisant le temps et la somme d'argent investis dans l'exécution effective de l'audit. Dans la plupart des cas, la Stratégie d'Echantillonnage C implique la sélection aléatoire des sites au sein d'un groupe particulier, où l'appartenance au groupe est définie par un attribut d'intérêt. Parmi les exemples de ces attributs, on peut citer la localisation(par exemple, zone urbaine/rurale, région/district), le volume du service, le type d'organisation (par exemple, religieuse, non gouvernementale), ou la performance sur les évaluations du système(par exemple les sites qui ont obtenu de faibles résultats avec l'Outil de Renforcement des Systèmes de S&E).

L'échantillonnage aléatoire stratifié utilisé au niveau de la Stratégie d'Echantillonnage C permet à l'équipe d'audit de faire des inférences, à partir des résultats de l'audit, à tous les sites qui appartiennent à l'attribut d'intérêt de stratification (comme tous les sites ruraux, tous les très grands sites, tous les sites religieux, etc.). Ainsi, les résultats de l'audit peuvent être généralisés, partant du panel de sites vers une plus grande "population" de sites à qui appartiennent les sites échantillonnés. Cette capacité à générer des statistiques et à faire de telles généralisations peut être importante et est discutée de manière plus détaillée dans la partie ci-dessous qui décrit la Stratégie d'Echantillonnage D.

L'Echantillonnage Stratifié utilisé au niveau de la Stratégie d'Echantillonnage C est sous national : Les auditeurs de la qualité des données n'essaient pas de faire des généralisations sur les programmes nationaux. En ce sens, la stratégie diffère de la Stratégie d'Echantillonnage D (ci-dessous), principalement en ce qui concerne sa plus petite portée. Les deux stratégies utilisent un échantillonnage aléatoire (expliqué plus en détail dans l'Annexe 4), ce qui signifie qu'au sein d'un groupement particulier de sites (base d'échantillonnage), chaque site a une chance égale d'être sélectionné dans l'échantillon d'audit.

IL est possible de calculer un facteur de vérification qui indique la qualité des données pour le groupe avec l'attribut d'intérêt, mais qui n'a pas une portée nationale.

D- METHODE DE SELECTION D

La Stratégie d'Echantillonnage D est utilisée pour obtenir un **Facteur de Vérification à l'Echelle Nationale** pour les indicateurs au niveau du programme, elle est complexe et requiert des informations complètes et actualisées sur la répartition géographique des sites (quels que soient les indicateurs qui ont été sélectionnés), ainsi que les résultats spécifiques du site qui ont été annoncés (dénombrements)pour l'indicateur qui est en cours d'évaluation. La Stratégie d'échantillonnage D pourrait également être considérée comme un échantillon en grappes à deux phases modifié(modifié dans la mesure où un échantillon aléatoire stratifié de sites, au lieu d'un échantillon aléatoire simple, est pris au sein des grappes sélectionnées).

L'échantillonnage en grappes constitue une variation sur l'échantillonnage aléatoire simple (où tous les sites seraient choisis au hasard) qui permet à un groupe de sites plus facile à gérer de faire l'objet d'un audit. Si tous les sites étaient choisis au hasard, ils seraient probablement dispersés au niveau de tout le pays et demanderaient beaucoup de temps et de ressources pour l'audit. L'échantillonnage en grappes prévoit la sélection de quelques districts réduisant ainsi le nombre de Voyages requis par les auditeurs.

Un plan d'échantillonnage scientifique suppose l'utilisation de la théorie des probabilités et implique des statistiques. L'objectif des statistiques dans ce contexte est de permettre aux auditeurs de produire des conclusions quantitatives relatives à la qualité des données et qui peuvent être considérées comme des prévisions de la qualité des données pour l'ensemble du Programme/projet, et pas simplement comme la qualité des données au niveau des sites sélectionnés. En outre, un échantillon scientifique prévoit la quantification de la certitude des estimations d'exactitude trouvées par l'audit(c'est-à-dire les intervalles de confiance). Les avantages d'un tel plan d'échantillonnage proportionnellement représentatif vont au-delà du calcul des Facteurs de Vérification et s'appliquent à tous les résultats empiriques issus de l'Evaluation de la Qualité des Données.

La principale unité d'échantillonnage pour la Stratégie d'Echantillonnage D est une grappe, qui renvoie à l'unité administrative politique ou géographique dans laquelle se situent les Sites de Fourniture de Service. En pratique, la sélection d'une grappe est généralement une unité géographique, comme un district. En fin de compte, la sélection d'une grappe permet à l'équipe d'audit d'adapter le plan d'échantillonnage en fonction de ce à quoi ressemble le programme du pays.

La stratégie soulignée ici utilise la probabilité proportionnelle à la taille (PPT) pour obtenir la dernière série de sites que l'équipe d'audit visitera. La Stratégie d'Echantillonnage D génère une sélection de sites devant être visités par l'équipe d'audit qui est proportionnellement représentatif de TOUS les sites où des activités appuyant l'indicateur(les indicateurs) à l'étude sont en cours d'exécution.

Les grappes sont sélectionnées dans la première phase en utilisant un échantillonnage aléatoire systématique, tandis que les grappes avec des programmes actifs établissant des rapports sur l'indicateur d'intérêt sont inscrites dans une base d'échantillonnage. Dans la deuxième phase les Sites de Fourniture de service issus des grappes sélectionnées sont choisis en utilisant un échantillonnage aléatoire stratifié, alors que les sites sont stratifiés en fonction du volume de service.

Le nombre de sites sélectionnés pour un EQD donné dépendra des ressources disponibles pour effectuer l'audit et le niveau de précision désiré pour l'évaluation du facteur de vérification à l'échelle nationale. Les Equipes d'Audit devraient travailler avec l'Organisation Commanditaire de l'EQD pour déterminer le nombre exact de sites pour un programme et un indicateur donnés. L'Annexe 4 contient une discussion détaillée et un exemple illustratif de la Stratégie d'Echantillonnage D pour la sélection des grappes et des sites pour l'EQD.

Remarque: L'exactitude des estimations du facteur de vérification trouvé par l'utilisation de la méthode d'échantillonnage GAVI employée ici a été mise en doute. Il est fortement conseillé à l'Agence d'Audit d'entrer en contact avec un spécialiste de l'échantillonnage qui peut guider l'élaboration des échantillons représentatifs et que les facteurs de vérification générés à travers l'utilisation de ces méthodes soient interprétés avec prudence.

ETAPE 4. SE PREPARER POUR LES VISITES D'AUDIT SUR SITE

L'Etape 4 est accomplie par l'Equipe d'Audit.

L'Agence d'Audit devra se préparer pour les visites d'audit sur site. En plus d'informer le Programme/projet, d'obtenir une liste des sites en question et de demander une documentation (**Etapes 2-3**), l'Agence d'Audit devra : (1) estimer le temps requis pour effectuer l'audit (et travailler avec le Programme/projet pour se mettre d'accord sur les dates); (2) constituer une Equipe d'Audit avec les compétences requises; et (3) préparer le matériel pour les visites de site. Finalement, l'Agence d'Audit devra élaborer des programmes de voyage pour les visites de sites.

A - ESTIMER LE TEMPS

En fonction du nombre et de l'emplacement des sites échantillonnés à visiter, l'Agence d'Audit devra estimer le temps requis pour effectuer l'audit. Indications :

- L'**Unité de S&E** prendra normalement 2 jours (1 jour au début et 1 jour à la fin des visites de sites) ;
- Chaque **Niveau d'Agrégation Intermédiaire (ex les Bureaux de District ou Provinciaux)** prendront entre une demi-journée et un jour ;
- Chaque **Site de Fourniture de Service** prendra entre une 1/2 journée et deux jours (ce qui veut dire qu'il est possible de demander plus d'un jour lorsqu'il s'agit de grands sites avec des nombres se situant dans les centaines ou de sites qui comprennent des centres satellites ou quand "des contrôles au hasard" sont effectués).
- L'Equipe d'Audit devrait également prévoir une journée de travail supplémentaire à la fin des visites de sites pour se préparer à la réunion avec l'Unité de S&E.

L'Etape 4 – Tableau 1 fournit un calendrier quotidien illustratif pour les visites de sites qui aidera l'Agence d'Audit à estimer le temps total requis.

Etape 4 – Tableau 1 Calendrier Quotidien Illustratif pour les Visites d'Evaluation sur Sites de la Qualité des Données et les Réunions

Pays :	Indicateur :		
Date :	Maladie :	Equipe :	
Activité		Temps Estimé	Remarques
<i>Remarque: ajouter le voyage et les journées de travail de l'équipe de l'EQD, nécessaires</i>			
UNITE DE S&E (Début) - 1 jour			

Etape 4 – Tableau 1 Calendrier Quotidien Illustratif pour les Visites d’Evaluation sur Sites de la Qualité des Données et les Réunions

Pays :		Indicateur :	
Date :		Maladie :	
		Equipe :	
Activité		Temps Estimé	Remarques
1	Introduction et présentation du processus d’EQD	30min	Matin –jour 1
2	Questions et réponses	15 min	Matin –jour 1
3	Confirmer la période visée par l’audit	15 min	Matin –jour 1
4	Compléter le Protocole 1 de l’EQD: Protocole d’Evaluation du Système a Demander une documentation supplémentaire (si nécessaire) Discutez et obtenez les réponses aux questions relatives aux protocoles	2 heures	Matin –jour 1
5	Compléter le Protocole 2 de l’EQD: Protocole de Vérification des Données	2-4 heures	Après midi –jour 1

POINT DE FOURNITURE DE SERVICE – entre ½-journée 2 jours			
1	Introduction et présentation du processus d’EQD	30 min	Matin –jour 1
2	Questions et réponses	15 min	Matin –jour 1
3	Discuter de la période visée par le rapport et du temps d’observation du service	15 min	Matin –jour 1
4	Compléter le Protocole 1 de l’EQD: Protocole d’Evaluation du Système a. Demander une documentation supplémentaire (si nécessaire) b. Discutez et obtenez les réponses aux questions sur les protocoles	1-2 heures	Matin –jour 1
5	Compléter le Protocole 2 de l’EQD: Protocole de Vérification des Données	4-15 heures	
	Observation/Description	1 heure	Après midi –jour 1
	Révision de la documentation	1-2 heures	Après midi –jour 1
	Trace et vérification	1-4 heures	Après midi –jour 1
	Vérifications par recoupement	1-2 heures	Après midi –jour 1

Etape 4 – Tableau 1 Calendrier Quotidien Illustratif pour les Visites d’Evaluation sur Sites de la Qualité des Données et les Réunions

Pays :	Indicateur :		
Date :	Maladie :	Equipe :	
Activité		Temps Estimé	Remarques
	Contrôles inopinés	0-6 heures	Jour 2 (dans le cas échéant)

NIVEAU D’AGREGATION INTERMEDIAIRE –entre ½ journée et 1 jour			
1	Introduction et présentation du processus d’EQD	30 min	Matin –jour 1
2	Questions et réponses	15 min	Matin –jour 1
3	Discuter de la période visée par l’audit	15 min	Matin –jour 1
4	Compléter le Protocole 1 de l’EQD: Protocole d’Evaluation du Système a. Demander une documentation supplémentaire (si nécessaire) b. Discutez et obtenez les réponses aux questions relatives aux protocoles	1-2 heures	Matin –jour 1
5	Compléter le Protocole 2 de l’EQD: Protocole de Vérification des Données	2-4 heures	Après midi –jour 1

JOURNEE DE TRAVAIL DE L’EQUIPE D’AUDIT			
1	Examiner et consolider les protocoles 1 & 2 de l’EQD	1-2 heures	Matin
2	Compléter les résultats préliminaires et les notes de recommandation	3 heures	Matin
3	Préparer un exposé final pour la réunion avec l’Unité de S&E	4 heures	Après midi

UNITE DE S&E (Fin) - 1 jour			
1	Tenir une réunion de clôture	2-3 heures	Matin

B- CONSTITUER L’EQUIPE D’AUDIT

Au moment où l’Organisation Commanditaire de l’EQD procédera à la sélection de l’organisation devant effectuer l’Evaluation de la Qualité des Données, il est recommandé que les compétences suivantes soient représentées au niveau des équipes d’audit :

- Santé Publique (étroitement liée au secteur des maladies et à l'indicateur(aux indicateurs) en cours d'audit)
- Audit de Programme
- Evaluation de Programme (ex les systèmes d'information sanitaires, la conception des systèmes de S&E, l'établissement de rapport sur l'indicateur)
- Gestion des Données (ex, une compréhension et des connaissances solides en modèles de données et en interrogation/analyse des bases de données)
- Excel (de solides aptitudes préférables à manipuler, modifier et/ou créer des fichiers et des feuilles de programmation)
- Expérience Pertinente des Pays, préférable

Les membres de l'Equipe d'Audit peuvent avoir un mélange des compétences citées ci-dessus. Lorsque le nombre total des membres de l'équipe variera selon l'ampleur de l'audit, il est recommandé que l'Equipe d'Audit compte en son sein 2-4 conseillers au minimum y compris au moins un Conseiller Hors Classe. L'équipe peut être composée de conseillers internationaux et/ou régionaux. De plus, si les conseillers ne parlent pas la langue du pays, un ou plusieurs traducteurs indépendants devraient être embauchés par l'Equipe d'Audit.

Lors des visites des sites, l'Equipe d'Audit devra se scinder en sous-équipes et faire équipe avec au moins un représentant du programme/projet. Chaque sous-équipe sera chargée de visiter un nombre de sites relatifs à l'audit (par exemple, une sous-équipe visiterait les sites A, B, et C, au moment où la seconde sous-équipe visiterait les sites D, E et F). Pour les sous-équipes qui visitent les systèmes informatisés, un membre de l'équipe devrait être en mesure d'interroger la base de donnée en question.

Finalement, l'Organisation Commanditaire de l'EQD peut poser d'autres conditions relatives aux membres de l'équipe ou aux compétences. Il sera important pour tous les membres de l'Equipe d'Audit de connaître les protocoles spécifiques de l'indicateur actuellement utilisés dans l'audit et de se familiariser avec le Programme/projet en cours d'audit.

C - PREPARER LA LOGISTIQUE

Le Matériel à Emporter lors des Visites d'Audit

Lorsque l'Equipe d'Audit visite le Programme/projet, elle devrait se doter de tout le matériel nécessaire pour accomplir les étapes de l'audit sur site. Une liste du matériel que l'Equipe d'Audit devrait se doter est montrée dans l'**Annexe 3, Etape 4 – Modèle 4**.

Remarque: Lorsque les protocoles de l'EQD sont des fichiers Excel automatisés, l'Equipe d'Audit devrait se doter de versions papier de tous les protocoles nécessaires. Dans certains cas, il peut être possible d'utiliser des ordinateurs au cours des visites de sites, mais dans d'autres cas l'Equipe d'Audit devra remplir les protocoles sur les versions papier et ensuite transcrire les résultats vers le fichier Excel.

Planifier le Voyage

L'Equipe d'Audit devrait collaborer avec le Programme/projet pour planifier un voyage au niveau du pays (si l'Equipe d'Audit est externe) et des sites échantillonnés à la fois pour fixer des rendez-vous et coordonner avec le personnel du Programme/projet qui accompagnera l'équipe

d'audit au cours des visites de sites. L'Equipe d'Audit devrait prendre les arrangements nécessaires pour assurer le transport vers les sites échantillonnés et le logement de l'équipe.

STEP 5. REVOIR LA DOCUMENTATION

L'étape 5 est exécutée par l'Equipe d'audit.

L'objectif de la révision et de l'évaluation de la conception du système de gestion et de modification des données du Programme/projet est de voir si le système est capable de produire des rapports avec de bonnes données de qualité s'il est mis en œuvre comme prévu. La révision et l'évaluation sont faites en plusieurs étapes, dont une révision documentaire des informations fournies à l'avance par le Programme/projet, des études de suivi de l'Unité S&E du Programme/projet, des sites de collecte de données choisis et des Niveaux Intermédiaires de compilation. Pendant la révision documentaire sommaire hors site, l'Equipe d'audit va œuvrer à commencer à poser des questions sur le **Protocole 1 EQD : Protocole d'Evaluation du Système** basé sur la documentation fournie. L'Equipe d'audit devrait néanmoins prévoir que toute la documentation requise ne sera pas soumise, à l'avance, par le Programme/projet de la mission du pays.

L'idéal serait que l'examen documentaire donne à l'Equipe d'audit une bonne compréhension de l'organisation du système d'enregistrement des données – son exhaustivité et la disponibilité de la documentation relative au système et qui vient en appui aux procédés de vérification. Pour le moins, l'examen documentaire va identifier les zones et les interrogations que l'Equipe d'audit aura besoin de suivre dans l'Unité S&E du Programme/projet (PHASE 2).

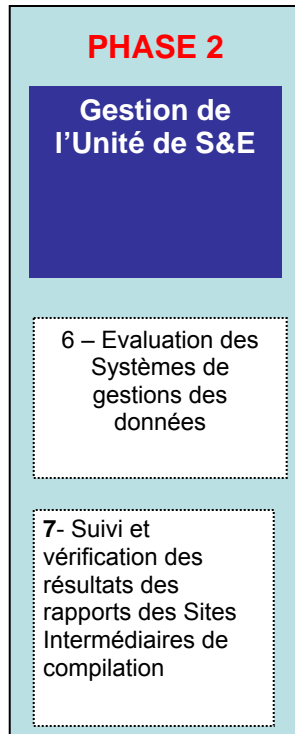
Du fait que le système de S&E peut varier au sein des indicateurs et peut être plus fort pour certains indicateurs que pour d'autres, l'Equipe d'audit aura besoin de remplir séparément le **Protocole 1 EQD : Protocole d'Evaluation du Système** pour chaque indicateur vérifié pour le Programme/projet sélectionné. Cependant, si les indicateurs sélectionnés pour vérification sont collectés dans les mêmes formes et systèmes de reproduction de données (ex. les nombres TAR et OI ou les nombres de Détection TB traités avec succès), Seul un **Protocole 1 EQD : Protocole d'Evaluation du Système** peut être complété pour ces indicateurs.

L'ANNEXE 1 présente la liste de 39 questions contenues dans le **Protocole 1 EQD : Protocole d'Evaluation du Système**, que l'Equipe d'audit va compléter, sur la base de sa révision de la documentation et des sites de vérification visités.

Pendant qu'elle travaille, l'Equipe d'audit devrait avoir suffisamment de notes détaillées ou des «documents de travail» relatifs aux étapes de la vérification qui soutiendront les conclusions finales de l'Equipe d'audit. Un espace est réservé dans le protocole pour des notes lors des réunions avec le personnel du Programme/projet. De plus, si davantage de notes détaillées sont nécessaires à tous les niveaux de vérification pour étayer les conclusions et recommandations, l'Equipe d'audit devra identifier ces notes comme «documents de travail» et le nombre adéquat de «documents de travail» doit être mentionné sur une colonne appropriée sur tous les modèles et protocoles d'EQD. Par exemple, les «documents de travail» pourraient être numérotés et le

numéro de référence noté sur une colonne appropriée des modèles et protocoles EQD. Il est également important de garder les notes des principaux entretiens ou des réunions avec les administrateurs et le personnel du S&E pendant la phase de vérification. **L'annexe 3, Etape 5 – Modèle 1** fournit un format des notes de ces entretiens.

PHASE 2: PROGRAMME/PROJET DE L'UNITE DE S&E



La deuxième phase de l'EQD menée à l'Unité de S&E du Programme/projet à être audité. Les étapes de la PHASE 2 sont :

6. Evaluation de la conception et de la mise en œuvre du système de gestion et de modification des données à l'Unité S&E
7. Début du suivi et de la vérification des résultats rapportés des Niveaux Intermédiaires de compilation (ou des Sites de collectes de données) à l'Unité de S&E.

Pendant la PHASE 2, l'Equipe d'audit devrait rencontrer le chef et les autres principaux responsables de l'Unité de S&E impliqués dans la gestion et la communication des données

Ces étapes de la PHASE 2 sont prévues pour un jour.

ETAPE 6. SYSTEMES D'EVALUATION ET DE GESTION DES DONNEES (A L'UNITE DE S&E)

L'étape 6 est exécutée par l'Equipe d'audit.

Tandis que l'Equipe d'audit de la qualité des données peut être très déterminante concernant la conception du système de gestion de modification des données basé sur l'examen documentaire hors site, il sera nécessaire de procéder à un suivi sur site à trois niveaux (l'Unité de S&E, les Niveaux Intermédiaires de compilation et les Points de collecte de données)) avant qu'une évaluation finale ne puisse être faite sur la capacité de l'ensemble du système à collecter et à informer de la qualité des données. L'Equipe d'audit doit aussi prévoir la possibilité que le Programme/projet puisse avoir des systèmes puissants d'information des données pour certains indicateurs et non pour d'autres. Par exemple, un Programme/projet peut avoir un système puissant de collecte de données de traitement ART et un faible système de collecte de données sur les activités communautaires de prévention.

