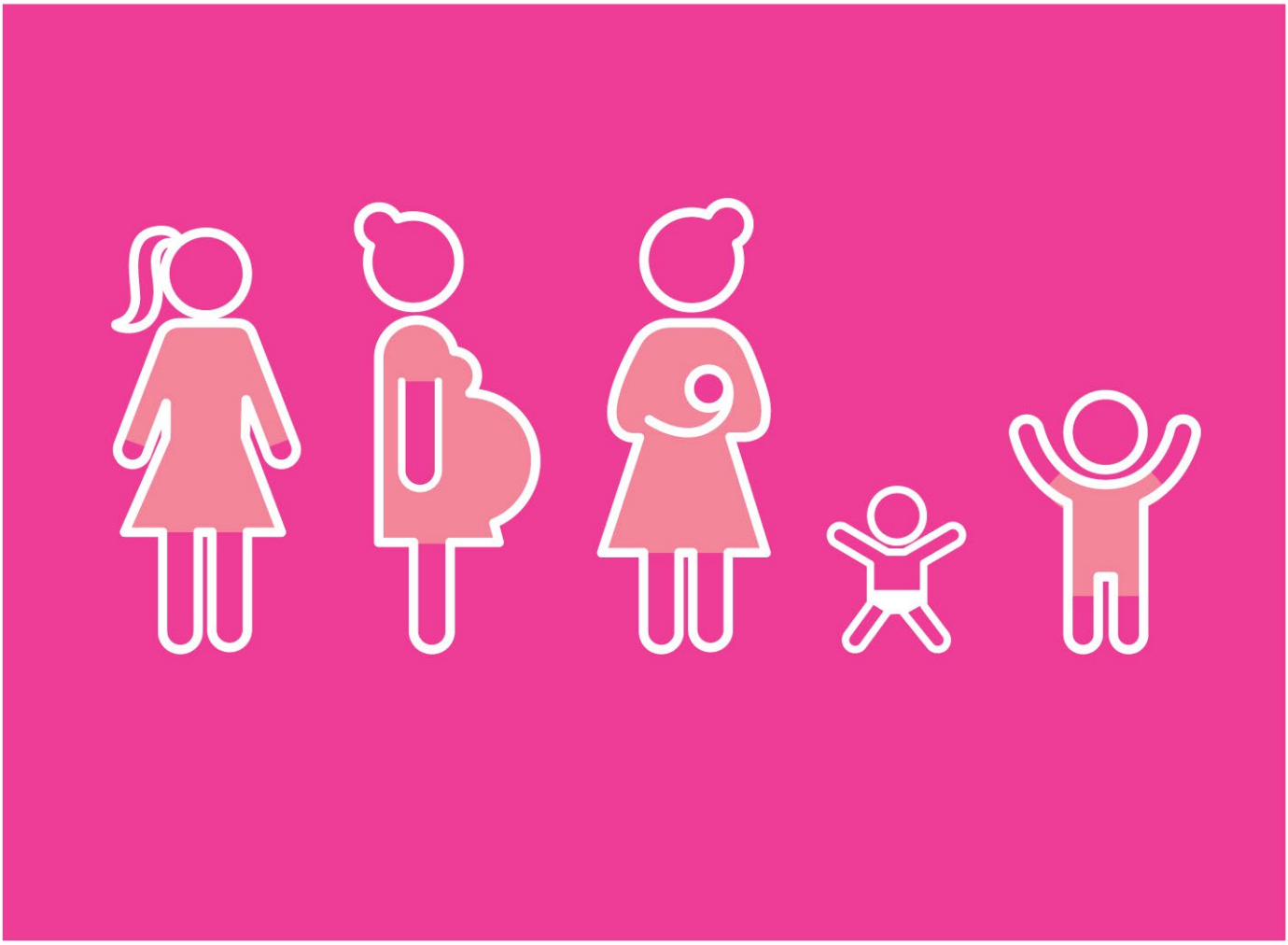


ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Recommandations destinées aux responsables de programmes de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, et de l'adolescent (SRMNIA)

DOCUMENT DE TRAVAIL, NOVEMBRE 2019

Need UNICEF logo in French

Organisation mondiale de la Santé

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Recommandations destinées aux responsables de programmes de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, et de l'adolescent (SRMNIA)

DOCUMENT DE TRAVAIL, NOVEMBRE 2019

Organisation mondiale de la Santé

© Organisation mondiale de la santé 2019

Tous droits réservés. Ceci est un document de travail et il est interdit de le citer, reproduire, traduire ou adapter en partie ou dans