Protocole 1 de l'EQD basé sur le programme Excel : **Protocole du Système d'Evaluation** contient une fiche de travail à compléter par l'Equipe d'audit au niveau de l'Unité de S&E. L'Equipe d'audit aura besoin de compléter le protocole de même qu'obtenir un appui documentaire pour les réponses obtenues au niveau de l'Unité S&E du Programme/projet. Le moyen le plus expéditif de le faire est d'interroger le ou les principaux responsables de la gestion des données et le personnel du Programme/projet et de modeler les questions de l'entretien sur les questions non résolues des systèmes de conception selon l'examen de la documentation fournie. Avec un peu de chance, une réunion permettra à l'Equipe d'audit de compléter **Protocole 1 EQD** : la section (fiche de travail) de l'Unité S&E du **Protocole du Système d'Evaluation**.

Il est important que l'Equipe d'audit inclue des notes et commentaires sur le **Protocole 1 EQD : Protocole du Système d'Evaluation** afin de documenter de manière formelle l'ensemble de la conception (et la mise en œuvre) du système de gestion et de modification des données du Programme/projet et d'identifier les zones nécessitant une amélioration. Les réponses aux questions et les notes qui leur sont associées vont aider l'Equipe d'audit à répondre aux 13 *questions primordiales de la liste récapitulative de l'Equipe d'audit* vers la fin de l'EQD (Voir **Etape 12 –Tableau 2** pour la liste récapitulative des questions qui trouveront entièrement des réponses dans la **PHASE 5 – Etape 12**).

A mesure que l'Equipe d'audit complète le **Protocole 1 EQD : Protocole du Système d'Evaluation**, elle devrait garder à l'esprit les deux questions suivantes qui vont déterminer les conclusions partielles (**Etape 13**) et le rapport de vérification (ébauché dans l'**Etape 15** et finalisé dans l'**Etape 17**).

1. La conception de l'ensemble du système de gestion et de modification des données du Programme/projet va-t-elle assurer que s'il est mis en œuvre comme prévu, il va collecter et communiquer des données de qualité ? Pourquoi/pourquoi pas ?

2. Quelles conclusions du système de gestion de modification des données justifient les notes de recommandations et les changements à la conception afin d'améliorer la qualité des données ? Elles devront être consignées dans le **Protocole 1 EQD : Protocole du Système d'Evaluation**.

N.B.: Pendant que l'Equipe d'Evaluation rencontre l'Unité de S&E, elle devrait déterminer la manière dont les conclusions de la vérification seront partagées avec le personnel aux niveaux les plus bas en cours de vérification. Les pays ont différents protocoles de communications ; par conséquent, dans certains pays, l'Equipe d'audit pourra partager les conclusions partielles à chaque niveau alors que dans d'autres l'Unité de S&E va préférer partager les conclusions à la fin de la vérification Il est important pour l'Equipe d'audit de se conformer au protocole de communication local. Le plan de communication devrait être partagé à tous les niveaux.

ETAPE 7. SUIVRE ET VERIFIER LES RESULTATS DES NIVEAUX INTERMEDIAIRES DE COMPILATION (A L'UNITE DE S&E)

L'étape 7 est exécutée par l'Equipe d'audit.

L'Etape 7 est la première de trois étapes de vérification des données qui vont évaluer, sur une échelle limitée, si des Sites de collectes de données, des Niveaux de Compilation Intermédiaires (par exemple : districts ou régions) et l'Unité de S&E sont en train de collecter, de compiler et de communiquer, correctement et à temps, des données relatives aux indicateurs vérifiés.

L'Equipe d'audit va utiliser la version adéquate du **Protocole 2 de l'EQD : Protocole de Vérification des données** – pour le(s) indicateur(s) à vérifier – afin de déterminer si les sites prélevés ont correctement enregistré la collecte des données sur les documents sources. Ils vont alors suivre ces données pour déterminer si les nombres ont été correctement compilés et/ou, par contre, manipulés à mesure qu'ils sont transmis à partir des premiers Sites de collectes de données, à travers les Niveaux Intermédiaires de Compilation, à l'Unité de S&E. Le protocole a des actions spécifiques à entreprendre par l'Equipe d'audit au niveau de l'Unité de S&E, aux Niveaux Intermédiaires de compilation et sur les Sites de collecte de données (pour plus de détails sur le **Protocole 2 de l'EQD : Protocole de Vérification des données**, voir **Etapes 9 et 11**). Cependant, dans certains pays les Sites de collecte de données peuvent faire leur communication directement à l'Unité centrale de S&E sans passer par les Niveaux Intermédiaires de compilation (exemple : districts ou régions). Dans ces instances, la vérification au niveau de l'Unité S&E devrait être basée sur les rapports directement soumis par les Sites de collecte de données.

Alors que l'exercice de vérification des données implique un nouveau décompte des nombres du niveau de la première collecte, à des fins de logistiques, la feuille de travail de l'Unité de S&E du **Protocole 2 de l'EQD : Le Protocole de Vérification des données** peut être d'abord complété.

Cela fournit à l'Equipe d'audit les nombres reçus, compilés et communiqués par l'Unité de S&E et ainsi, un repère pour les nombres que l'Equipe d'audit aurait à compter à nouveau au niveau des Sites de collecte de données et aux Niveaux Intermédiaires de compilation.

..

Au niveau de l'Unité de S&E, les étapes entreprises par l'Equipe d'audit sur le **Protocole 2 EQD : Protocole de Vérification des données**, sont :

1. **Compiler à nouveau les nombres rapportés de tous les Sites intermédiaires de compilation:** Les résultats communiqués à partir de tous les Sites Intermédiaires de compilation (exemple : districts et régions) devraient être compilés à nouveau et le total comparé au nombre contenu dans le rapport sommaire préparé par l'Unité de S&E. L'Equipe d'audit devrait voir les raisons possibles de toutes les différences entre les nombres vérifiés et ceux donnés.

1. .

→ **STATISTIQUES** : Calculer le Ratio de Vérification du Résultat de l'Unité de S&E.

Somme des décomptes rapportés de tous les Sites intermédiaires de compilation
Le décompte total contenu dans le rapport sommaire préparé par l'Unité de M&E.

2. **Copier les résultats des Sites Intermédiaires de compilation vérifiés tels qu'observés dans le rapport sommaire préparé par l'Unité de S&E.** Pour calculer le facteur d'ajustement (qui est nécessaire pour déduire un Facteur de Vérification Composé – voir ANNEX 5), l'Equipe d'audit aura besoin de trouver les nombre disponibles à l'Unité M&E pour les Sites Intermédiaires de compilation vérifiés. Ils seront susceptibles d'être contenus dans le rapport sommaire préparé par l'Unité de S&E ou dans une base de données.
3. **Revoir la disponibilité, l'exhaustivité et le respect des délais des rapports reçus de tous les sites de compilation.** Combien de rapports devraient alors venir des Sites Intermédiaires de Compilation ? Combien y a en a-t-il ? Ont-ils été reçus à temps ? Sont-ils complets ?

→ **STATISTIQUES** : Calculer le pourcentage de tous les rapports qui sont A) disponibles; B) reçus à temps et C) complets.

A) Le pourcentage de rapports disponibles (disponible pour l'Equipe d'audit) =

Somme des décomptes rapportés de tous les Sites intermédiaires de compilation
Nombre de rapports *attendus* de tous les sites intermédiaires de compilation

B) Le pourcentage de rapports reçus à temps (reçus à la date prévue) =

Le nombre de rapports reçus à temps de tous les Sites intermédiaires de compilation
Nombre de rapports *attendus* de tous les sites intermédiaires de compilation

C) Le pourcentage de rapports complets =

Nombre de rapports complets de tous les sites intermédiaires de compilation
Nombre de rapports *attendus* de tous les sites intermédiaires de compilation

C'est-à-dire que pour qu'un rapport soit considéré comme complet, il devra contenir au moins (1) le décompte rapporté relatif à l'indicateur, (2) la période de transmission des données ; (3) la date de remise du rapport et (4) une signature du personnel qui a remis le rapport.

Attention : S'il y a une indication que certains des rapports ont été confectionnés (pour les buts de la vérification), l'Equipe d'audit devrait enregistrer ces rapports comme «non disponibles» et chercher d'autres sources de données pour confirmer le décompte communiqué (par exemple, un rapport de fin d'année du site contenant des résultats de la période objet de la vérification). En dernier recours, l'Equipe d'audit peut décider de visiter le(s) site(e) pour lesquels les rapports semblent confectionnés pour obtenir la confirmation des décomptes communiqués. Dans tous les cas, si ces décomptes communiqués ne peuvent être confirmés, l'Equipe d'audit devra rejeter les décomptes communiqués et enregistrer «0» pour ces sites dans le **Protocole 2 de l'EQD : Protocole de Vérification de données**.

N.B.: En aucun cas, l'Equipe d'audit ne devrait enregistrer des informations personnelles, une photocopie ou enlever des documents de l'Unité de S&E.

PHASE 3: NIVEAU(X) INTERMEDIAIRE(S) DE COMPILATION

PHASE 3

Niveaux Intermédiaires de Compilation (ex. district, région)

8- Evaluation des Système de

9- Suivi et vérification des résultats des rapports de Site

La troisième phase de l'EQD se déroule là où elle est applicable, à un ou davantage de niveaux intermédiaires de compilation (indiqués) où des données ont été communiquées s par les Sites de collecte de données sélectionnés. Les Sites de fourniture de service peuvent être agrégés avec des données d'autres sites et/ou, par

contre, manipulées avant qu'elles ne soient communiqués au siège du Programme/projet.

Les Etapes de cette phase de vérification sont :

8. Déterminer si les éléments clés du système de gestion et de modification des données du Programme/projet sont mis en œuvre au niveau des sites intermédiaires

considérés (ex., districts ou Régions).

9. Suivre et vérifier les chiffres rapportés du (des) Site (s) de collecte de données à travers n'importe quelle compilation ou autre procédé de manipulation réalisés sur les sites intermédiaires (si ces sites existent).

Pendant la PHASE 3, l'Equipe d'audit devrait s'entretenir avec les principaux responsables impliqués dans le Programme/projet de S&E au Niveau Intermédiaire de compilation approprié – dont le(s) membre(s) de l'équipe chargé(s) du S&E et d'autres membres de l'équipe qui contribuent à la compilation des données reçues des Sites de collecte de données (ou par contre manipulées), communiquant les résultats au niveau suivant de communication.

La durée des étapes suivantes de la PHASE 3 est prévue pour être d'une demi-journée à un jour.

ETAPE 8. SYSTEMES D'EVALUATION ET DE GESTION DES DONNEES (AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRES DE COMPILATION)

L'étape 8 est exécutée par l'Equipe d'audit.

Dans les **Etapes 5 et 6** (des **PHASE 1 et 2**), l'Equipe d'audit a évalué la conception et la mise en oeuvre du système de gestion et de modification des données du Programme/projet à travers un examen documentaire d'une documentation fournie et des révisions au niveau de l'Unité de S&E du Programme/projet. Dans les **Etapes 8 et 10**, l'Equipe d'audit continue d'évaluer si le système de gestion et de modification des données est mis en œuvre comme prévu sur les Sites Intermédiaires de compilation et les Sites de collecte de données. Dans l'Etape 8, l'Equipe d'audit devrait compléter la fiche du Site Intermédiaire de compilation du **Protocole 1 de l'EQD : Protocole du Système d'Evaluation**.

Les vérifications suivantes (**Etape 8 – Tableau 1**) sont faites aux Niveaux Intermédiaires de compilation. Des vérifications semblables sont faites à l'Unité de S&E.

Etape 8 – Tableau 1 Niveaux Intermédiaires de compilation – 2 Types de Vérifications des données

Vérifications	Description	Besoin
Revue de la Documentation	Vérifier la disponibilité, l'opportunité et l'exhaustivité de tous les rapports des sites de collecte de données pour les périodes de collecte choisies.	<i>Dans tous les cas</i>
2 – Suivi et Vérification	Suivre et vérifier les nombres collectés : (1) Compiler de nouveau les nombres fournis par les Sites de collecte de données ; (2) Comparer les décomptes vérifiés aux nombres fournis au niveau suivant (Programme/projet Unité de S&E) ; (3) Identifier les raisons de toute différence.	<i>Dans tous les cas</i>

Dans l'**Etape 8**, l'Equipe d'audit continue d'évaluer le système de gestion et de modification des données aux Niveaux Intermédiaires de compilation auquel sont jointes et manipulées les données des Sites de collectes avant d'être transmises à l'unité de S&E du Programme/projet. Des instructions spécifiques pour compléter la fiche du Niveau Intermédiaire de compilation du

Protocole 1 de l'EQD : Protocole de Système d'Evaluation, se trouvent dans le fichier Excel du protocole.

ETAPE 9. SUIVI ET VERIFICATION DES RESULTATS DES RAPPORTS DE SITE (AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE DE COMPILATION)

L'étape 9 est exécutée par l'Equipe d'audit.

l'Equipe d'audit va continuer avec le **Protocole 2 de l'EQD : Protocole de Vérification des données**, pour les **Etapes 9 et 11**.

Comme le montre l'Introduction – **Figure 3**, la Vérification de la Qualité des Données cherche à déterminer si les sites intermédiaires de collectes rapportent les résultats de la compilation ou des étapes de la manipulation des données faite sur les rapports reçus des Points de collecte de données, avec exactitude et à temps opportun.

.

Comme indiqué plus haut, dans certains pays les Sites de collecte de données peuvent faire leur communication directement à l'Unité centrale de S&E sans passer par les Niveaux Intermédiaires de compilation. Dans de telles instances, l'Equipe d'audit ne devrait pas réaliser l'**Etape 9**.

L'équipe d'audit va réaliser la vérification de la qualité des données suivantes pour chacun des indicateurs sélectionnés au(x) Niveau(x) Intermédiaire(s) de compilation.

.

- 1. Compiler à nouveau les nombres rapportés de tous les Points de Collecte des Données:**
Les résultats communiqués à partir de tous les Points de Collecte des Données devraient être compilés à nouveau et le total comparé au nombre contenu dans le rapport sommaire préparé par le Site de compilation Intermédiaire. L'Equipe d'audit devrait identifier les raisons possibles de toutes les différences entre les nombres vérifiés et les résultats communiqués.

➔ **STATISTIQUES** : Calculer le ratio de vérification du résultat du Site de Compilation Intermédiaire.

La somme des données rapportées de tous les Points de collecte
Le décompte total contenu dans le rapport sommaire préparé par le Site Intermédiaire de
Compilation.

- 1. Revoir la disponibilité, l'exhaustivité et le respect des délais des rapports reçus de tous les Points de Collecte des Données.** Combien de rapports proviendraient alors des

Points de Collecte des Données ? Combien y a en a-t-il ? Ont-ils été reçus à temps ? Sont-ils complets ?

→ **STATISTIQUES** : Calculer le pourcentage de tous les rapports qui sont A) disponibles; B) reçus à temps et C) complets.

i. **Pourcentage de rapports disponibles** (disponible pour l'Equipe d'audit) =

$$\frac{\text{Le Nombre de rapports reçus de tous les Points de collecte}}{\text{Nombre de rapports attendus de tous les Points de Collecte des Données:}}$$

ii. **pourcentage de rapports reçus à temps** (reçus à la date prévue) =

$$\frac{\text{Nombre de rapports reçus à temps de tous les Points de Collecte des Données}}{\text{Nombre de rapports attendus de tous les Points de Collecte des Données:}}$$

iii. **Pourcentage de rapports complets** (c à d : qui contiennent toutes les données appropriées pour mesurer l'indicateur) =

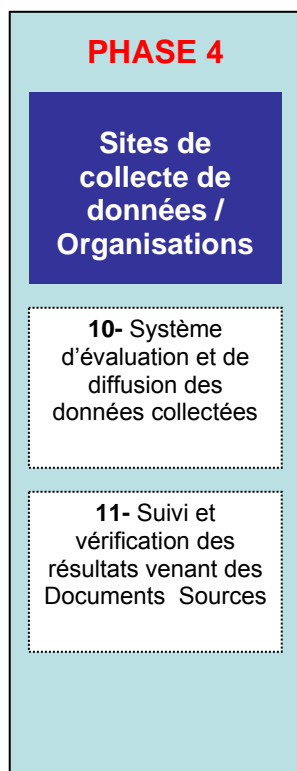
$$\frac{\text{Nombre de rapports complets reçus de tous les Points de Collecte des Données:}}{\text{Nombre de rapports attendus de tous les Points de Collecte des Données:}}$$

C'est-à-dire que pour qu'un rapport soit considéré comme complet, il devra contenir au moins (1) le décompte rapporté relatif à l'indicateur, (2) la période de transmission des données ; (3) la date de remise du rapport et (4) une signature du personnel qui a remis le rapport.

Attention : S'il y a une indication que certains des rapports ont été confectionnés (pour les buts de la vérification), l'Equipe d'audit devrait enregistrer ces rapports comme «non disponibles» et chercher d'autres sources de données pour confirmer le décompte communiqué (par exemple, un rapport de fin d'année du site contenant des résultats de la période objet de la vérification). En dernier recours, l'Equipe d'audit peut décider de visiter le(s) site(e) pour lesquels les rapports semblent confectionnés pour obtenir la confirmation des décomptes communiqués. Dans tous les cas, si ces décomptes communiqués ne peuvent être confirmés, l'Equipe d'audit devra rejeter les décomptes communiqués et enregistrer «0» pour ces sites dans le **Protocole 2 de l'EQD : Protocole de Vérification de données**.

N.B.: En aucun cas, l'Equipe d'audit ne devrait enregistrer des informations personnelles, une photocopie ou enlever des documents des Sites Intermédiaires de Compilation.

PHASE 4 : SITES DE COLLECTE DE DONNEES



La quatrième phase de l'EQD a lieu sur les Sites de collectes sélectionnés où sont réalisées les étapes suivantes de vérification de la qualité des données

10. Déterminer si les éléments clés du système de gestion et de modification des données du Programme/projet sont mis en œuvre sur les Sites de collectes.

11. Suivi et vérification des données tirées des documents sources pour les indicateurs sélectionnés.

Pendant la PHASE 4, l'Equipe d'audit devra s'entretenir avec les principaux responsables de la collecte et de la gestion des données du Site de collecte – y compris le personnel impliqué dans le complément des documents sources, la compilation des données et la vérification des rapports avant leur remise au prochain niveau administratif.

La durée prévue pour les étapes suivantes de la PHASE 4 est d'une demi-journée et deux jours. Les grands sites (les nombres communiqués par plusieurs centaines), les sites qui englobent des centres satellites ou bien destinés à la réalisation «contrôles ciblés» peuvent nécessiter plus d'un jour.

**ETAPE 10. EVALUATION DU SYSTEME DE COLLECTE ET DE DIFFUSION DES
DONNEES
(AUX POINTS DE COLLECTE)**

L'Etape 10 est réalisée par l'Equipe d'audit

Dans l'**Etape 10**, l'Equipe d'audit devra compléter la fiche du Point de Collecte du **Protocole 1 de l'EQD : Protocole du Système d'Evaluation**.

ETAPE 11. SUIVI ET VERIFICATION DES RESULTATS TIRES DES DOCUMENTS SOURCES (AUX POINTS DE COLLECTE)

L'étape 11 est exécutée par l'Equipe d'audit.

Au niveau du Site de collecte des données, chaque *protocole d'indicateur spécifique* commence avec la description du (des) service(s) fournis afin d'orienter l'Equipe d'audit vers ce qui est en train d'être «compté» et communiqué. Cela va aider à conduire l'Equipe d'audit aux documents sources appropriés au niveau du Point de collecte qui peuvent être considérablement différents pour divers indicateurs (exemple : carnets de santé, registres, numéro d'identification).

Sans tenir compte du fait que les indicateurs sont vérifiés ou de la nature du Site de collecte (au niveau sanitaire/ clinique ou communautaire), l'Equipe d'audit va réaliser certaines ou toutes les étapes de vérification de données suivantes (**Etape 11 – Tableau 1**) pour chaque indicateur sélectionné.

Etape 11 – Tableau 1. Site de Collecte – 5 Types de Vérifications des données

Vérifications	Description	Besoin
1 - Description	Décrire le rapport entre la fourniture des services/produits et l'achèvement du document source qui enregistre ce service fourni.	Dans tous les cas
2 –Revue de la Documentation	Vérifier la disponibilité et l'exhaustivité de tous les documents sources des indicateurs pour la période de diffusion des rapports choisie.	Dans tous les cas
3 – Suivi et Vérification	Suivre et vérifier les nombres collectés : 1) Compter de nouveau les nombres fournis par les documents sources disponibles; (2) Comparer les nombres vérifiés aux nombres fournis par le site; (3) Identifier les raisons de toute différence.	Dans tous les cas
4 - Recoupements	Procéder à des "recoupements" des totaux vérifiés des rapports avec d'autres sources de données (par exemple relevés d'inventaires, rapports de laboratoires, autres registres, etc.)	Dans tous les cas
5 – "Contrôle ciblé"	Procéder à des "contrôles ponctuels" pour vérifier la fourniture réelle de services ou de produits aux populations cibles.	Si faisable

Avant de commencer la vérification des données, l'Equipe d'audit aura besoin de comprendre et de décrire le système d'enregistrement et diffusion relatif à l'indicateur en vérification au niveau du Site de collecte (c à d : du premier enregistrement de collecte des données sur les documents sources à la diffusion des nombres compilés au prochain niveau d'administration).

1. **[Dans tous les cas] DESCRIPTION - Décrire le rapport entre la fourniture de service et l'achèvement du document source.** Cette Etape va fournir à l'Equipe d'audit un "cadre de référence" pour le lien entre la fourniture de service et le processus d'enregistrement, et obtenir des indices pour voir si des facteurs externes tels que les délais et/ou des activités concurrentes peuvent compromettre l'enregistrement correct et opportun des activités du programme.

1. .

2. **[Dans tous les cas] REVUE DE LA DOCUMENTATION – Vérifier la disponibilité et l'exhaustivité de tout indicateur de documents sources pour la période de diffusion retenue.**

2. .

- Revoir un modèle du document source (en obtenant une copie vierge) et déterminer si le site dispose de documents sources vierges suffisantes;
-
- Vérifier la disponibilité et l'exhaustivité des documents sources et s'assurer que tous les documents sources complétés entrent dans la période de diffusion à vérifier ;
-
- Vérifier que les procédures sont en place pour empêcher le report d'erreurs (ex : double décompte de patients transférés à l'intérieur/ extérieur, décédé ou qui ont échappé au suivi (si c'est applicable).
-

Noter que *les protocoles spécifiques d'indicateurs* sont listés comme de(s) document(s) source(s). Si l'Equipe d'audit détermine que d'autres documents sources sont utilisés, elle peut modifier le(s) protocole(s) en conséquence mentionner sur ses fiches de travail le changement opéré sur le protocole. L'Equipe d'audit devra strictement garder la confidentialité des documents sources.

3. [Dans tous les cas] **SUIVI ET VERIFICATION – Compter à nouveau les résultats provenant des documents sources, Comparer les nombres vérifiés à ceux collectés des sites et expliquer les différences.**

3.

➔ **STATISTIQUES** : Calculer le Ratio de Vérification de Résultat pour le Site de collecte de données.

Nombres vérifiés sur le Site de collecte de données

Décompte communiqué du Site de collecte de données sélectionné

Les raisons possibles des différences peuvent comprendre de simples saisies de données ou des erreurs d'addition qui peuvent être découvertes en comparant les étapes de l'Equipe d'audit au travail fait par le site. L'Equipe d'audit peut également avoir besoin de parler au personnel qui communique les données sur des explications possibles et un suivi avec les responsables de la qualité des données du programme si nécessaire. L'étape est cruciale dans l'identification des moyens d'améliorer la qualité des données sur les Sites de collecte. Il est important de noter que l'Equipe d'audit pourrait trouver de graves erreurs sur un site «dans les deux sens» (c à d : excès et défaut de communication des données) qui aboutissent à une différence négligeable entre les chiffres communiqués et ceux qui sont comptés à nouveau –mais qui sont indicatifs de grands problèmes de la qualité des données. De même, une seule erreur mathématique pourrait engendrer une grande différence. Ainsi, en plus du facteur de vérification calculé pour le site, l'Equipe d'audit aura besoin de prendre en compte la nature des résultats avant de tirer des conclusions sur la qualité des données du site.

3. [Dans tous les cas, faire des recoupements possibles] **RECOUPEMENTS – Faire des recoupements possibles des totaux des rapports vérifiés avec d'autres sources de données.** Par exemple, l'équipe pourrait examiner séparément les relevés d'inventaires consignait les quantités de médicaments de traitement, les trousseaux d'analyse ou des INT achetés et livrés pendant la période d'élaboration des rapports pour voir si ces nombres corroborent les résultats communiqués. D'autres recoupements pourraient inclure, par exemple, la comparaison des fiches de santé aux registres de laboratoire ou de pharmacie de l'unité. L'Equipe d'audit peut ajouter les recoupements au protocole, comme il convient.

3.

➔ **STATISTIQUES** : Calculer le pourcentage de différence pour chaque recoupement

5. [Si possible] “CONTROLES CIBLES” – “Contrôles ciblés” pour vérifier que la fourniture des services ou de produits peuvent également être faits si le temps et les ressources le permettent. Les «Contrôles ciblés» supposent le choix d'un nombre de patients (ex: 3-5) à partir des documents sources et vérifier s'ils reçoivent effectivement les services enregistrés. Les contrôle ciblés peuvent être fait de deux manières: (1) l'Equipe

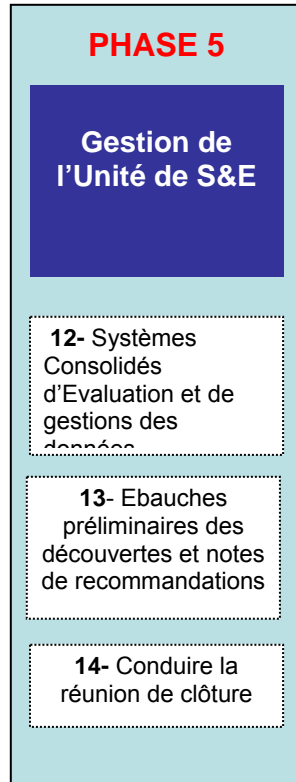
d'audit obtient les noms et adresses de personnes dans la communauté et fait les efforts de les localiser; ou (2) l'Equipe d'audit demande aux représentants du site de prendre contact avec des patients et de leur demander de venir au point de ravitaillement (par exemple le jour suivant). Pour des raisons de confidentialité, les contrôles ciblés ne seront pas possibles pour des indicateurs relatifs à certains services médicaux tels que les ARV pour le traitement du VIH.

5.

Comme noté ci-dessus, alors que les cinq étapes de vérification des données du **Protocole de l'EQD 2 : Le Protocole de Vérification des données** ne devrait pas changer (1- description, 2- revue de la documentation, 3- suivi et vérification, 4- recoupements, 5-contrôles ciblés), au sein de chaque étape de vérification, le protocole peut être modifié pour mieux convenir au contexte du programme (ex : ajouter des contrôles ciblés, modifier le document de référence source). Des modifications importantes devraient être discutées avec l'organisation commanditaire de l'EQD.

Note : En aucun cas, l'Equipe d'audit ne devrait enregistrer des informations personnelles, photocopie, ou enlever des documents des sites.-{ }-

PHASE 5: UNITE DE S&E



Dans la quatrième phase de l'EQD, l'Equipe d'audit va retourner à l'Unité de S&E au niveau du Programme/projet. Les Etapes de la PHASE 5 ont pour but de :

12. Compléter l'évaluation du système de gestion et de modification des données en répondant aux 13 questions primordiales du résumé de vérification.
13. Développer une vérification préliminaire des résultats et formuler des recommandations.
14. Communiquer les résultats préliminaires aux agents de S&E du Programme/projet et aux responsables de la gestion pendant la réunion de clôture des vérifications.

La durée prévue pour les étapes suivantes de la PHASE 5 est de deux jours

ETAPE 12. EVALUATION CONSOLIDEE DES SYSTEMES DE GESTION DES DONNEES

L'Etape 12 est réalisée par l'Equipe d'audit

Par le moyen de l'**Etape 10**, feuilles de calcul de Excel du **Protocole 1 EQD : Protocole du Système d'Evaluation** relatif à l'Unité de S&E, les Niveaux Intermediaires de compilation et les Sites de collecte de données seront complétés. Sur la base des réponses à toutes les questions, un tableau récapitulatif (**Etape 12 – Tableau 1**) sera automatiquement généré, de même qu'un graphique sommaire des forces du Système de gestion et de modification des données (**Etape 12 – Figure 1**). Les résultats produits seront basés sur le nombre de «*Oui, entièrement*», «*Partiellement*» et «*Non, pas du tout*», des réponses aux questions sur le **Protocole 1 de l'EQD : Protocole du Système d'Evaluation**.

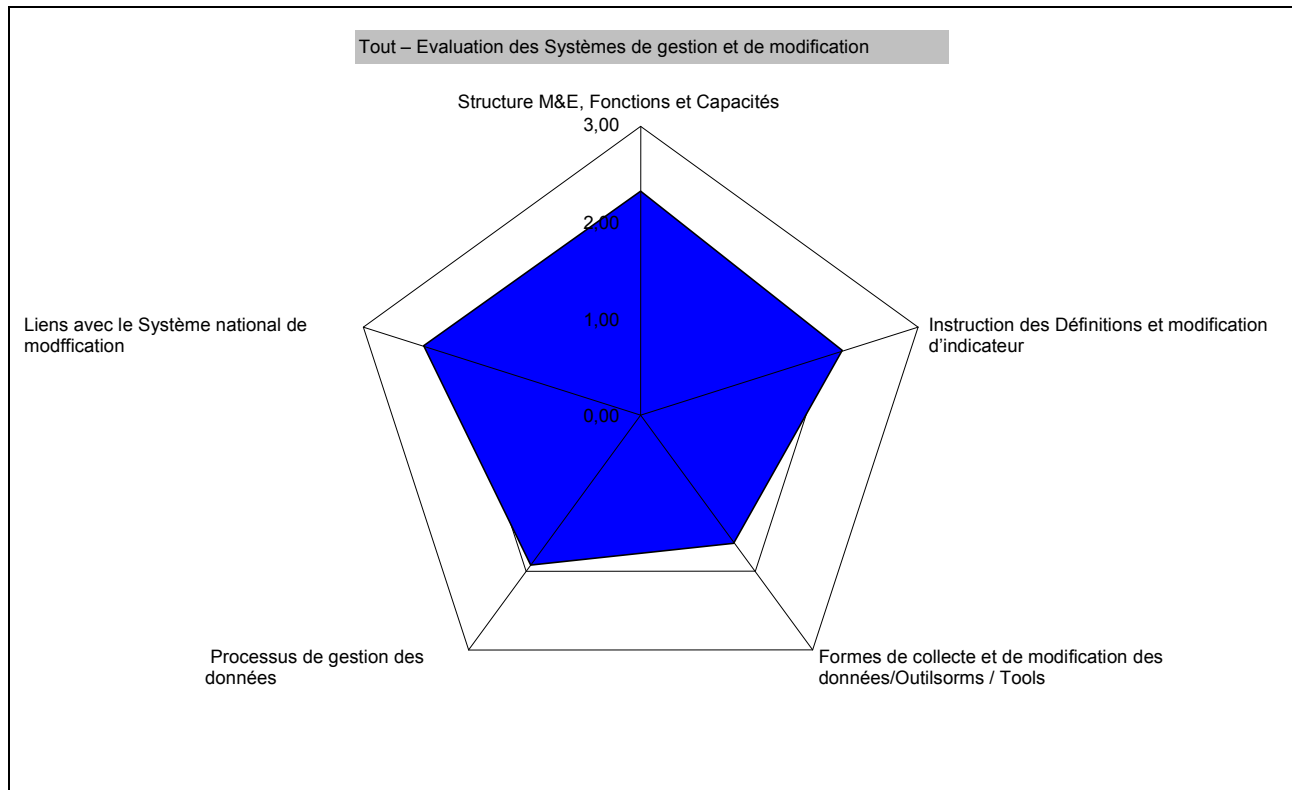
Etape 12 – Tableau 1. Tableau Récapitulatif : Evaluation du Système de gestion et de modification des données (Illustration)

TABLEAU SOMMAIRE Evaluation des Systèmes de gestion et de		I	II	III	IV	V	Moyenne
		Structure M&E Fonctions et Capacités	Definitions des Indicateurs et Indication Des données	Collection de données et de l'information	Processus de gestion	Liens avec le Système	
Unité M&E							
-	Unité nationale M&E	1,80	1,83	1,80	1,82	1,67	1,78
Sites Niveau Intermediaire d'Agrégation							
1	Collines	2,67	2,50	1,67	1,78	2,00	2,12
2	Atakora	3,00	2,25	1,33	1,67	2,50	2,15
3	Borgu	2,33	2,00	1,67	1,90	2,50	2,08
Points de collecte/Organisations							
11	Savalou	2,67	2,00	1,67	1,86	2,00	2,04
12	Tchetté	2,00	2,25	1,67	2,13	2,00	2,01
13	Djaloukou	2,67	1,75	1,67	2,00	2,25	2,07
21	Perjari	2,33	2,00	2,00	1,86	2,50	2,14
22	Ouake	2,67	2,25	1,67	1,88	2,50	2,19
23	Tanagou	2,67	2,75	1,67	1,88	2,75	2,34
31	Parakou	2,33	2,00	2,00	1,86	2,25	2,08
32	Kand	2,33	2,25	1,67	2,00	2,25	2,10
33	Kalale	2,67	2,25	1,67	1,88	2,50	2,19

Code clé de couleur

ver	2,5 - 3,0	Oui, complètement
jaune	1,5 - 2,5	Partiellement
rouge	< 1,5	No n- pas du tout

Etape 12 – Figure 1. Evaluation du Système de gestion et de modification des données (Illustration)



Interprétation des résultats : Les notes générées pour chaque zone fonctionnelle sur le Site de collecte, le Site Intermédiaire de compilation et l'Unité de S&E sont des moyennes des réponses qui sont codifiées 3 pour «*Oui, entièrement*», 2 pour «*Partiellement*» et 1 pour «*Non, pas du tout*». Les réponses codifiées «*N/A*» ou «*Non applicable*» ne sont pas prises en compte dans la notation. La valeur numérique de la notation n'est pas importante, les notes sont destinées à être comparées à travers des zones fonctionnelles comme un moyen de mettre en priorité des activités de renforcement du système. C'est dire que les notes sont liées les uns aux autres et sont davantage significatifs dans la comparaison du rendement d'une zone fonctionnelle à une autre. Par exemple, si le système est noté en moyenne 2,5 pour la «*Structure de S&E, Fonctions et Capacités*» et 1,5 pour «*les formulaires/outils de collecte et modification des données*», on pourrait logiquement conclure que les ressources seront utilisées de manière plus efficace dans le renforcement des «*Formulaires/outils de collecte et modification des données*» plutôt que dans la «*Structure de S&E, Fonctions et Capacités*». Par conséquent, les scores ne devront pas être exclusivement utilisés pour évaluer le système d'information. Ils devront plutôt être interprétés dans un contexte d'entretiens, de revues de documentation, de vérification et d'observations des données faites pendant l'exercice de l'EQD.

En utilisant ces résumés de statistiques, l'Equipe d'audit devrait répondre aux 13 questions fondamentales sur la fiche de vérification des questions du protocole. (voir **Etape 12 – tableau 2**). Pour répondre à ces questions, l'Equipe d'audit aura les fiches complétées du **Protocole 1 de l'EQR** : Fiches du **Protocole du système d'évaluation** pour chaque site et niveau visité ainsi que le tableau récapitulatif et le graphique des résultats provenant du protocole (voir **Etape 12 – Tableau 1 et Figure 1**). Partant de ces deux sources d'information, l'Equipe d'audit aura besoin d'utiliser son jugement pour donner une réponse globale au résumé des questions de l'évaluation.

Etape 12 – Tableau 2. Résumé des Questions de l'Evaluation

13 RESUME DES QUESTIONS FONDAMENTALES DE L'EVALUATION		
Zone du Programme:		
Indicateur:		
Question	Réponse	Commentaires
	Oui - entièrement Partiellement Non – pas du tout N/A	
1	Les principaux agents de S&E et de la gestion des données sont-ils identifiés avec des responsabilités clairement attribuées ?	
2	La majorité des principaux agents de S&E et de la gestion des données ont-ils reçu la formation requise ?	
3	Le Programme/projet a-t-il clairement décrit (par écrit) ce qui est attribué à chacun et quand et comment ces rapports doivent être élaborés ?	
4	Y'a-t-il des définitions des indicateurs opérationnels qui répondent aux normes requises systématiquement respectées par tous les services ?	
5	Y a-t-il des formulaires types de collecte et de modification de données qui sont systématiquement utilisés ?	
6	Les données sont-elles enregistrées avec suffisamment de précisions/détails pour mesurer les indicateurs adéquats ?	
7	Les données sont-elles gardées conformément aux directives nationales ou internationales de confidentialité?	
8	Les documents sources sont-ils gardés et disponibles conformément à la politique consignée par écrit ?	
9	Existe-il des étapes spécifiques de documentation de collecte, de compilation et de manipulation ?	
10	Les défis de qualité des données sont-ils identifiés et des mécanismes mis en place pour les relever ?	
11	Y a-t-il des procédures clairement définies et suivies pour identifier et concilier les différences dans les rapports ?	

12	Y a-t-il des procédures clairement définies et suivies pour vérifier périodiquement la source de données ?		
13	Le système de collecte et de modification des données du Programme/projet est-t-il lié au Système national de communication?		

ETAPE 13. EBAUCHE DE CONCLUSIONS PRELIMINAIRES ET NOTES DE RECOMMANDATIONS

L'Etape 13 est accomplie par l'Equipe d'Audit.

A l'Etape 12, l'équipe d'Audit aura déjà effectué l'évaluation du système d'information et du système de gestion des données, mais aussi, les protocoles de vérification des données à partir des indicateurs sélectionnés. En préparation de sa réunion de clôture avec l'unité de Suivi et Evaluation (S&E), l'Equipe d'audit rédige des conclusions préliminaires dans l'Etape 13 de l'Evaluation de la Qualité des Données, avec des notes de recommandations sur les problèmes ayant trait à la qualité des données révélées par l'audit. **En Annexe 3, Etape 13-Tableau 1** on trouve un modèle (format) de ces Notes de Recommandations. Ces conclusions et problèmes sont transmis à l'unité M&E du Programme/projet (**Etape 14**) et constituent la base du Rapport Final d'Audit (**Etapes 15 et 17**). L'Equipe d'audit devra aussi envoyer une copie des conclusions préliminaires et des notes de recommandations à l'organisation qui a demandé l'Evaluation de la Qualité des Données (EQD).

Les conclusions et notes de recommandations préliminaires seront tirées des résultats provenant du **Protocole EQD 1 : Protocole d'évaluation du système** et le **protocole 2 de l'EQD Protocole de Vérification des Données** et seront définis par L'Equipe d'audit sur la base des éléments suivants

- Les rubriques de notes des Protocoles dans lesquelles L'Equipe d'audit a expliqué les conclusions relatives à : (1) L'évaluation du système de gestion et de notification des données; et (2) la vérification d'un échantillon de données rapportées par le système.. . Dans chaque protocole, la dernière colonne peut être cochée avec la marque (✓) pour toute conclusion où une note de recommandation est nécessaire
- **Les documents de travail** qui donnent plus de preuves sur les conclusions de l'EQD menée par l'Equipe d'audit.

Les conclusions devront mettre en évidence les aspects positifs du système de S&E du programme/ projet et leur rapport avec la gestion et diffusion des données, mais aussi avec les faiblesses identifiées par l'équipe d'audit. Il est important d'insister sur le fait que toute conclusion ne signifie pas forcément la défaillance du Programme / Projet dans l'élaboration ou la mise en œuvre de son système de collecte de données. Le projet/Programme peut disposer de la capacité de mettre en place un certain nombre de contrôles innovantes et de démarches efficaces pour garantir une collecte cohérente et fiable. Il lui est possible, par exemple, de disposer d'un système fort de S&E qui produise des données de qualité, sans pour autant que celui ci n'apparaisse en version clairement documentée et éditée

Toutefois, le but de l'Evaluation de la Qualité des Données est d'améliorer la qualité des données. Ainsi, pendant que L'Equipe d'audit élabore son système de gestion des données et ses rapports de vérification, elle devra clairement identifier les preuves et conclusions qui indiquent le besoin d'améliorations dans le but de renforcer la mise en œuvre et l'élaboration du système de S&E. Toutes les conclusions devraient s'appuyer sur des documents de preuves que L'Equipe d'audit peut citer et fournir en même temps que les **Notes de Recommandations**

Au nombre des exemples de conclusions relatives à la l'élaboration et à la mise en œuvre du système d'information, de collecte et de gestion de données, on peut citer:.

- Le manque de documents décrivant les différentes étapes de stockage et de manipulation des données.
- L'absence de directives claires et/ou cohérentes à l'endroit des sites d'information concernant l'opportunité ou la destination de transmission des rapports.
- Le manque de personnel désigné pour passer en revue et questionner les rapports soumis par les divers sites.
- L'absence de processus formel pour pallier aux rapports incomplets ou inexacts soumis par les divers sites.
- L'absence d'un programme de formation appropriée pour les collecteurs et gestionnaires de l'information dans les divers sites.
- L'existence de différences entre les définitions de l'indicateur du programme et la même définition telle que citée dans les formulaires de collecte de données du programme/projet.
- L'absence de formulaires standard de collecte de données.

Quelques exemples de conclusions issues du système et relatives à la vérification des données:

- Un manque de coordination entre la fourniture de services et l'édition de documents sources.
- Des documents sources incomplets ou inexacts.
- Erreurs dans l'enregistrement et/ou la manipulation des données.
- Mauvaise interprétation ou application inexacte de la définition de l'indicateur.

Ebauche de note(s) de Recommandations

Dans le projet de Notes de Recommandation, L'Equipe d'audit devra donner la preuve manifeste indiquant une menace à la qualité des données. L'équipe devra aussi donner une ou plusieurs recommandations pour empêcher la récurrence. L'Equipe d'audit pourrait proposer un délai d'exécution des actions recommandées et demander l'agrément du programme/projet et de l'Organisme demandeur de l'EQD. **L'Etape 13 – Tableau 1** donne une idée du contenu des **Notes de Recommandation**.

Etape 13 – Tableau 1. Conclusions Illustratives et Recommandations pour le Programme de traitement de TB dans un pays X, - Nombre de Cas de tuberculose enregistrés sous DOTS qui ont été traitées avec succès -

Un pays x mène un programme organisé et durable de traitement de la Tuberculose sur la base de standards et protocoles internationaux. Les procédés et exigences pour rendre compte des résultats du programme de Tuberculose sont explicitement identifiés et recommandés dans son Manuel du Programme National de Tuberculose et de Lèpre. Le Manuel identifie les formulaires nécessaires et les exigences d'information selon les sites de fourniture de services, les districts et les régions.

Un pays x mène un programme organisé et durable de traitement de la Tuberculose sur la base de standards et protocoles internationaux. Les procédés et exigences pour rendre compte des résultats du programme de Tuberculose sont explicitement identifiés et recommandés dans son Manuel du Programme National de Tuberculose et de Lèpre. Le Manuel identifie les formulaires nécessaires et les exigences d'information selon les sites de fourniture de services, les districts et les régions.

**Etape 13 – Tableau 1. Conclusions Illustratives et Recommandations pour le Programme de traitement de TB dans un pays X,
- Nombre de Cas de tuberculose enregistrés sous DOTS qui ont été traités avec succès -**

Sur la base des informations recueillies à travers les interviews avec les principales autorités et à partir des documents examinés, L'Equipe d'audit a identifié les éléments suivants en rapport avec l'amélioration de la Qualité des Données dans le programme de traitement de TB dans un pays X donné.

Conclusions et Recommandations pour l'Unité S&E

1) Formation S&E

- **CONCLUSION :** L'Equipe d'audit a décelé l'absence d'un programme systématique et documenté de formation en matière de gestion des données qui identifie les besoins en formation. Elle a aussi décelé un manque de compétences nécessaires en matière de gestion des données à tous les niveaux du programme, depuis les travailleurs de la santé dans les Sites de Fourniture de Services jusqu'aux coordinateurs de districts, les recruteurs régionaux et les gestionnaires de données au sein des unités de S&E. Actuellement la formation est ouverte, mise en oeuvre, et financée par différents bureaux à divers niveaux du programme de Tuberculose (TB).

RECOMMANDATION: *Il est recommandé à l'Unité S&E du Programme National de Tuberculose d'élaborer un programme pour coordonner les ressources en formation disponibles et d'identifier les besoins en formation à travers le système y compris ceux nécessaires pour l'exécution efficace des exigences en matière de gestion des données.*

2) Les contrôles de supervision des rapports des Districts

- **CONCLUSION:** L'absence de contrôles de supervision des fichiers utilisés pour la conservation des rapports trimestriels provenant des bureaux des districts peut mener à d'éventuelles erreurs de stockage. Par exemple l'exercice de vérification mené par L'Equipe d'audit a identifié des copies de rapports, des rapports obsolètes et des rapports annuels plutôt que des rapports trimestriels dans ces fichiers, qui pourraient engendrer des erreurs dans l'enregistrement des données.

RECOMMANDATION: *Il est recommandé la révision permanente des fichiers utilisés pour la conservation des rapports régionaux par un superviseur du programme de gestion après leur transmission, mais avant même que ce ne soit l'étape d'enregistrement des données qui permette de réduire les possibilités d'erreurs.*

- **CONCLUSION:** Approximativement, il manquait la signature d'un superviseur dans 2% des rapports régionaux soumis au MOH. Cette signature aide à renseigner que le dossier a fait l'objet d'un examen pour vérifier si les informations étaient complètes et déceler d'évidentes erreurs.

RECOMMANDATION: *Il est recommandé au MOH de renforcer l'exigence que les rapports transmis portent la signature du superviseur, en rejetant, par exemple, les rapports qui n'ont pas été examinés.*

3) Politique de Mémorisation des Documents Sources.

- **CONCLUSION:** Au sein du Programme de TB Il n'existe aucune politique de mémorisation des outils d'information, comme les fiches de traitement des malades, les registres et les formulaires relatifs au stockage des données. Bien que les documents soient systématiquement archivés pendant des années, Il est nécessaire d'asseoir une politique spéciale de mémorisation des documents pour une bonne gestion des données.

RECOMMANDATION: *Il est recommandé au bureau du programme de déterminer dans son nouveau système d'information, une politique spéciale de mémorisation des documents pour le programme de*

**Etape 13 – Tableau 1. Conclusions Illustratives et Recommandations pour le Programme de traitement de TB dans un pays X,
- Nombre de Cas de tuberculose enregistrés sous DOTS qui ont été traités avec succès -**

Tuberculose TB et pour les principaux outils de d'information.
Conclusions et Recommandations pour les sites Intermédiaire de Stockage
<p>4) <i>Le Contrôle de Qualité dans l'enregistrement des Données.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CONCLUSION: L'Equipe d'audit a découvert que des mesures limitées ont été prises pour éliminer les possibilités d'erreurs d'enregistrement des données au niveau du district. Alors des contrôles sont organisés au niveau du logiciel d'enregistrement pour identifier les entrées inappropriées, le personnel du district n'arrivait pas à <u>élaborer toute autre documentation pour éliminer des erreurs d'insertion de données.</u> <p>RECOMMANDATION: Il est recommandé au programme de déterminer les différentes étapes d'élimination des erreurs d'enregistrement partout où un chiffre est inscrit dans le système d'information électronique.</p>
Conclusions et Recommandations pour les Sites de Fourniture de Services
<p>5) <i>La capacité à Récupérer des Documents Sources</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • TROUVAILLE: Dans tous les sites de fourniture de services, Il a été difficile à L'Equipe d'audit de mener à terme l'exercice de vérification des données parce que le personnel du site a été confronté à la difficulté ou s'est avérée incapable de récupérer ou de retrouver des documents sources. Par exemple, il a été difficile de retrouver les fiches de traitement des patients pour les patients qui avaient suivi le traitement de Tuberculose (TB). Lorsqu' il n'est pas possible de faire une telle vérification, l'équipe d'audit qualité des données ne peut pas, à son tour, confirmer que le nombre rapporté de cas traités est exact et valable. <p>RECOMMANDATION: Il est recommandé aux sites de fourniture de Services de classer et conserver systématiquement les documents sources de traitement de la Tuberculose durant les périodes spécifiques de collecte, afin qu'ils puissent être facilement retrouvés pour des besoins d'audit.</p>

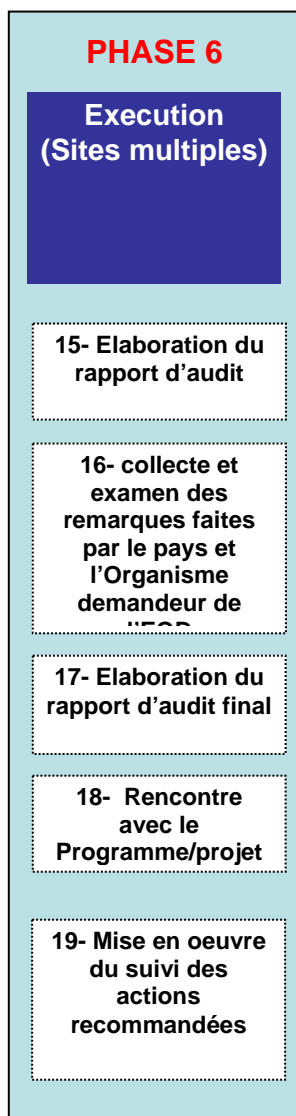
A la conclusion des visites de site, le Chef de L'Equipe d'audit devra tenir une réunion de clôture avec les cadres supérieurs de la cellule S&E du programme/projet et le Directeur/Chargé de programme pour entre autres:

1. Partager les résultats de la vérification des données (exercice de décompte) et passer en revue le système;
2. Présenter les conclusions préliminaires et les notes de recommandation;
3. Discuter des éventuelles démarches pour améliorer la qualité des données.

Une entrevue physique offre au personnel de gestion des données du programme/projet l'opportunité de discuter de la faisabilité d'améliorations éventuelles et des calendriers liés au projet. Le Chef de L'Equipe d'audit devra cependant souligner le fait que les conclusions tirées de l'audit à ce point sont préliminaires et sujettes au changement une fois que L'Equipe d'audit aura obtenu une meilleure opportunité d'examiner et de réfléchir sur les preuves collectées sur les protocoles et dans ses documents de travail.

L'Equipe d'audit devra encourager le programme /projet à partager les conclusions pertinentes avec les bailleurs (porteurs de projets) appropriés au niveau du pays tels que les groupes de travail multipartenaires de S&E et le programme national, si nécessaire. L'Equipe d'audit devra aussi discuter de la manière dont les conclusions seront partagées avec les officiels S&E du Programme/projet, avec les Points de fourniture de Service audités et les niveaux intermédiaires de stockage (ex, Régions, Districts) .

Comme toujours, la réunion de clôture ainsi que tout accord sur l'identification des conclusions et des améliorations qui lui sont relatifs devront être consignés dans les documents de travail de L'Equipe d'audit en vue de figurer dans le Rapport Final d'Audit.



PHASE 6: EXECUTION

La dernière phase de l'EQD a pour théâtre les bureaux de l'équipe chargée de conduire l'EQD, mais aussi elle se déroule sous forme de rencontres physiques et sous forme de conférences téléphoniques entre l'Organisation qui demande l'EQD et le Programme/Projet. Dans la phase 6, l'équipe d'audit exécute les étapes suivantes:

convenus sont bien intégrés.

Dans la phase 5, la durée totale de ces étapes est estimée entre deux à quatre semaines.

15. Elaboration du rapport d'audit.
16. Remarques sur le rapport d'audit en rapport avec le Programme / projet et avec l'Organisme demandeur de l'EQD.
17. Elaboration du rapport d'audit final sur la base des discussions menées dans l'étape 16.
18. Transmission du rapport d'audit final ainsi que les recommandations et notes finales au Programme / Projet et à l'Organisme qui commande l'EQD.
19. Si nécessaire, mise en oeuvre des procédures de suivi en vue de garantir que les changements

ETAPE 15. ELABORATION DU RAPPORT D'AUDIT

L'Etape 15 est menée par l'équipe d'audit.

Dans une période de une à deux semaines, l'équipe d'audit devra revoir tous les documents produits durant la mission et élaborer un rapport comprenant toutes les conclusions et améliorations suggérées. Tous les grands changements révélés par les conclusions de l'audit et effectuées après la réunion de clôture dans un pays donné devraient être communiquées de façon claire aux autorités du pays hôte du Programme / Projet. Le document d'audit sera envoyé à la Direction du Programme / Projet ainsi qu'à l'Organisme ayant commandé l'EQD. Dans l' Etape 15 - tableau 1, on y démontre la démarche suggérée pour l'élaboration du rapport d'audit.

Etape 15 - Tableau 1: Démarche suggérée pour l'élaboration du rapport final d'audit (FDQR).

Section	Table des matières
I	Sommaire
II	<p>Introduction and Contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif de l'EQD ▪ Contexte du Program/project ▪ Indicateurs et Période du rapport – Logique de sélection ▪ Sites intermédiaires d'information et de prestation de service ▪ Description du système d'information et de collecte des données (en rapport avec les indicateurs à vérifier)
III	<p>Evaluation du système d'information et de gestion de données</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Description de l'activité d'évaluation du système de gestion des données. ▪ Résumé des statistiques du tableau de bord (<i>tableau et graphe des régions fonctionnelles - Etape 12: Tableau 1 et Figure 1</i>) ▪ Conclusions principales aux trois niveaux suivants: <ul style="list-style-type: none"> - Sites de prestation de service - Niveaux intermédiaires de répartition - Unité de S&E ▪ Forces et faiblesses du système de gestion des données (<i>sur la base de 13 (questions d'audit résumées)</i>)
IV	<p>Verification des données transmises</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Description des étapes de vérification des données déjà exécutées ▪ Exactitude des données – Facteur de vérification ▪ Précision et confidentialité des données transmises ▪ Disponibilité, état d'avancement et opportunité des rapports ▪ Conclusions principales aux trois niveaux suivants: <ul style="list-style-type: none"> - Sites de prestation de service - Niveaux intermédiaires de répartition - Unité de S&E ▪ Appréciation générale de la qualité des données (<i>sur la base de la vérification des données transmises</i>)

V	Notes de recommandations et changements suggérés
VI	Classification finale de la Qualité des Données DQ (sur la base du système de gestion et de notification des données, mais aussi sur la base de la vérification des données). Cette section devrait se conformer aux spécifications fournies par l'Organisme qui commande l'audit.
VII	Réponse des autorités locales aux conclusions de l'Evaluation de la Qualité des Données EQD
VIII	Résumé et programme d'amélioration du système de gestion et de notification des données

ETAPE 16. REMARQUES SUR LE RAPPORT ET LA COLLECTE DE LA PART DU PAYS DEMANDEUR DE L'EQD

L'Etape 16 est exécutée par l'Equipe d'audit.

Pour parvenir à un consensus et faciliter les changements de qualité des données identifiées dans les notes de recommandation, l'équipe d'audit doit discuter du rapport avec l'Organisme demandeur de l'Evaluation de la Qualité des Données (DQA) et avec la Direction du Programme / Projet et la Direction en charge du Suivi et Evaluation (S&E). **Le Programme / Projet aura l'occasion de réagir aux conclusions de l'audit. Cette réaction pourra être incluse dans le rapport d'audit final.**

ETAPE 17. ELABORATION DU RAPPORT FINAL D'AUDIT

L'Etape 17 est exécutée par l'Equipe d'audit.

Une fois que le Programme / Projet et l'Organisme demandeur de l'EQD auront révisé le rapport d'audit (Dans un délai de 2 semaines, à moins d'un consensus autour d'une autre période) et convenu de mesures recommandées pour traiter des questions concernant la Qualité des Données, l'équipe d'audit écrira le rapport final d'audit. **Quand bien même l'équipe d'audit va recevoir les réactions, il est important de noter que le contenu du rapport final d'audit est déterminé exclusivement par l'équipe d'audit.**

ETAPE 18. RENCONTRE AVEC LE PROGRAMME/PROJET

L'Etape 18 est exécutée par l'Equipe d'audit.

L'équipe d'audit déposera officiellement le rapport d'audit final, avec la ou les notes de recommandation final(e) s, auprès du Programme / Projet et de l'Organisme demandeur de l'EQD dans une période maximum de quatre semaines après la fin de la mission dans un pays donné.

STEP 19. MISE EN OEUVRE DES ACTIONS DE SUIVI RECOMMANDEES

L'Etape 19 peut être exécutée par l'Organisme demandeur de l'EQD et /ou par l'équipe d'audit.

Le Programme / projet devra normalement envoyer des lettres de suivi, une fois que les changements / améliorations convenus sont intégrés. Si l'Organisme demandeur de l'EQD souhaite l'implication de l'équipe d'audit dans l'activité de suivi des mesures de renforcement identifiées par le Programme / Projet, il faudra alors trouver un accord approprié. L'Organisme demandeur de l'EQD et /ou l'équipe d'audit devront tenir un fichier de « rappel » pour rester vigilants sur la date à laquelle les notifications devront être faites (voir Annexe 3, étape 19 – Modèle 1). En général, **les problèmes mineurs de Qualité des données devront être traités dans le délai de un à six mois, alors qu'il faut six à douze mois pour les problèmes majeurs.**

Annexes

ANNEXE 1: Les protocoles de l'EQD

Protocole 1: Le Protocole de Vérification du Système

Protocole 2: Le Protocole de Vérification des Données

Protocole 1: Le Protocole d'évaluation du Système (SIDA et Malaria)

LISTE DE TOUTES LES QUESTIONS -*Pour reference seulement* (Protocole 1 – Evaluation du Systeme)

Composante du système de S&E		Les cases cochées indiquent le niveau du système d'information où la question est posée.			Documentation d'appui nécessaire ?
		UNITÉ S&E	Niveaux de regroupement	Points de prestation de service	
I - Structure, Fonctions and Capacites du S&E					
1	Il existe un tableau / structure descriptif qui identifie clairement les postes ayant des responsabilités dans la gestion des données au niveau de l'unité de S&E.	√			Oui
2	Tous les postes réservés au S&E et aux systèmes de gestion des données ont été pourvus.	√			-
3	Il y a un programme de formation pour le compte du personnel concerné par la collecte et diffusion des données à tous les niveaux du processus d'information.	√			Oui
4	Tout le personnel approprié a été formé aux outils et processus de gestion des données. All relevant staff have received training on the data management processes and tools.	√	√	√	-
5	Un cadre du personnel (c a d le responsable du programme) est chargé de l'examen des données statistiques regroupées avant transmission / communication des rapports provenant de l'unité S&E.	√			-
6	Il existe un personnel désigné pour examiner la qualité des données (c a d, la précision, exhaustivité, et l'opportunité) obtenues des sous niveaux d'information (c a d, les régions, districts et points de service).	√	√		-
7	Il existe un personnel désigné pour examiner les statistiques regroupées avant transmission au niveau suivant (c a d district, bureaux régionaux, Unité centrale de S&E).		√	√	-
8	La responsabilité de l'enregistrement de la prestation de services sur les documents de source (originaux) est clairement assignée au personnel approprié.			√	-
II- Quelques Définitions sur les Indicateurs et Directives d'information					
9	L'unité S&E a renseignée et partagée la définition des indicateur(s) avec tous les niveaux appropriés du système d'information (c a d, les régions, districts et points de services).	√			Oui

10	A chaque indicateur mesuré par le Programme / Projet correspond une description de services.	√			Oui
L'unité S&E a rédigé des pour tous les sous niveaux d'information sur... The S&E Unit has provided written guidelines to each sub-reporting level on ...					
11	...Le sujet sur lequel ils sont censés rendre compte	√	√	√	Oui
12	...La forme sous laquelle (c à d, sous quel format spécifique) les rapports devaient être soumis.	√	√	√	Oui
13	...Les personnes à qui les rapports devraient être soumis	√	√	√	Oui
14	...Le moment où les rapports devaient être soumis	√	√	√	Oui
15	Il existe une politique éditée qui détermine la durée de conservation des documents source et des formulaires de collecte.	√			Oui
III- Outils / Formulaires de collecte et diffusion des données					
16	Pour tous les points de prestation de service, l'Unité S&E a identifié un document source standard (dossier médical, formulaire de consommation du client, registre, etc.) pour l'enregistrement des prestations.	√			Oui
17	L'unité S&E a identifie des outils et formulaires standard (d'édition) de diffusion des données utiles pour tous les niveaux d'information.	√			Oui
18	L'Unité S&E a donne des instructions claires sur la manière de remplir les outils / formulaires de collecte et diffusion des données.	√	√	√	Oui
19	Les documents originaux ainsi que les outils / formulaires indiqués par l'Unité S&E sont utilisés a tous les niveaux d'information correspondant.		√	√	-
20	Même si des organisations multiples mettent en oeuvre des activités sous l'égide du programme / Projet, ils utilisent tous les mêmes formulaires d'édition et rendent compte avec la même fréquence (délais).	√	√	√	-
21	Les données collectées par le système de S&E ont autant de précision pour mesurer les indicateur(s) (c a d des données pertinentes sont collectées par sexe, age, etc. si l'indicateur indique une mauvaise répartition par ces caractéristiques.	√			-

22	Tous les documents et formulaires destinés à la mesure des indicateur(s) sont disponibles pour les besoins de l'audit (y compris des imprimés datés pour s'adapter à une éventuelle informatisation du système)	√	√	√	-
IV- Les processus de gestion des données Data Management Processes					
23	L'unité S&E a clairement renseignée le regroupement de données, l'analyse et/ou les étapes de la manipulation effectuées à chaque niveau du système d'édition (diffusion).	√			Oui
24	Il existe une procédure écrite pour faire face aux rapports en retard, incomplets, manquants (perdus), inexacts ; y compris le suivi des sous niveaux de gestion sur les problèmes de la qualité des données.	√	√		Oui
25	Dans le cas où les divergences ne sont pas décelées dans les rapports des sous niveaux de gestion, l'unité S&E ou les niveaux intermédiaires de (regroupement) (traitement) (c a d, les districts et régions) renseignent sur la manière de pallier ces irrégularités.	√	√		-
26	Des remarques sont systématiquement faites à tous les sous niveaux de traitement sur la qualité de leurs rapports (c a d, l'exactitude, exhaustivité et l'opportunité).	√	√		-
27	Des contrôles qualité sont effectués sur place pour les cas où des données provenant de (consignes sur) formulaires sur support papier sont entrées dans un ordinateur (c a d, le double emploi, la vérification des enregistrements supplémentaires (vérification des enregistrements après l'entrée des données)).	√	√	√	-
28	Pour les systèmes automatisés, il existe une procédure bien établie, documentée et activement exécutée d'administration des bases de données. Celle-ci comprend les procédures de sauvegarde / réparation, d'administration de la sécurité, et d'administration de l'utilisateur.	√	√	√	Oui
29	Il existe une édition de la procédure de sauvegarde pour les cas où l'enregistrement ou le traitement des données sont informatisés.	√	√	√	Oui
30	Si la réponse est <i>Oui</i> , la de sauvegarde la plus récente est appropriée, étant donné la fréquence de mise à jour du système informatisé (c a d les sauvegardes sont hebdomadaires ou mensuelles).	√	√	√	-
31	Les informations personnelles utiles (pertinentes) (sensibles) sont conservées en accord avec les directives de confidentialité nationales et internationales.	√	√	√	-
Le système d'édition évite le double décompte de populations...					
32	... Au niveau de chaque point de prestation de service / de chaque organisation (c a d une même personne qui reçoit le même service deux fois dans une période de gestion, une personne enregistrée comme recevant le même service dans deux différents endroits, etc.).	√	√	√	-
33	...A travers les points de prestation de service / organisation (c a d, une personne enregistrée comme recevant le même service dans deux points de prestation de service / organisations différentes, etc.).	√	√	√	-
34	Le système d'édition permet l'identification et l'enregistrement d'un « marginal », une personne « dont on ne parvient plus à assurer le suivi » et une personne décédée. The reporting system enables the identification and recording of a "drop out", a person "lost to follow-up" and a person who died.	√	√	√	-
35	L'unité S&E peut démontrer que des visites régulières pour la supervision des sites ont eu lieu et que la qualité des données a été examinée.	√			Oui

V- Links with National Reporting System					
36	Lorsque disponible, les outils / formulaires nationaux appropriés sont utilisés pour la collecte et diffusion de données.	√	√	√	Oui
37	Si possible, les données sont rapportées à travers un canal unique issu des systèmes nationaux d'information.	√	√	√	-
38	Les délais de diffusion sont harmonisés avec les prévisions du programme national (c a d, les raccourcis dates en prévision des rapports mensuels)	√	√	√	-
39	Les sites de prestation de service sont identifiés comme détenteurs de numéros d'identification répondant à un système national.	√	√	√	-

Protocole 2: Protocole de Vérification des Données (Illustrations – Interventions a base communautaire)

Service Delivery Point (Protocol 2 - Data Verification)

Number of People benefiting from Community-based Programmes

Service Delivery Point:				Need for Recommendation (add YES)
Reporting Period (this is the period that is being verified from results reported from the Program/project):		From:	To:	
		Answer		
		Yes/No	% or Number	
Auditor Notes (include work paper reference number)				

1. DESCRIPTION OF THE RECORDING PRACTICES IN RELATION TO SERVICE DELIVERY - Describe the connection between the delivery of the service and the completion of the source document -

Indicator-specific notes for Verification Team: The Verification Team should ask staff to describe the process through which the source documents are filled in relation to the service being provided. Determine the source document used for this indicator at this site/organization.

1.1	Describe the source document for recording the delivery of the service (is it a standardized form following national guidelines or a tailored form? If tailored, specify the source of the form, e.g. a project). Obtain a blank copy, if possible.				
1.2	Does the site/organization have sufficient supplies of blank source documents (prompt for experience of stock-outs of source documents)?				
1.3	Are there indication that there are delays between delivery of the service and recording of the service on the source document?				
1.4	If the service and recording of the service are not done at the same time, please describe how the disconnect might affect data quality.				

Additional Comments (if any)

2. DOCUMENTATION REVIEW - Review availability and completeness of all indicator source documents for the selected reporting period -

Indicator-specific notes for auditor: Source documents could be community health workers/peer educators daily record of households visited/peers counseled, facility-level register and/or client intake forms.

A) Check Availability and Completeness of Documentation

2.1	Review available source documents for the reporting period being verified. Is there any indication that source documents are missing? <i>If yes, determine how this might have affected reported numbers?</i>				
2.2	Are all available source documents complete? <i>If no, determine how this might have affected reported numbers?</i>				
2.3	Review the dates on the source documents. Do all dates fall within the reporting period? <i>If no, determine how this might have affected reported numbers.</i>				

C) Verify recording procedures to avoid data-quality challenges (eg. double-counting, lost to follow-up, ...)

Indicator-specific notes for Verification Team: Mentioned below are common risks to data quality that may affect the reported counts for an indicator.

2.4	What units are being counted (e.g., people, cases, events)? Do these units correspond those defined in the indicator definition?				
2.5	Is there a process to ensure proper registration of cases/people <u>lost to follow-up</u> ?				
2.6	Is there a process to ensure proper registration of people who have <u>died</u> ?				

2.7	Is there a process to ensure proper registration of people who have <u>transferred in/out (including through referral)</u> ?				
2.8	Is there a process to avoid <u>double-counting</u> of people who receive the service more than once during the reporting period? <i>If yes, please describe.</i>				
2.9	Is there a process to avoid <u>double-counting</u> of people who are enrolled in related services from the same organization (e.g. OVC receiving both school fees and nutritional support)? <i>If yes, please describe.</i>				
2.10	Are there any other instances with a risk of counting errors?				
Additional Comments (if any)					
3. TRACE AND VERIFICATION - Recount results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies -					
A) Recount results from source documents and compare the verified numbers to the site reported numbers					
3.1	Recount the number of people/cases/events <u>recorded</u> during the reporting period by reviewing the source document.				
3.2	Copy the number of people/cases/events <u>reported</u> by the site/organization during the reporting period (from the site summary report).				
Calculate Service Point Indicator Result Verification (i.e., ratio of recounted to reported results)			-		
B) Identify possible reasons for any differences between the verified and reported results					
3.3	What are the reasons for the discrepancy (if any) observed by the Audit Team (i.e., any data entry errors, arithmetic errors, missing source documents, other reason).				
Additional Comments (if any)					
4. CROSS CHECKS - Perform cross-checks of the verified report totals with other data-sources -					
Indicator-specific notes for auditor: If the community-based program includes distribution of relevant commodities, e.g. bed nets, condoms or sterile syringes, cross checks may be performed by comparing the number of persons receiving the service by the a					
CROSS CHECK 1: Between the distribution records from suppliers and the stock records at the site . Was this cross check performed?					
4.1	List the type of commodity (e.g., bed net, condom, anti-malarial medication, etc) that was distributed during the service.				
4.2	Enter the number of commodities issued to the site during the reporting period.				
4.3	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
Calculate % difference in cross check 1			-		
4.4	If a discrepancy between issued and received commodities occurred during the reporting period, determine why, and if and how the store or site addressed this discrepancy.				
CROSS-CHECK 2: Between stock movement and commodities distributed by the site. Was this cross check performed?					
4.5	Enter the number of commodities in stock at the site at the beginning of the reporting period (initial in stock).				

Service Delivery Point (Protocol 2 - Data Verification)					
Number of People Entering from Community-based Programmes					
Reporting Period (This is the period that is being verified from source documents)					
From:		To:		Auditor Name (include work paper reference number)	
Year/Date		Year/Date			
1. DESCRIPTION OF THE RECORDING PRACTICES IN RELATION TO SERVICE DELIVERY - Describe the connection between the delivery of the service and the completion of the source documents.					
Indicator-specific issues for Verification Team: The Verification Team should ask staff to describe the process through which the source documents are filed in relation to the service.					
1.1	Describe the system developed for recording the delivery of the service. Is it a paper-based system? If so, is it a register? If not, is it a register? If not, is it a register? If not, is it a register?				
1.2	Check the site/organization have sufficient supplies of blank source documents (printed or computer-generated) for recording the service.				
1.3	Are there indications that there are delays between delivery of the service and completion of the source document?				
1.4	If the service and recording of the service are not done at the same time, are there any delays between delivery of the service and completion of the source document?				
Additional Comments (if any)					
2. DOCUMENTATION REVIEW - Review availability and completeness of all indicator source documents for the selected reporting period.					
Indicator-specific issues for auditors: Source documents could be community health workers/poor educators daily record of households visited/poor educators daily record of households visited/poor educators daily record of households visited.					
A. Source availability and completeness of documentation					
2.1	Review available source documents for the reporting period being verified. Is there any indication that source documents are missing? If yes, determine how this might have affected reported numbers?				
2.2	Are all available source documents complete? If yes, determine how this might have affected reported numbers?				
2.3	Review the dates on the source documents. Do all dates fall within the reporting period? If yes, determine how this might have affected reported numbers.				
B. Source availability and completeness of documentation					
2.4	What units are being recorded (e.g., people, cases, events)? Do these units correspond to those defined in the indicator definition?				
2.5	Is there a process to ensure proper registration of community health workers?				
2.6	Is there a process to ensure proper registration of people who have been visited?				
2.7	Is there a process to ensure proper registration of people who have been visited?				
2.8	Is there a process to ensure proper registration of people who have been visited?				
2.9	Is there a process to ensure proper registration of people who have been visited?				
2.10	Are there any other indicators with a risk of recording errors?				
Additional Comments (if any)					
3. TRACE AND VERIFICATION - Product results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies.					
A. Product results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies.					
3.1	Product results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies.				
3.2	Product results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies.				
3.3	Product results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies.				
B. Product results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies.					
3.4	Product results from source documents, compare the verified numbers to the summary reports and explain discrepancies.				
Additional Comments (if any)					
4. CROSS CHECKS - Perform cross checks of the verified report data with other data sources.					
Indicator-specific issues for auditors: If the community-based program includes distribution of relevant commodities, e.g. bed nets, condoms or sterile syringes, cross checks may be performed by comparing the numbers of commodities received by the service by the community health workers with the numbers of commodities received by the service by the community health workers.					
Cross Check 1: Community health workers' records of commodities received					
4.1	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.2	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.3	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.4	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.5	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.6	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.7	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.8	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.9	Enter the number of commodities received by the site during the reporting period.				
4.10	Any additional cross checking (add as appropriate)				
Additional Comments (if any)					
5. SPOT CHECKS - Perform spot checks to verify the delivery of services or commodities through Community-based Programmes.					
Indicator-specific issues for auditors: A sample of households of the service may be contacted. The purpose of spot checks is to confirm that the service was actually received by beneficiaries listed in source documents. If any and the community health workers report checks that the service was actually received by beneficiaries listed in source documents.					
5.1	How many beneficiaries were visited?				
5.2	How many of the beneficiaries contacted had actually received the service?				
5.3	If there is a discrepancy, what issues did the spot check reveal cause?				
Additional Comments (if any)					

ANNEXE 2: Quelques modèles pour l'Organisme Demandeur de l'EQD

Annexe 2, Etape 1 - Modèle 1. Tableau Illustratif du classement des pays selon les investissements et selon les Résultats Rapportes

[illegible]

Annexe 2, Etape 1 - Modèle 2. Analyse Illustrative de l'Importance Relative des Investissements et des résultats des indicateurs par zone de Programme

Program/project: _____

Zone de Programme	\$ Investis dans la zone de Programme	% Total des Investissements dans le Programme /projet	Principal Indicateur dans la zone de Programme	Résultats escomptés ou rapportés pour l'Indicateur	% de Résultats escomptés ou rapportés à l'échelle du pays	Notes/commentaires
Traitement ART	\$2,000,000	80%	Population sous ART	20,000	80%	

Annexe 2, Etape 1 - Modèle 3. Documentation of the selection of the Country, Disease/Health Area, Program/project(s), Program Area and Indicators

Pays	Zone de Maladie/ Santé	Program/project	Zone de Programme	Indicateur (s)	Période d'Information	Critères en vigueur pour la sélection de l'Indicateur et la période d'information	Personnes/Entité concernées par la décision d'audit

Annexe 2, Etape 2 - Modèle 1. Lettre de Demande de Notification et de Documentation au Programme /projet Sélectionné

Date

Adresse

Cher(e) _____:

[Votre organisation] a été choisie pour un Audit Qualité des Données par [nom de l'Organisation ayant Commandé l'Audit] en rapport avec le [nom du Programme/projet].

Le but de cet audit est de : (1) évaluer la capacité des systèmes de gestion des données du programme/projet(s) pour lequel vous dressez un rapport qualité des données; et de (2) vérifier la qualité des données transmises selon les indicateurs clés dans les sites sélectionnés. [Nom du Cabinet d'Audit] mènera l'audit et vous contactera bientôt dans le cadre de cet audit.

Cet Audit Qualité des Données concerne [Maladie], [zone d'implantation du programme] et les vérifications vont se concentrer sur les indicateurs suivants:

1	<u>[nom de l'indicateur]</u>
2	<u>[nom de l'indicateur]</u>

L'audit va :

1. Evaluer la forme des systèmes de gestion et de diffusion des données;
2. Vérifier au niveau des sites de fourniture de service et des niveaux intermédiaires de stockage (ex, districts, régions) si le système est exécuté tel que défini ;
3. Retrouver et vérifier dans quelques sites, les chiffres précédemment transmis pour un nombre limité d'indicateurs et;
4. Transmettre les conclusions de l'audit ainsi que les améliorations suggérées sous forme de Rapport d'Audit formel.

Avant que l'audit ne démarre, [nom de l'Agence d'Audit] devra:

- Une liste de tous les Sites de Fourniture de Service en même temps que les derniers résultats transmis (selon les indicateurs ci-dessus);
- Le modèle 1 rempli (attaché à cette lettre) décrivant le système de collecte et diffusion des données (selon les indicateurs ci-dessus);
- Des modèles de formulaires de collecte et diffusion des données (selon les indicateurs ci-dessus).

Cette information est essentielle au démarrage de l'audit, par conséquent elle est requise dans les deux semaines suivant la réception de cette lettre et devra être envoyée à [adresse du Cabinet d'Audit].

Pour permettre à L'Equipe d'audit d'exécuter la phase initiale d'examen de votre système global de gestion des données et de limiter, le moins possible, la présence de l'équipe sur le terrain, nous souhaiterions aussi que vous fournissiez à l'Agence d'Audit toute la documentation existante et disponible figurant au Tableau 1 (attaché à cette lettre).

Merci de soumettre la documentation demandée à _____ au _____ par _____.

Toute documentation disponible sous forme électronique pourra être envoyée par email à _____.

Après examen par le service d'information de l'information et de la documentation fournies, le Cabinet d'Audit poursuivra l'audit dans le bureau qui fait office d'unité de Gestion du S&E pour le Programme/projet et dans un nombre réduit de vos sites de diffusion et bureaux intermédiaires de gestion de données (ex les bureaux ou districts régionaux). Pour faciliter les visites de sites, nous souhaiterions que L'Equipe d'audit soit accompagnée de deux membres du personnel de l'unité S&E, ou alors des personnels chargés de recevoir, examiner et / ou rédiger les rapports provenant des entités de diffusion.

Du fait que le temps nécessaire pour l'audit dépend du nombre et de l'emplacement des sites sondés, vous serez contactés par l'Agence de vérification pour répondre à des questions plus spécifiques en rapport avec le calendrier, après la sélection de l'échantillon de sites. Cependant, vous devez vous attendre à ce que l'audit dure entre 10 et 15 jours (avec deux jours de plus à l'Unité de S&E et autour d'un jour par Site de Fourniture de Service et par Niveau de Stockage Intermédiaire ex, Districts ou Régions).

Enfin, puisque L'Equipe d'audit aura besoin d'obtenir et de passer en revue les documents sources (ex, dossiers des clients ou registres d'inscription), il est important d'obtenir une autorisation officielle pour avoir accès à ces documents. Cependant, nous voulons vous assurer qu'il ne sera retenu aucun détail concernant les personnes durant l'audit. L'équipe cherchera seulement à vérifier si les chiffres consignés dans les "documents sources" pour et en rapport avec le service ou l'activité sont exacts cette période de l'audit. Les dossiers personnels ne vont ni quitter le site, ni être photocopiés.

Nous aimerions aussi souligner que nous ne ménagerons aucun effort pour limiter l'impact qu'aura notre audit sur votre personnel et sur les activités en cours. A cet égard, il serait appréciable si vous mettiez tout de suite à la disposition du Cabinet d'audit, un interlocuteur principal dans ce processus. (Votre principal responsable de gestion des données, par exemple) afin que nous nous contentions exclusivement d'échanger avec la bonne personne. Pour toute question prière de contacter _____ à _____.

Sincèrement Vôtre

cc: Cabinet Gouvernemental d'Audit
Bailleur/Partenaires au Développement et Partenaires dans la Mise en Oeuvre
Autres, si nécessaire pour le pays et pour l'audit

Tableau 1 - Liste des Zones Fonctionnelles d'Audit et de la Documentation à exiger du Programme/projet de la part du service de traitement de l'information (si disponible)

Zones Fonctionnelles	Documentation Générale Nécessaire	Est -elle fournie ? √
Information sur le Contact	• Noms et informations sur les contacts <u>nécessaires pour</u> les principaux agents du programme/projet, y compris les personnes clés responsables des activités de gestion des données.	
I - Structures,	• Organigramme démontrant les responsabilités au sein du S&E.	

Tableau 1 - Liste des Zones Fonctionnelles d'Audit et de la Documentation à exiger du Programme/projet de la part du service de traitement de l'information (si disponible)

Zones Fonctionnelles	Documentation Générale Nécessaire	Est -elle fournie ? √
Rôles et Capacités du S&E	<ul style="list-style-type: none"> Liste des postes et statuts en S&E (ex., à plein temps, ou à temps partiel, pourvus ou vacants). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Plan de formation en S&E, s'il en existe un. 	
II – Définitions d'indicateur et Indications pour la gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> Instructions aux sites de diffusion sur les exigences et les délais. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Description de la manière dont la fourniture des services est enregistrée dans les documents sources et dans d'autres documents tels que les registres des cliniques et les rapports périodiques des sites. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Schéma détaillé sur la manière dont les données circulent : <ul style="list-style-type: none"> Des Sites de Fourniture de Services aux Niveaux Intermédiaires de Stockage (ex bureaux de districts, bureaux provinciaux, etc.); Des Niveaux Intermédiaires de Stockage (s'il en existe) à l'Unité de S&E. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Programme National de S&E, s'il en existe. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Définitions opérationnelles des indicateurs qui sont audités. 	
III –Collecte de Données et Formulaires et outils de gestion	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire(s) de Collecte des Données pour les indicateurs qui sont audités. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire(s) de collecte pour les indicateurs qui sont audités. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Instructions pour remplir les formulaires de collecte et gestion des données. 	
IV – Les Processus de Gestion des Données	<ul style="list-style-type: none"> Documentation rédigée sur les processus de gestion des données avec toutes les démarches accomplies sur la vérification de toutes les données, du stockage et de la manipulation à tous les niveaux du système de gestion. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Procédures rédigées pour faire face aux défis spécifiques de qualité des données (ex double décompte, "perdu à suivre"), y compris les instructions envoyées aux sites de gestion. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Indications et prévisions pour les visites régulières de supervision. 	
V – Les rapports avec le Système National de Gestion	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de renseignement entre le système de gestion des données du Programme/projet et le système national de gestion des données correspondant. 	

Annexe 2, Etape 2 – Modèle 2 - Description du Système de Collecte et de Diffusion des des Données

A remplir - DESCRIPTION DU SYSTEME DE COLLECTE ET DIFFUSION DES DONNEES

Prière de remplir ce modèle de formulaire pour chaque indicateur en vérification par l'Evaluation de la Qualité des Données (DQA)

Nom de l'Indicateur	
Définition de l'Indicateur	

1- Y'a t-il une personne chargée de l'analyse et de la gestion des données dans l'Unité S&E au niveau Central ?

Oui	Non
-----	-----

1.1- Si "Oui", prière de donner le nom et l'adresse email de la personne contact:

Nom

e-mail

ENREGISTREMENT DE LA FOURNITURE DE SERVICE SUR LES DOCUMENTS SOURCES (aux Points de Fourniture de Service)

2- Y'a-t-il un formulaire standard au niveau national que tous les points de fourniture de service utilisent pour enregistrer la fourniture de service auprès des populations cibles?

Oui	Non
-----	-----

2.1- Si "Non", combien de formulaires différents sont utilisés par les points de fourniture de services?

Nombre

--

3- Quel le nom du formulaire(s) utilisé par les points de fourniture de services?

Nom du Formulaire(s)

--

4- Quels sont dans le formulaire les principaux domaines qui correspondent à l'indicateur ?

Domaine 1

Domaine 2

Domaine 3

Domaine 4

Veuillez ajouter ...

LA TRANSMISSION DES DONNEES, DEPUIS LES POINTS DE FOURNITURE DE SERVICES JUSQU'A L'UNITÉ NATIONALE DE S&E (En passant par tous niveaux intermédiaires – Districts, Régions, ...)

- 5- Prière d'utiliser ce tableau pour expliquer le processus de transmission des données dans votre pays. Dans la première ligne, fournir les informations sur les rapports qui sont reçus au bureau central. Indiquer la provenance de ces rapports, combien de rapports vous vous attendez à recevoir pour chaque période **de l'audit**, et combien de fois par an vous recevez ces rapports.

Rapports reçus par by:	Expéditeur	Nombre d'expéditeurs (ex si les rapports sont envoyés par les districts, indiquer ici le nombre de districts)	Quelle est la fréquence de réception des rapports dans l'année (ex : par trimestre=4fois par an)

- 6- Quel est le niveau le plus bas au niveau central pour lequel vous recevez des données à l'Unité de Gestion du S&E ?

Patients individuels	Infrastructures de Santé	Districts	Région	Other ... [please specify]
----------------------	--------------------------	-----------	--------	----------------------------

- 7- A quel niveau les données sont informatisées pour la première fois (i.e., enregistrés dans l'ordinateur)?

Infrastructures de Santé	Districts	Région	National	Other ... [please specify]
--------------------------	-----------	--------	----------	----------------------------

- 8- Prière de fournir tout autre commentaire (le cas échéant).

--

Enfin, prière de joindre les modèles (1) document source; et (2) rapports reçus à chaque niveau.

Annexe 2, étape 2 – Modèle 3. Lettre de Demande d'Agrément National pour l'EQD

Date

Adresse de l'Agence Nationale d'Agrément pour la Vérification de la Qualité des Données

Cher _____:

En tant que partie intégrante de ses activités de supervision en cours [nom de l'organisation commanditaire de l'audit] a sélectionné [programmes/projets] au/en [pays] pour une Vérification de la Qualité des Données. Soumis à l'approbation, la Vérification de la Qualité des Données aura lieu entre [mois _____ et _____], [Année].

Le but de cette vérification de la qualité des données est d'évaluer la capacité du système de gestion des données du programme de faire état des données de qualité et de suivre et vérifier les résultats rapportés des sites sélectionnés liés aux indicateurs suivants :

1	[nom de l'indicateur]
2	[nom de l'indicateur]

[Nom du Cabinet d'audit] a été sélectionné par [nom de l'Organisation Commanditaire de l'Audit] pour exécuter la vérification de la qualité des données.

La conduite de cette vérification de la qualité des données peut nécessiter l'accès aux données rapportées à travers le système d'information national sur [la maladie et la zone du programme]. La vérification va inclure la reprise des données collectées pendant les périodes d'élaboration des rapports, dont l'obtention et l'examen des documents source (par exemple des fiches/registres d'enregistrements ou d'inscriptions de client, des fiches de formation, des fiches de distribution des produits). Tandis que l'équipe de vérification aura besoin de manière potentielle de l'accès à l'information personnelle du patient, elle gardera ces informations dans le secret absolu et aucune documentation de la vérification ne contiendra ou ne révélera des informations personnelles. Le but de l'accès à une telle information est d'énumérer et de procéder à des vérifications en vue de l'audit. Si nécessaire, l'équipe de vérification devra avoir accès et utiliser de telles informations au niveau des sites de fourniture de service. Les informations personnelles ne devront ni être retirées du site ni photocopiées.

Les résultats de la vérification de la qualité des données peuvent également être utilisés pour améliorer le Système suivi-évaluation (S&E) des programmes/projets.

Pour toute information concernant cette vérification de la qualité des données, veuillez contacter _____ au _____.

[Nom de l'organisation commanditaire de l'audit] requière formellement par la présente l'approbation pour conduire cette vérification de la qualité de données.

Veuillez indiquer ci-dessous approuvé ou non approuvé (en indiquant les raisons de la non-approbation) et renvoyer cette lettre à _____ au _____.

Approuvé/Non approuvé (veuillez entourer l'une des options)

Date

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

CC: Le Directeur du programme/projet, le Cabinet d'Audit de l'Etat, les bailleurs/Partenaires au Développement et les Partenaires d'exécution et Autres, à la convenance de l'Audit.

ANNEXE 3: Modèles pour l'Agence et l'Equipe d'audit

Annexe 3, étape 2 – Modèle 1. Fiche d'informations pour l'unité de S&E impliquée dans l'EQD

1- Objectif du EQD

Les objectifs de la vérification de la qualité des données sont de :

- vérifier que les systèmes convenables de gestion des données sont mis en place et
- vérifier la qualité des données collectées pour les indicateurs principaux dans les sites sélectionnés.
-

2- Indicateur(s) Inclus dans l'Audit

- à compléter par l'Equipe d'audit -

3- Période d'élaboration des rapports examinée

- à compléter par l'Equipe d'audit -

4- Tâches accomplies par l'Equipe d'audit au niveau de l'Unité de S&E.

- Interroger le gestionnaire du programme et le personnel impliqué dans le S&E et la gestion des données.
- Revoir la disponibilité, l'exhaustivité et le respect des délais des rapports reçus des sites de collecte.
- Reprendre le décompte des nombres à partir des rapports reçus et comparer les résultats aux données collectées par l'unité de S&E.
-

5- Personnel à disposition au niveau de l'unité de S&E pendant le EQD

- Directeur du programme
- Agent responsable de la gestion des données.
- Personnel impliqué dans la révision et la compilation des rapports reçus des sites de collecte.
- Personnel des TI impliqué dans la gestion des bases de données, si possible
- Personnel approprié des organisations partenaires intervenant dans le renforcement des systèmes de S&E, si possible.
-

6- Documentation à préparer avant l'arrivée de l'équipe d'audit

- **Les résultats collectés par l'unité de S&E pour la période choisie pour l'élaboration des rapports (voir le point 3 - ci-dessus).**
- **L'accès aux résumés des rapports de site soumis pour la période (voir le Point 3 - ci-dessus).**
- L'organigramme présentant les responsabilités de S&E
- La liste des postes et statuts de S&E (par exemple, à plein temps ou à temps partiel, pourvus ou vacants)
- Le plan de formation en S&E, s'il existe.
- Les ordres de service sur les sites de collecte concernant les exigences et délais d'élaboration des rapports.
- La description de la manière dont la fourniture de services est enregistrée sur des documents sources et sur d'autres documents tels que des registres de consultation et des rapports périodiques de sites.
- Le diagramme détaillé de la manière dont les données circulent des sites de fourniture de service à l'unité de S&E.
- Le plan national de S&E, s'il existe.
- Les définitions opérationnelles des indicateurs à vérifier (voir le point 2 - ci-dessus)
- Le modèle de collecte de données et formulaires d'élaboration des rapports pour les indicateurs à vérifier (avec les directives).
- La documentation écrite des processus de gestion des données dont une description de toutes les étapes de vérification des données, de compilation et de manipulation mises en oeuvre à chaque niveau du système d'élaboration des rapports.
- Les procédures écrites pour relever les défis spécifiques de la qualité de données (par exemple, double emploi, "perdu de vue"), dont des directives envoyées sur les sites de collecte.
- Les directives et programmes pour les visites de routine de supervision des sites.
-

7-Temps prévu pour l'Equipe d'audit au niveau de l'unité de S&E

- A compléter par l'Equipe d'audit [Directive : 2 jours - 1 jour au début et 1 jour à la fin du EQD]

ATTENTION : En aucun cas les rapports ne devraient être confectionnés pour les buts de l'audit.

Annexe 3, étape 2 – Modèle 2. Fiche d'informations pour les niveaux de compilation intermédiaires choisis pour le EQD

1- Objectif du EQD
<p>Les objectifs de la vérification de la Qualité des Données sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vérifier que les systèmes convenables de gestion des données sont mis en place ▪ vérifier la qualité des données collectées pour les indicateurs principaux dans les sites sélectionnés.
2- Indicateur(s) Inclus dans la vérification
- à compléter par l'Equipe d'audit -
3- Période d'élaboration des rapports examinée
- à compléter par l'Equipe d'audit -
4- Tâches accomplies par l'Equipe d'audit au niveau de la compilation intermédiaire.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interroger le responsable du site et le personnel impliqué dans la gestion et la compilation des données. ▪ Revoir la disponibilité, l'exhaustivité et le respect des délais des rapports reçus des sites de collecte. ▪ Reprendre le décompte des nombres à partir des rapports reçus et comparer le résultat aux données collectées au niveau suivant. ▪ Comparer les données communiquées avec d'autres sources de données (des relevés d'inventaires, des rapports de laboratoire, etc.) ▪ Vérifier la véracité des services rendus à la population cible (si possible)
5- Personnel à disposition au niveau de la compilation intermédiaire lors de l'EQD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le directeur du site ▪ Le personnel impliqué dans la révision et la compilation des rapports reçus des sites de collecte. ▪ le personnel des TI impliqué dans la gestion des bases de données, si possible
6- Documentation à préparer avant l'arrivée de l'équipe d'audit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats collectés au niveau suivant pour la période choisie pour l'élaboration des rapports (voir le point 3 - ci-dessus). ▪ L'accès aux résumés des rapports du site soumis pour la période (voir le Point 3 - ci-dessus). ▪ Description des étapes de compilation et/ou de manipulation faites sur les données soumises par les sites de collecte. ▪
7-Temps prévu pour l'Equipe d'audit au niveau de la compilation intermédiaire
- à compléter par l'Equipe d'audit [Directive : entre 1/2 journée et 1 jour à chaque site de niveau de compilation intermédiaire]

ATTENTION : En aucun cas des documents sources ou des rapports ne devraient être confectionnés pour les buts de l'audit.

Annexe 3, étape 2 – Modèle 3. Fiche d'informations pour les sites de fourniture de services choisis pour le EQD

1- Objectif du EQD
<p>Les objectifs de la vérification de la Qualité des Données sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vérifier que les systèmes convenables de gestion des données sont mis en place • vérifier la qualité des données collectées pour les principaux indicateurs dans les sites sélectionnés.
2- Indicateur(s) Inclus dans la vérification
-à compléter par l'Equipe d'audit -
3- Période d'élaboration des rapports examinée
-à compléter par l'Equipe d'audit -
4- Tâches accomplies par l'Equipe d'audit au niveau du site de fourniture de services.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interroger le responsable du site et le personnel impliqué dans la collecte et la compilation des données. ▪ Comprendre comment et quand les documents sources sont complétés par rapport à la fourniture de services. ▪ Vérifier la disponibilité et l'exhaustivité de tous les documents sources pour la période choisie pour l'élaboration des rapports. ▪ Reprendre le décompte des données enregistrées à partir des documents sources disponibles et comparer les résultats aux chiffres collectés par le site. ▪ Comparer les données collectées avec d'autres sources de données (par exemple des relevées d'inventaires, des rapports de laboratoires, etc.) ▪ Vérifier la fourniture réelle de services ou de produits aux populations cibles (si possibles).
5- Personnel à disposition au niveau du site de fourniture de services lors du EQD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le directeur du site. ▪ Le personnel responsable pour remplir les documents sources (par exemple les fiches de traitement du patient, les registres de consultation, la feuille de pointage, etc.). ▪ Le personnel responsable du report des données dans des registres ou le système informatique (selon la convenance). ▪ Le personnel responsable de la compilation des rapports périodiques (par exemple mensuel, trimestriel, etc.).
6- Documentation à préparer avant l'arrivée de l'équipe d'audit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats collectés au niveau suivant pour la période choisie pour l'élaboration des rapports (voir le point 3 - ci-dessus). ▪ Tous les documents sources pour la période de collecte choisie, dont les documents sources des sites auxiliaires/périphériques (voir le point 3 - ci-dessus). ▪ Description des étapes de compilation et/ou de manipulation faites sur les données soumises au niveau suivant.
7-Temps prévu pour l'Equipe d'audit au niveau du site de fourniture de services

-à compléter par l'Equipe d'audit [Directive : Entre ½ journée et deux jours (plus d'un jour sera nécessaire pour des sites importants avec des données collectés en plusieurs centaines ou des sites qui comprennent des centres satellites ou lorsque des "contrôles locaux" sont faits.)]

ATTENTION : En aucun cas, des documents sources ou des rapports ne devraient être confectionnés pour les buts de l'audit.

Annexe 3, Etape 4 – Modèle 4. Liste de contrôle pour la préparation de l'Equipe d'audit aux visites de vérification des Sites

N°	Article	Cocher lorsque c'est complet √)
1	Lettre d'agrément	
2	Directives de mise en oeuvre	
3	Protocole 1 de l'EQD : Protocole d'évaluation du système (faire des copies de toutes les fiches de travail et fichiers informatiques concernés)	
4	Protocole 2 de l'EQD Protocoles de vérification des données (faire des copies de toutes les fiches de travail et fichiers informatiques concernés)	
5	Liste des sites et des contacts	
6	Programmation confirmée des visites de sites	
7	Ordinateur portable (au moins un par sous-équipe)	
8	Plan d'appui logistique pour l'audit	
9	Documentation convenable fournie par le Programme/projet pour l'examen documentaire	
10	Autres	

Annexe 3, Etape 5 – Modèle 1. Format des notes de recodification des Interviews/Réunions avec les responsables de S&E et le personnel

Nom et adresse du Programme/projet (et de l'Organisation) :

Numéro du contrat (si possible) :

Noms des personnes interrogées :

Auditeur :

Date de l'interview :

Zone du programme :

Indicateur(s) concerné(s) :

Référence du document de travail ou numéro de l'index :

But de l'interview :

Description narrative des discussions :

Signature de l'auditeur :

Date :

Annexe 3, Etape 13 - Modèle 1. Note de Recommandations de la Vérification de la Qualité des Données

Nom et adresse du Programme/projet (et de l'Organisation) : Numéro du contrat (si possible) :	
Personne contact :	
Auditeur :	
Date de l'audit :	
Situation :	Indicateur(s) approprié(s) :
Classification: Dominant/de moindre importance	Dimension de la qualité des données :
Explication des résultats (preuves comprises) :	
Action recommandée pour la correction (<i>remplir <u>avant</u> la réunion de clôture avec le Programme/projet</i>) :	
Notes des discussions de la réunion de clôture avec le Programme/projet :	

Action finale recommandée ((remplir après la réunion de clôture avec le Programme/projet) :

Date d'exécution prévue (si possible) :

Signature de l'auditeur :

Date :

Annexe 3, Etape 19 - Modèle 1 : Fichier de rappel pour l'activité de renforcement de la qualité des données de S&E du Programme/projet :

Nom et adresse du Programme/projet (et de l'Organisation) :				
Numéro du contrat (si possible) :				
Personne contact :				
Auditeur :			Date de l'audit :	
Zone du programme :			Indicateur(s) approprié :	
Désignation et description de l'activité	Date d'exécution prévue	Personne(s) responsable(s)	Date vérifiée	Résultat

**ANNEXE 4: Site de sélection qui utilise
des techniques de
prélèvement groupé**

Instructions pour le prélèvement par l'utilisation d'un prélèvement groupé double

1. *Déterminer le nombre de groupes et de sites* L'équipe d'audit devrait travailler avec l'organisation commanditaire du EQD pour déterminer le nombre de groupes et de sites au sein des groupes.
2. *Plus d'un niveau intermédiaire.* Dans le cas où il existerait plus d'un niveau de compilation intermédiaire (c à d que les données vont des districts vers les régions avant d'arriver au niveau national), un prélèvement de groupe triple doit être matérialisé. Cela signifie que deux régions devraient être prélevées et deux districts prélevés dans chaque région.
3. *Pas de niveau intermédiaire.* Si les données sont collectées directement du site de fourniture de services au niveau national (c à d pas de site intermédiaire de compilation), la sélection du site sera faite comme précédemment (prélèvement groupé avec le district comme unité de prélèvement de base) mais le calcul du facteur de contrôle changera. Dans ce cas, il n'y a pas d'ajustement pour l'erreur qui apparaîtrait entre le district et le niveau national.
4. *Préparer le cadre de prélèvement* . La première étape dans le choix des groupes pour la vérification sera de préparer un cadre de prélèvement ou une liste de toutes les zones (ou groupes) où l'activité est menée (par exemple des zones avec des sites de traitement d'ART). La méthodologie pousse à choisir des groupes proportionnellement à la taille, c'est-à-dire . le volume de service. Il est souvent utile d'étendre le cadre de prélèvement de sorte que chaque groupe soit énuméré proportionnellement à la taille du programme dans le groupe. Par exemple, si un groupe donné est responsable pour 15% des patients qui reçoivent des services, ce groupe devrait comporter 15% des éléments dans le cadre de prélèvement. Pour plus de détails, voir l'exemple *d'illustration de la stratégie de prélèvement D* (annexe 4, tableau 3) ci-dessous. Il faut veiller à ne pas classer un cadre de prélèvement de manière à polariser le choix des groupes. Le classement des groupes peut introduire la *périodicité* ; par exemple chaque 10ème groupe est une zone rurale. Le classement par ordre alphabétique est, en général, une manière passive de classer les groupes.
5. *Calculer l'intervalle de prélèvement.* L'intervalle de prélèvement est obtenu en divisant le nombre d'éléments dans le cadre de prélèvement par le nombre d'éléments à prélever. En utilisant un tableau de numérotation aléatoire (annexe 4, tableau 5) ou une méthode similaire, il faut choisir au hasard un point de départ sur le cadre de prélèvement. C'est la première zone prélevée. Continuer ensuite, par le moyen du cadre de prélèvement, à sélectionner les zones qui coïncident avec des intervalles de prélèvement multiples.
6. *Sélectionner au hasard un point de départ.* Utiliser le tableau de numérotation aléatoire (annexe 4, tableau 5) pour déterminer au hasard un numéro de départ. Sélectionner un point de départ sur le tableau en cherchant ailleurs et en marquant un point sur le tableau avec un crayon. Tracer un trait au-dessus de la rangée la plus proche du point et un trait à la gauche de la colonne la plus proche du point. En allant vers la bas et à droite de votre point de départ, il faudra choisir le premier nombre lu à partir du tableau dont les derniers chiffres X sont situés entre 0 et N. (où N = la taille de population, M = la taille du prélèvement, X = le nombre de chiffres de N. Si N est un nombre à deux chiffres, alors X sera 2. Si N est un

nombre à quatre chiffres, X sera 4, etc.).

Exemple :

N = 300, M = 50, le point de départ est la colonne 3, ligne 2 sur le Tableau de numérotation aléatoire (lire en bas). Vous devrez sélectionner 043 comme nombre de départ.

59468
99699
14043
15013
12600
33122
94169
etc.

7. *Sélectionner les groupes.* Descendre la liste des groupes classés et numérotés et s'arrêter au nombre de départ. C'est le premier groupe. Continuer vers le bas du cadre de prélèvement jusqu'au nombre d'éléments égal à l'intervalle de prélèvement. Le numéro de départ + l'intervalle de prélèvement = 2ème groupe. Le numéro de départ + 2 (l'intervalle de prélèvement) = 3ème groupe, etc.
8. *Stratifier les Points de Fourniture de Services.* Classer les points de fourniture de services dans chacune des zones de prélèvement par volume de service, c.-à-d. la valeur de l'indicateur de la période d'élaboration des rapports auditée. Diviser la liste en niveaux selon le nombre de sites à choisir. Classer les sites par volume de service et les partager équitablement entre les niveaux. Si possible, choisir un nombre égal de sites à partir de chaque niveau. Par exemple, si vous choisissez trois sites, créer trois niveaux (petit, moyen et grand). Si vous sélectionnez deux sites, créer deux niveaux. Pour six sites, créer trois niveaux et sélectionner deux sites par niveau et ainsi de suite.
9. *Sélectionner les Points de Fourniture de Services* Pour un grand nombre de sites vous pouvez utiliser un tableau de numérotation aléatoire et sélectionner systématiquement des sites comme ci-dessus. Pour un nombre restreint de sites, le prélèvement aléatoire simple peut être utilisé pour sélectionner des sites dans des groupes.
10. *Sélection des sites de 'sauvegarde'.* Si possible, choisir un site de sauvegarde pour chaque niveau. Utiliser ce site uniquement si vous ne pouvez pas visiter les sites sélectionnés au départ pour des problèmes de sécurité ou d'autres facteurs. Commencer par un nouveau cadre de prélèvement pour sélectionner ce site (les sites déjà sélectionnés étant exclus) Ne pas remplacer des sites par complaisance. Le remplacement des sites devrait être discuté, si possible, avec l'organisation commanditaire du EQD.
11. *Connaître sa méthodologie de prélèvement.* Les sites sont supposés être sélectionnés pour une vérification autant que possible au hasard (et de manière équitable) tout en tirant profit

de la nature pratique et de l'économie liées au prélèvement de groupe. Il vous sera peut-être demandé d'expliquer pourquoi un site donné a été sélectionné. Attendez-vous à décrire les méthodes de prélèvement et à expliquer la sélection équitable des sites.

Exemple d'illustration – Prélèvement de Groupes doubles

Dans l'exemple qui suit, un prélèvement de groupes doubles modifié, est utilisé pour matérialiser un prélèvement d'ART dans «notre pays» afin de déduire une estimation de la qualité des données au niveau national. Dans une conception de groupe de prélèvement, le prélèvement final provient des niveaux. Chaque niveau est composé de deux activités : (1) l'énumération, (2) le prélèvement. L'énumération signifie l'élaboration d'une liste complète de tous les éléments à partir desquels un nombre sera sélectionné. On parle de prélèvement lorsqu'un nombre d'éléments déterminés au préalable est sélectionné au hasard à partir de l'énumération complète des éléments. Un prélèvement est juste aussi bon que la liste dont il provient. La liste, également appelée cadre de prélèvement, est «bonne» (valide) si elle est complète, c.-à-d. si elle comprend tous les éléments connus qui comportent la population des éléments. Pour des sites ART d'un pays, un *bon* cadre de prélèvement signifie que chaque site ART du pays est correctement identifié dans la liste. Indicateur d'illustration pour cette application = nombre d'individus soumis à la thérapie antirétrovirale (ART). Objectif de l'audit : vérifier la conformité des rapports nationaux de notre pays sur les progrès des ART en se fondant sur les systèmes de suivi administratifs. Plan de prélèvement : la conception de groupe double est utilisée pour sélectionner 3 zones, ensuite 3 sites d'ART dans chacune des zones sélectionnées. Niveau de prélèvement 1 : (a) énumérer toutes les zones, (b) sélectionner 3 zones. Problème : l'énumération de toutes les zones est inefficace parce que les sites d'ART peuvent ne pas être localisés dans chaque zone de notre pays. Par conséquent, pour rendre le prélèvement des zones plus efficace, il faut d'abord découvrir les zones disposant de sites ART. Dans la grille d'illustration ci-dessous, les cellules surlignées représentent ces zones (n=12) dans lesquelles des sites de ART sont localisés. Ces 12 zones surlignées comprennent le cadre initial de prélèvement (Annexe 4, Tableau 1).

**Annexe 4, Tableau 1. Grille d'illustration
- Présentation de toutes les zones dans
notre pays**

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25

26	27	28	29	30
----	----	----	----	----

1. Cadre de prélèvement pour le niveau 1 : La liste en Annexe 4, Tableau 2 est appelée cadre de prélèvement. Elle contient une liste complète des zones concernées pour la vérification des sites de ART, parce que seules les zones dans lesquelles les sites de ART sont localisés sont incluses dans la liste.
2. La première colonne du cadre contient un plan de numérotation simple commençant par 1 et se terminant avec le dernier élément de la liste, ce qui, dans ce cas, est 12, parce que seules 12 zones de «notre pays» contiennent des sites de ART. .
3. La deuxième colonne du cadre contient le numéro de la zone qui correspond à la grille d'illustration présentée au tableau précédent. Il s'agissait des cellules surlignées qui ont montré les zones qui contenaient des sites d'ART. La colonne 2 (numéro de zone) n'énumère pas les zones choisies. Par contre, elle énumère uniquement ces zones de «notre pays » où se trouvent des sites d'ART. Le prélèvement de 3 zones sera tiré de la colonne 2.
4. La troisième colonne montre le nombre de sites d'ART situés dans chaque zone. Ceci est important parce que la sélection des zones sera proportionnelle au nombre d'individus qui reçoivent les ART dans chaque zone.

Annexe 4, Tableau 2. Cadre de prélèvement pour la sélection des districts dans <i>notre pays</i>			
Cadre de prélèvement numéro simple ascendant	Numéro de zone	Nombre de sites ART par zone	Nombre d'individus qui reçoivent les ART par zone
1	1	2	300
2	3	1	100
3	9	2	200
4	12	3	500
5	16	3	500
6	19	1	60
7	20	1	70
8	21	2	300
9	22	1	90
10	26	5	600

11	27	1	80
12	28	2	200
Total		24	3000

5. La prochaine étape de ce niveau du prélèvement est d'utiliser le cadre de prélèvement pour sélectionner les trois zones où les auditeurs vont mener la vérification dans des sites spécifiques des ART. Nous essayons d'estimer un paramètre (qualité des données) pour toutes les zones/sites dans le pays en utilisant quelques-unes sélectionnées. Par conséquent nous voudrions que ces quelques-unes que nous sélectionnons soient autant que possible typiques pour fournir une estimation aussi proche de la valeur réelle que possible. Quelques zones peuvent contribuer davantage, ou moins, à la moyenne de la qualité des données dans tout le pays. Puisque nous sommes intéressés par le choix des zones qui sont représentatives de toutes les zones avec des sites ART dans le pays, et que nous savons que quelques zones, avec des sites ART, peuvent ne pas être typiques (ou représentatives) de toutes les zones avec des sites ART. Nous devons nous assurer que des zones avec un grand volume de services (qui contribuent davantage à la qualité moyenne de données de toutes les zones) sont incluses dans notre prélèvement. Par conséquent, la technique de prélèvement va choisir des zones en utilisant la «probabilité proportion à la taille »
6. En d'autres termes, la possibilité qu'une zone soit choisie pour l'audit dépend du nombre d'individus en traitement dans la zone. Cette information peut être trouvée dans la colonne 4 de l'Annexe 4, Tableau 2 : “Nombre d'individus qui reçoivent les ART par zone”. Habituellement, ce nombre correspond aux rapports trimestriels.
7. Une manière de lier la probabilité de la sélection d'une zone au volume de service est de gonfler le cadre de prélèvement en fonction du nombre d'individus qui reçoivent les ART dans chaque zone. Par exemple, si dans la zone #1 un nombre total de 300 individus reçoivent les ART, la zone #1 devrait alors être énumérée dans le cadre de prélèvement 300 fois.
8. Pour faciliter cela, il faut diviser les valeurs dans la colonne 4 (nombre d'individus recevant les ART) par 10. Par exemple, la zone #1 devrait apparaître maintenant 30 fois au lieu de 300 fois. La zone #3 devrait apparaître 10 fois au lieu de 100 fois, et ainsi de suite. Ce cadre de prélèvement gonflé est présenté dans le tableau 3 de cette section.
9. En utilisant le cadre de prélèvement gonflé présenté en annexe 4, tableau 3, nous sommes prêts à utiliser le prélèvement systématique aléatoire pour choisir trois zones.
10. Dans le prélèvement systématique aléatoire, chaque élément KTH du cadre de prélèvement est choisi pour intégration dans le prélèvement final de l'audit. Si la liste (le cadre de prélèvement) contient 1.000 éléments et que vous vouliez un prélèvement de 100 éléments, vous choisirez chaque 10ème élément pour votre prélèvement. Pour s'assurer contre la polarisation, l'approche standard est de choisir le premier élément au hasard. Dans ce cas-ci, il faut choisir au hasard un nombre compris entre 1 et 10. Ce nombre va représenter le

premier élément dans votre prélèvement. En comptant 10 éléments au-delà de ce nombre vous aurez la représentation du deuxième élément dans votre prélèvement, et ainsi de suite.

11. Dans cet exemple de site des ART, nous voulons choisir trois zones, ensuite au sein de chacune des ces trois zones choisies nous voulons sélectionner trois sites des ART. Par conséquent la dimension souhaitée pour notre prélèvement est neuf sites d'ART. C'est un prélèvement double : la première phase implique l'énumération et le prélèvement des zones. La seconde phase implique l'énumération et le prélèvement des sites ART.
12. Notre cadre de prélèvement est organisé par une méthodologie de probabilité proportionnelle à la taille parce que la liste est alourdie par le nombre d'individus qui reçoivent les ART par zone. En d'autres termes, nous aurons une plus grande probabilité de choisir une zone où un nombre élevé d'individus reçoivent les ART, parce que ces zones sont énumérées plus souvent (c'est à dire ce que «l'inflation» du cadre de prélèvement a accompli).
13. Dans le prélèvement systématique aléatoire, l'intervalle de prélèvement est calculé en divisant la taille souhaitée du prélèvement (trois zones) par le nombre d'éléments dans le cadre de prélèvement (300 dans le cadre présenté en Annexe 3, Tableau 3). Ainsi, notre intervalle de prélèvement est de $300/3$, qui est égal à 100.

Annexe 4, Tableau 3. Cadre de prélèvement pour la sélection des zones sur la base d'une probabilité proportionnelle à la taille*

#	Zone	#	Zone	#	Zone	#	Zone	#	Zone	#	Zone	#	Zone
1	1	51	9	101	12	151	16	201	21	251	26	301	
2	1	52	9	102	12	152	16	202	21	252	26	302	
3	1	53	9	103	12	153	16	203	21	253	26	303	
4	1	54	9	104	12	154	16	204	22	254	26	304	
5	1	55	9	105	12	155	16	205	22	255	26	305	
6	1	56	9	106	12	156	16	206	22	256	26	306	
7	1	57	9	107	12	157	16	207	22	257	26	307	
8	1	58	9	108	12	158	16	208	22	258	26	308	
9	1	59	9	109	12	159	16	209	22	259	26	309	
10	1	60	9	110	12	160	16	210	22	260	26	310	
11	1	61	12	111	16	161	19	211	22	261	26	311	
12	1	62	12	112	16	162	19	212	22	262	26	312	
13	1	63	12	113	16	163	19	213	26	263	26	313	
14	1	64	12	114	16	164	19	214	26	264	26	314	
15	1	65	12	115	16	165	19	215	26	265	26	315	
16	1	66	12	116	16	166	19	216	26	266	26	316	
17	1	67	12	117	16	167	20	217	26	267	26	317	
18	1	68	12	118	16	168	20	218	26	268	26	318	
19	1	69	12	119	16	169	20	219	26	269	26	319	
20	1	70	12	120	16	170	20	220	26	270	26	320	
21	1	71	12	121	16	171	20	221	26	271	26	321	
22	1	72	12	122	16	172	20	222	26	272	26	322	
23	1	73	12	123	16	173	20	223	26	273	27	323	
24	1	74	12	124	16	174	21	224	26	274	27	324	
25	1	75	12	125	16	175	21	225	26	275	27	325	
26	1	76	12	126	16	176	21	226	26	276	27	326	
27	1	77	12	127	16	177	21	227	26	277	27	327	
28	1	78	12	128	16	178	21	228	26	278	27	328	
29	1	79	12	129	16	179	21	229	26	279	27	329	
30	1	80	12	130	16	180	21	230	26	280	27	330	
31	3	81	12	131	16	181	21	231	26	281	28	331	
32	3	82	12	132	16	182	21	232	26	282	28	332	
33	3	83	12	133	16	183	21	233	26	283	28	333	
34	3	84	12	134	16	184	21	234	26	284	28	334	
35	3	85	12	135	16	185	21	235	26	285	28	335	
36	3	86	12	136	16	186	21	236	26	286	28	336	
37	3	87	12	137	16	187	21	237	26	287	28	337	
38	3	88	12	138	16	188	21	238	26	288	28	338	
39	3	89	12	139	16	189	21	239	26	289	28	339	
40	3	90	12	140	16	190	21	240	26	290	28	340	
41	9	91	12	141	16	191	21	241	26	291	28	341	
42	9	92	12	142	16	192	21	242	26	292	28	342	

43	9	93	12	143	16	193	21	243	26	293	28	343	
44	9	94	12	144	16	194	21	244	26	294	28	344	
45	9	95	12	145	16	195	21	245	26	295	28	345	
46	9	96	12	146	16	196	21	246	26	296	28	346	
47	9	97	12	147	16	197	21	247	26	297	28	347	
48	9	98	12	148	16	198	21	248	26	298	28	348	
49	9	99	12	149	16	199	21	249	26	299	28	349	
50	9	100	12	150	16	200	21	250	26	300	28	350	

14. En utilisant une méthodologie de démarrage aléatoire, sélectionnons maintenant un nombre au hasard entre 1 et 100. Utiliser la table de numérotation aléatoire en Annexe 4, Tableau 5 pour générer ce numéro aléatoire. Choisir un point de départ sur le tableau en cherchant ailleurs et en marquant un point sur le tableau avec un crayon. Tracer une ligne au-dessus de la rangée la plus proche du point et une ligne gauche de la colonne la plus proche du point. A partir du point de départ (le point) descendre la colonne à droite du trait vertical jusqu'à un nombre inférieur à l'intervalle de prélèvement. Ce nombre est votre point de départ et votre première zone prélevée. Dans ce cas le nombre aléatoire est égal à 14. Il devient maintenant le premier élément choisi à partir du cadre de prélèvement et correspond à la zone #1.
15. Dans un prélèvement systématique aléatoire, nous nous déplaçons de manière systématique vers le bas de la liste sur la base de l'intervalle de prélèvement. Notre intervalle de prélèvement calculé est 100. Puisque notre point de départ aléatoire était 14, la tâche est maintenant de se déplacer 100 rangées vers le bas de la liste pour arriver à notre prochaine zone choisie. $14 + 100 = 114$. Cette position sur notre liste se rapporte à la zone #16. C'est notre prochaine zone choisie.
16. Descendre la liste par notre intervalle de prélèvement (100) à partir de 114 signifie que notre prochaine zone est $114 + 100 = 214$, ce qui correspond à la zone #26. C'est notre troisième zone sélectionnée.
17. L'étape 1 de la stratégie de prélèvement a produit les trois zones dont les vrais sites des ART à vérifier seront tirés de l'étape 2.
18. En utilisant exactement la même méthodologie qui a été utilisée dans l'étape 1 de cette stratégie de prélèvement, il faut énumérer tous les sites des ART dans le district #1, le district #16, et le district #26, (annexe 4, tableau 4)

Annexe 4, Tableau 4. Les quatre zones sélectionnées et l'énumération des sites des ART au sein du District #12

Les 4 zones choisies dans le prélèvement de l'Audit	Enumération d'illustration des sites ART au sein des zones sélectionnées (le district #16 est surligné)
------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Numéro de District	Sites par District	Décompte compilé collecté : Individus soumis aux ART		Numéro de District	Décompte compilé collecté : Individus soumis aux ART	Numéro du site.	Décompte spécifique collecté du site :
1	2	300					
16	3	500	→	16	500	#1	100
26	5	600				#2	350
						#3	50
					Total	3	500

19. La tâche consiste maintenant à choisir trois sites des ART dans chacun des districts sélectionnés. Mais, comme nous pouvons le voir à partir du tableau 4, le district #1 dispose seulement de 2 sites des ART; Le district #16, 3 sites et le district #26, 5 sites.
20. Selon la distribution de la population du pays et de l'épidémiologie de la maladie concernée, il peut y avoir beaucoup de sites par zone, ou relativement peu. Etant donné la maturité relative des programmes de TB et de la distribution généralisée de la TB et du paludisme, les sites qui ont des programmes qui s'occupent de ces maladies sont susceptibles d'être assez nombreux par zone. D'autre part, les sites qui ont des programmes VIH/SIDA seront relativement moins nombreux, particulièrement dans les pays avec une basse prédominance ou les pays à épidémies concentrées (c.-à-d. des cas trouvés principalement dans les groupes à haut risque). Dans notre exemple des ART il y a très peu de sites par zone. Avec ces nombres restreints de sites par zone, n'importe quelle sorte de hasard (chance) peut être utilisé pour dériver les 9 sites des ART qui comporteront le prélèvement de l'audit. Il est peut-être plus facile d'utiliser un algorithme de prélèvement aléatoire simple dans ce cas-ci. Dans le cas où il y aurait beaucoup de sites par zone, les sites devraient être classés par zone selon le volume de service et trois sites choisis en utilisant le prélèvement aléatoire stratifié. C'est-à-dire, stratifier les sites dans le grand, le moyen et le petit volume (le nombre de patients traités, le nombre de produits distribués) et choisir un site au hasard à partir de chaque niveau. Ceci va assurer une représentation convenable de tous les sites en ce qui concerne le volume de service.
21. A ce point, un prélèvement de neuf sites des ART a été matérialisé. Maintenant les vérificateurs de la qualité des données connaissent les zones à visiter et quels sites sont à vérifier dans ces zones, ainsi l'équipe peut planifier son travail en conséquence. Après que l'équipe de vérification a terminé les travaux au niveau de ces neuf sites, la prochaine étape sera de calculer les facteurs de vérification.

N.B : La combinaison du nombre de groupes et des sites dans les groupes n'est pas fixe, en revanche, cette combinaison devrait être basée sur la distribution des sites à travers un paysage qui est fonction des programmes. Peu de sites peuvent être sélectionnés par zone quand le volume de

services est fortement concentré. Par exemple, dans “notre pays” nous aurions pu choisir 4 zones et ensuite 2 sites par zone afin d'assurer une représentation plus géographique des sites. Tandis que l'augmentation du nombre de zones dans le prélèvement conduit à une plus grande puissance statistique de l'analyse (c.-à-d. une plus grande précision de l'évaluation de la qualité des données), les dépenses et le temps requis pour voyager vers les zones supplémentaires seront probablement supérieurs à l'amélioration marginale de la précision (voir Woodard et **Error! Bookmark not defined.** pour une discussion sur la précision des évaluations en utilisant la méthodologie de prélèvement de GAVI EQD).

Le nombre total de groupes et de sites sera déterminé par l'organisation commanditaire du EQD en consultation avec le cabinet d'audit, mais dépend finalement des ressources disponibles pour la conduite de la vérification de qualité de données. A cet égard, les principales contraintes sont : (1) le temps qu'une équipe de vérification peut consacrer au travail à l'intérieur du pays, (2) la composition (nombre et formation) de l'équipe de vérification à l'intérieur pays, et (3) le financement disponible pour soutenir l'exécution de l'audit.

Quelle doit - être la taille de l'échantillon ?

Il n'y a pas une bonne ou une mauvaise réponse à cette question. La vraie question qu'on doit poser est : «quel nombre de groupe (par exemple, les districts) et combien de sites par groupe doit-on choisir en vue de produire des statistiques exactes?»

Des Statistiques précises dans ce cas, signifient que les facteurs de vérification qui sont calculés pour les échantillons de districts représentent les facteurs de vérification de tous les districts qui n'ont pas été sélectionnés dans l'échantillon de vérification de la qualité des données.

En d'autres termes, l'échantillonnage aléatoire permet à l'équipe EQD d'estimer un facteur de vérification national en contrôlant les chiffres recensés dans seulement une fraction du nombre total (national) de sites. Quel est le degré d'exactitude de cette estimation ? Quel est le pourcentage de similitude entre les résultats trouvés par les auditeurs pour cette partie des sites et les résultats qui pourraient être trouvées pour l'ensemble des sites?

La réponse réside dans les erreurs d'échantillonnage. Une erreur d'échantillonnage est une mesure de la probabilité d'écart entre les estimations de l'échantillon et les supposées vraies valeurs. (Les vraies valeurs sont généralement appelées les paramètres.) Les erreurs d'échantillonnage représentent une fonction composée de deux choses: (1) la taille de l'échantillon, et (2) la variabilité de ce paramètre.

Les erreurs d'échantillonnage diminuent à mesure que la taille de l'échantillon augmente. Plus l'échantillon est grand, moins il existe d'erreurs d'échantillonnage et plus les résultats sont exacts. Les erreurs d'échantillonnage dépendent aussi de la variabilité du paramètre. Par exemple, si le vrai facteur de vérification national (paramètre de la qualité des données) se trouve être 0,95, il est probablement un indicateur de bonnes pratiques en matière de rapports, dans la majorité des sites dans le pays. Par conséquent, il est probable qu'un échantillon aléatoire contienne des sites ayant de

bons rapports de performance. Dans cet échantillon, la qualité des données est uniformément bonne, donc on n'aura pas besoin d'un large échantillon pour le démontrer.

D'autre part, si le vrai facteur de vérification national est 0,50, alors il reflète probablement une combinaison de bonnes et mauvaises qualités des données dans tous les sites du pays. Il faudrait un échantillon plus large pour s'assurer qu'un nombre suffisant de ces «bons» et «mauvais» sites sont représentés dans l'échantillon tout comme ils sont disposés dans l'ensemble du pays.

L'erreur d'échantillonnage est un concept mathématique qui permet de calculer des intervalles de confiance. Il concerne spécifiquement le nombre d'écarts types (plus ou moins) qui existent entre les résultats d'échantillon et les vrais chiffres (le paramètre). La plupart des manuels de statistiques ont des tableaux d'erreurs d'échantillonnage dans leur appendice où la valeur spécifique de l'erreur d'échantillonnage est indiquée en fonction de la taille de l'échantillon et de la variabilité du paramètre.

La clé de la réduction des erreurs d'échantillonnage dans le cadre de la vérification de la qualité des données est de se rappeler que la taille de l'échantillon n'est pas le nombre de groupes (districts) dans l'échantillon, ni non plus le nombre de sites dans l'échantillon, mais la taille de l'échantillon porte sur le nombre de structures de service de santé (lorsqu'un patient sous ARV se rend au site) recensées sur le site.

Dans l'annexe 4, nous utilisons un cas où trois districts sont sélectionnés et trois sites choisis par district. Les auditeurs vérifient les chiffres des patients ARV recensés recevant des services ARV sur les sites sélectionnés. Le nombre total de patients ARV recensés est 1400. C'est le nombre réel que les agents de contrôle de la qualité des données cherchent à vérifier et il constitue une taille effective de l'échantillon si l'on considère les questions statistiques de l'exactitude de l'échantillon.

Quelle est la taille de cet échantillon ? En Ouganda, le nombre total de personnes sous ARV recensés recevant directement des soins à partir des sites en 2005 était de 49.600. Mille quatre cents personnes, soit environ trois pour cent de ce total, qui, dans la plupart des conditions, est une taille d'échantillon raisonnable pour cette population. Au Nigeria, le nombre total de personnes directement bénéficiaires des ARV était 18900 en 2005. Pour le Nigeria, la taille d'échantillon aléatoire de 1400 personnes, ce qui représente environ huit pour cent du total - 8% de l'échantillon est fort dans la plupart des applications.

Sinon, à moins qu'un pays dispose d'un très grand nombre de sites où de grands services de santé exercent (par exemple, l'Afrique du Sud, le Kenya, l'Ouganda), il est généralement possible de saisir une fraction solide de services en visitant 8 à 12 sites, en utilisant une probabilité proportionnelle à la méthodologie de la taille.

Toutefois, la définition mathématique de la technique d'échantillonnage des groupes, modifiée et en deux étapes décrites ici, indique que l'exactitude des estimations du facteur de vérification des données de couverture vaccinale est trop faible pour une utilisation réaliste à l'échelle nationale. Dans les simulations, Woodard et AL ont trouvé que jusqu'à 30 districts devraient être échantillonnés pour parvenir à la précision d'environ $\pm 10\%$. Compte tenu de l'investissement en temps, en personnel et en ressources financières nécessaires pour visiter 30 districts, le calcul d'un facteur de vérification national exact est peu probable.

Cela dit, il est possible d'avoir un aperçu de la qualité globale des données dans un programme / projet sans recours à l'estimation nationale du FV. Les aspects qualitatifs de l'EQD sont suffisants pour déterminer les forces et faiblesses d'un système de rapports. Par exemple, si les définitions d'indicateurs sont mal comprises dans une majorité d'échantillon représentant des sites, il est fort probable que les définitions d'indicateurs soient aussi mal comprises dans les districts non choisis comme échantillon. Le récit des indicateurs et la comparaison avec les valeurs recensées d'un échantillon de sites sont également suffisants pour déterminer dans un sens général si la qualité des données est bonne, médiocre ou mauvaise, même sans bénéficier d'une estimation nationale précise. Les rapports manquants ou les grandes disparités entre les résultats communiqués et recensés dans une poignée de sites est le signe de l'existence des disparités similaire.

En fin de compte, le facteur de vérification national doit être interprété avec prudence. Dans le but de la vérification de la qualité des données, il devrait être utilisé comme une indication de qualité de données (ou absence de qualité de données) plutôt que comme une mesure exacte.

Annexe 4, Tableau 5. : Tableau de Nombres Aléatoires

Tableau de Nombres

13962	70992	65172	28053	02190	83634	66012	70305	66761	88344
43905	46941	72300	11641	43548	30455	07686	31840	03261	89139
00504	48658	38051	59408	16508	82979	92002	63606	41078	86326
61274	57238	47267	35303	29066	02140	60867	39847	50968	96719
43753	21159	16239	50595	62509	61207	86816	29902	23395	72640
83503	51662	21636	68192	84294	38754	84755	34053	94582	29215
36807	71420	35804	44862	23577	79551	42003	58684	09271	68396
19110	55680	18792	41487	16614	83053	00812	16749	45347	88199
82615	86984	93290	87971	60022	35415	20852	02909	99476	45568
05621	26584	36493	63013	68181	57702	49510	75304	38724	15712
06936	37293	55875	71213	83025	46063	74665	12178	10741	58362
84981	60458	16194	92403	80951	80068	47076	23310	74899	87929
66354	88441	96191	04794	14714	64749	43097	83976	83281	72038
49602	94109	36460	62353	00721	66980	82554	90270	12312	56299
78430	72391	96973	70437	97803	78683	04670	70667	58912	21883
33331	51803	15934	75807	46561	80188	78984	29317	27971	16440
62843	84445	56652	91797	45284	25842	96246	73504	21631	81223
19528	15445	77764	33446	41204	70067	33354	70680	66664	75486
16737	01887	50934	43306	75190	86997	56561	79018	34273	25196
99389	06685	45945	62000	76228	60645	87750	46329	46544	95665
36160	38196	77705	28891	12106	56281	86222	66116	39626	06080
05505	45420	44016	79662	92069	27628	50002	32540	19848	27319
85962	19758	92795	00458	71289	05884	37963	23322	73243	98185
28763	04900	54460	22083	89279	43492	00066	40857	86568	49336
42222	40446	82240	79159	44168	38213	46839	26598	29983	67645
43626	40039	51492	36488	70280	24218	14596	04744	89336	35630
97761	43444	95895	24102	07006	71923	04800	32062	41425	66862
49275	44270	52512	03951	21651	53867	73531	70073	45542	22831
15797	75134	39856	73527	78417	36208	59510	76913	22499	68467
04497	24853	43879	07613	26400	17180	18880	66083	02196	10638
95468	87411	30647	88711	01765	57688	60665	57636	36070	37285
01420	74218	71047	14401	74537	14820	45248	78007	65911	38583
74633	40171	97092	79137	30698	97915	36305	42613	87251	75608
46662	99688	59576	04887	02310	35508	69481	30300	94047	57096
10853	10393	03013	90372	89639	65800	88532	71789	59964	50681
68583	01032	67938	29733	71176	35699	10551	15091	52947	20134
75818	78982	24258	93051	02081	83890	66944	99856	87950	13952
16395	16837	00538	57133	89398	78205	72122	99655	25294	20941
53892	15105	40963	69267	85534	00533	27130	90420	72584	84576
66009	26869	91829	65078	89616	49016	14200	97469	88307	92282
45292	93427	92326	70206	15847	14302	60043	30530	57149	08642
34033	45008	41621	79437	98745	84455	66769	94729	17975	50963
13364	09937	00535	88122	47278	90758	23542	35273	67912	97670
03343	62593	93332	09921	25306	57483	98115	33460	55304	43572
46145	24476	62507	19530	41257	97919	02290	40357	38408	50031
37703	51658	17420	30593	39637	64220	45486	03698	80220	12139
12622	98083	17689	59677	56603	93316	79858	52548	67367	72416
56043	00251	70085	28067	78135	53000	18138	40564	77086	49557
43401	35924	28308	55140	07515	53854	23023	70268	80435	24269
18053	53460	32125	81357	26935	67234	78460	47833	20496	35645

Extrait de Rand Corporation, *A Million Random Digits with 100,000 Normal Deviates*
(New York: The Free Press, 1955)

ANNEXE 5: Calcul du facteur de vérification

Dans une vérification de la qualité des données, l'une des questions les plus fondamentales est la mesure dans laquelle les résultats recensés correspondent à ceux inspectés. Plus précisément, *«pour un indicateur examiné, quelle est la proportion de sites dans (nom du pays) qui a recensé des résultats exacts au cours de la période précédente ? »*. Le facteur de vérification représente une façon de résumer la réponse à cette question dans une mesure standard et quantitative.

L'utilisation de facteurs de vérification (FV) peut être appliquée à l'ensemble total des indicateurs de santé que l'outil de vérification de la qualité des données est destiné à couvrir - **à condition que la stratégie d'échantillonnage utilisée par l'équipe de vérification soit statistiquement représentatif pour le programme dans l'ensemble du pays (ou dans une importante partie du programme dans le pays) et que le nombre réel de sites dans l'échantillon soit suffisamment important pour produire des estimations fiables pour la cohérence des rapports.**

Le facteur de vérification est un indicateur de cohérence des rapports qui est mesuré à 3 niveaux: (1) au niveau des prestations de services du site, (2) au niveau administratif du district et (3) au niveau administratif national. Il est souvent appelé indicateur de cohérence des rapports au niveau du district parce que les entités de base de l'échantillonnage pour l'estimation des facteurs de vérification sont les districts (ou niveaux d'agrégation intermédiaire). On peut également s'y référer comme indicateur fondé sur le district parce que dans l'approche GAVI les facteurs de vérification sont conçus à l'échelle du district et au niveau national.

L'équation pour calculer les facteurs de vérification se compose de quatre facteurs

:

Facteur #1 : Les chiffres examinés par l'équipe d'audit dans un site choisi

Facteur #2 : les chiffres recensés et examinés dans un site de prestations de services choisi.

Facteur #3 : les chiffres recensés et examinés venant de tous les sites d'un groupe choisi (district).

Facteur #4 : Les chiffres recensés des groupes choisis (districts) ainsi qu'ils ont été examinés à l'échelle nationale*.

* les groupes font référence à une entité administrative/géographique comme un district, une province, une région, et

** L'échelle nationale fait référence au lieu final où se fait l'aggrégation de chiffres recensés comme l'organe approprié du gouvernement du pays d'accueil ou l'agent de liaison stratégique du PEPFAR'équipe USG

Le calcul du facteur de vérification se compose de **trois étapes**.

Première étape

Diviser le facteur #1 par le facteur # 2

Chiffres examinés au niveau du site choisi

Chiffres recensés au niveau du site choisi

Le résultat est égal à la proportion de chiffres recensés au niveau du site choisi qui est inspecté par l'équipe d'audit. Ce résultat peut être appelé le nombre vérifié du site

Deuxième étape

Diviser le facteur #3 par le facteur # 4

Chiffres recensés provenant de tous les sites des groupes choisis

Chiffres recensés à partir des groupes choisis (districts) ainsi qu'ils ont été examinés au niveau national.

Ce résultat est égal à la proportion du groupe choisi ou des rapports du district qui sont entièrement consistants avec les rapports nationaux. Il est appelé pourcentage de cohérence du groupe ou **facteur d'ajustement**.

Le facteur d'ajustement répond à la question suivante : *"Les résultats recensés au niveau des districts sélectionnés (pour tous les sites dans le district choisi - et pas seulement les sites qui ont été visités par l'équipe de vérification) sont-ils exactement les mêmes que ceux (pour le district) qui ont été examinés au niveau national?"*

Troisième

Pour chaque district sélectionné comme échantillon, il faudra faire la somme de valeurs recomptées des sites audités et la diviser par la somme des valeurs des sites audités. Multiplier ce résultat pour chaque district choisi comme échantillon par le facteur d'ajustement approprié pour chaque district. Lorsque ajusté plus tard avec la pondération "du district" comme il est indiqué ci-dessous, ce résultat sera le facteur de vérification national.

Il est important de se rappeler que les unités de temps devraient être équivalentes à travers chacun des facteurs utilisés pour calculer le FV. Cela signifie que si l'auditeur effectue l'analyse et la vérification des résultats recensés pour les 12 derniers mois au niveau d'un site choisi, cette période (les 12 derniers mois) devrait être prise comme base pour les autres facteurs de l'équation.

Le facteur de vérification peut être exprimé en utilisant la notation statistique comme suit :

$$VF_i = \left[\frac{\sum_{j=1}^4 x_{ij}}{\sum_{j=1}^4 y_{ij}} \right] \times \frac{Rd_i}{Rn_i}$$

Là où :

i = district choisi ($i = 1, 2, 3$) et

j = site choisi ($j = 1, 2, 3$)

et où

X_{ij} = Les chiffres validés de l'énème site de l'énème district

Rd_i = au niveau du district, les chiffres recensés de tous les sites dans l'énème district, qui ont été traités pour soumission au niveau national

Rn_i = au niveau national, les chiffres recensés et examinés selon des rapports de l'énème district.

Afin d'obtenir un facteur de vérification national, il faut d'abord calculer les facteurs de vérification au niveau du district. Le FV est calculé comme la moyenne pondérée des facteurs de vérification du district.

L'exemple montrant comment les facteurs de vérification sont obtenus suppose que l'équipe de vérification de la qualité des données travaille dans les trois districts qui ont été sélectionnés dans la section de l'échantillon aléatoire décrit ci-dessous. Ces trois districts (# 1, # 16 # 26) et les sites ARV intégrés entre eux sont exposés à l'annexe 5, tableau 1.

Annexe 5, Tableau 1. Le flux de chiffres ARV indiqués au niveau des sites choisis ($i = 1, 16, 26$ ($i = 1, 16, 26$) et jusqu'au niveau national

Agrégation des chiffres recensés des districts (N) → Niveau National $(300) + (500) + (700) = 1.500$										
Agrégation des chiffres recensés des sites (n) → Au niveau du district : Numéro d'identification du district (I)										
1 (300)		16 (500)			26 (600)					
1 (150))	2 (150))	3 (100))	4 (350))	5 (50))	6 (200))	7 (100))	8 (100))	NA* (100))	9 (100))	
Au niveau du site: Numéro d'identification du site choisi (j) et les chiffres recensés des ARV (y) Il faut remarquer que les chiffres validés des ARV au district 26 (600) sont										

mal reporté Niveau national (700)

* NA = Les sites qui ne sont pas choisis dans l'échantillon aléatoire

L'échantillonnage à deux étapes des groupes, comme énoncé ci-dessus, a été trouvé dans trois districts et un total de 10 sites d'ARV. Conformément à l'approche de GAVI, cette stratégie nécessite un certain nombre de sites qui seront choisis par district. Dans cet exemple, trois sites sont choisis par district. Le problème est que puisque seul le district # 1 dispose de deux sites d'ARV, il n'est pas possible d'en sélectionner trois.

Une solution à ce problème est de sélectionner les deux sites ARV du district #1, tous les 3 sites du district 16 et choisir au hasard 4 sites parmi les 5 du district 26. *Il faut noter qu'il y a un bon nombre d'alternatives disponibles pour aborder le problème d'échantillonnage cité ci-dessus.*

Une fois qu'une alternative à la question d'échantillonnage citée ci-dessous est identifiée, l'équipe d'audit peut commencer à remplir le tableau approprié pour le calcul des facteurs de vérification. Le tableau peut être illustré comme suit :

Tableau Illustratif du calcul des facteurs de vérification

I = district choisi (i = 1, i = 16, i = 26)

j = site ARV Choisi situé à l'énème district

x = chiffres examinés au niveau du site choisi N

y = nombres recensés au niveau du site N

L'annexe 5, tableau 2 illustre les calculs obtenus à partir des calculs du tableau

Annexe 5, Tableau 2. Calcul de i, j, x et y

i	j	x	y	x/y
1	1	145	150	0,96
1	2	130	150	0,86
Total:	<u>2</u>	<u>275</u>	<u>300</u>	<u>0,91</u>
16	3	100	100	1,00
16	4	355	350	1,01
16	5	45	50	0,90
Total:	<u>3</u>	<u>500</u>	<u>500</u>	<u>1,00</u>
26	6	100	200	0,50
26	7	50	100	0,50
26	8	75	100	0,75
26	9	40	100	0,40

Total:	<u>4</u>	<u>265</u>	<u>500</u>	<u>0,53</u>
--------	----------	------------	------------	-------------

L'une des lignes du tableau est surlignée dans le but de mieux comprendre comment le FV est calculé. La ligne est associée au district 26 ($i = 26$) et au site numéro 7 ($j = 7$). La 3ème colonne du tableau montre X, représentant le nombre de patients sous ARV vérifiés que les auditeurs ont fourni au niveau du site (50). La 4ème colonne du tableau montre Y, représentant le nombre de patients sous ARV recensés au niveau de ce site (100). Cette partie des facteurs de vérification est calculée en divisant tout simplement le nombre vérifié (50) par le nombre recensé (100) = (0,50).

Le tableau montre comment les sites sont regroupés au sein des districts, parce que les facteurs de vérification sont calculés au niveau du district en mettant en commun les résultats de l'audit de chaque site sélectionné dans un district. Ainsi, le facteur de vérification du district #1 dans le tableau est de 0,91, ce qui est obtenu en regroupant les résultats $[x / y]$ des deux sites du district #1.

Le groupage des résultats est simple : le total de la colonne X (275) est divisé par le total de la colonne Y (300) pour le calcul du FV au niveau du district pour le district #1. Cette opération est effectuée pour chacun des districts choisis.

A en juger par ces facteurs de vérification (sur la base des valeurs aléatoires inscrites dans la colonne X), le tableau indique que le district #26 a augmenté le nombre de patients sous ARV dans ses sites en les reportant. Ici, le nombre total de patients sous ARV recensés était de 500, tandis que le nombre total, examiné, qui a été calculé par l'équipe de vérification de la qualité des données chargée de l'examen des documents sources dans les quatre sites choisis était de 265. 265 divisés par 500 égale à 0,53, ce qui implique que les auditeurs n'ont pu vérifier que la moitié environ de tous les patients sous ART qui ont été recensés dans ce district.

Les deux dernières étapes pour obtenir un facteur de vérification national sont (1) de calculer le facteur d'ajustement $[Rd_i/Rn_i]$ pour chaque groupe et (2) de multiplier le facteur d'ajustement par les facteurs de vérifications pondérés au niveau du district.

Calcul du facteur d'ajustement: L'annexe 5 tableau 1 montre le flux du nombre d'ARV recensé provenant du site choisi jusqu'au niveau des districts sélectionnés (ou groupes) et, enfin, jusqu'au niveau national (ou niveau de validation final). Dans notre exemple, le tableau indique que le nombre d'ARV recensé et validé du district (District 26) ne se reflète pas au niveau national. Plus précisément, le nombre recensé de 600 patients sous ARV, comme indiqué dans les services de santé du district 26, ne correspond pas au chiffre de 700 patients sous ARV recensé pour le district 26 au bureau national de santé.

Ce fait a été découvert par un membre de l'équipe de vérification de la qualité des données qui examinait les résultats au niveau du district par rapport à ce qui aurait pu être observé au niveau national. A la suite de ce travail de l'équipe de vérification de la qualité des données qui s'effectue dans les niveaux d'agrégation plus élevée que le site (à savoir les niveaux d'agrégation intermédiaire et finale), on a maintenant ce dont on a besoin pour calculer le facteur d'ajustement.

Rd_i/Rn_i est égale à :

1. Les chiffres recensés validés provenant de tous les sites d'un district choisi comme ils ont été examinés par l'auditeur au niveau d'agrégation (ou intermédiaire) du district :
2. Divisés par
3. Les Chiffres recensés et validés provenant de tous les sites d'un district choisi comme ils ont été examinés par l'agent vérificateur au niveau d'agrégation nationale (ou plus élevé).

Dans notre exemple, les facteurs d'ajustement de chaque district seront :

- District 1 : $300/300 = 1,0$
- District 16 : $500/500 = 1,0$
- District 26 : $600/700 = 0,86$

Le facteur d'ajustement est appliqué en le multipliant avec le facteur de vérification pour chaque district. Ainsi, la «les facteurs de vérification ajustés» de chaque district sont :

- District 1 : $0,91 \times 1,0 = 0,91$
- District 16: $1,0 \times 1,0 = 1,0$
- District 26: $0,53 \times 0,86 = 0,46$

La prochaine étape du calcul est de mesurer les facteurs de vérification ajustés du district avec les chiffres examinés au niveau du district. On a mesuré les facteurs de vérification des districts parce qu'on veut accorder plus d'importance à un facteur de vérification qui représente un grand nombre de patients et proportionnellement moins d'importance à un facteur de vérification qui représente un nombre moins important de patients.

En d'autres termes, sur la base de notre exemple théorique des trois districts, il semble que le district 16 a le plus grand nombre de patients sous ARV et que le district 26 a le plus petit nombre de patients sous ARV pendant cette période. Quand on conçoit un facteur de vérification standard pour l'ensemble des trois districts, idéalement, on aimait attribuer proportionnellement plus de poids à la vérification des résultats du district 16, corrélativement moins de poids au district 26, ainsi de suite.

Le tableau de la page suivante présente les calculs intermédiaires et finaux qui sont nécessaires à l'établissement d'une moyenne pondérée de tous les facteurs de vérification du district.

Annexe 5, Tableau 3. Calcul de la moyenne et la moyenne pondérée du district de vérification des facteurs

--

	<i>i</i> = 1	<i>i</i> = 16	<i>i</i> = 26	Total
Nombre examiné au niveau du district X	275	500	265	1040
Nombre recensé au niveau du district Y	300	500	500	1300
Facteur de vérification du District X/Y	0,91	1,00	0,53	2,44
Facteur d'ajustement	1,0	1,0	0,86	
Facteur de vérification ajusté du district	0,91	1,0	0,46	2,37
Pondération	275	500	265	1040
FV (pondéré)	250,25	500,00	121,9	872,15
Moyenne de district				0,81
Pondération en moyenne du district				0.84

* La pondération utilisée ici est le nombre examiné de patients sous ARV (X)

La moyenne du district est calculée en additionnant les trois facteurs de vérification pour chaque district ($0,91 + 1,00 + 0,53 = 2,44$), ensuite diviser le total par trois ($2,44 : 3 = 0,813$).

La moyenne pondérée du district est calculée en multipliant d'abord chacun des trois facteurs de vérification ajustés du district par la pondération au niveau du district concernée. Dans cet exemple, la pondération est égale au nombre examiné (x) à l'échelle du district. Dans le tableau, cette valeur est affichée dans la ligne intitulée FV (pondération). Ensuite on prend la somme des valeurs pondérées, ce qui est indiqué dans la dernière colonne de la ligne intitulée FV (pondération) = 872,2, puis on divise cette valeur par la somme des pondérations (1040). Ainsi, $872,2 : 1040 = 0,84$.

Selon les calculs indiqués à l'annexe 5, tableau 3, la moyenne arithmétique simple des facteurs de vérification combinés de l'ensemble des trois districts est de 0,813 alors que la moyenne pondérée est de 0,840. La moyenne pondérée est supérieure parce que son calcul prend en compte le fait que le district 16 avait plus de patients sous ARV que les autres districts. Puisque le facteur de vérification pour le district 16 est de 1,00, ce (parfait) FV est applicable à d'autres patients sous ARV, donc il a plus d'influence sur la moyenne générale.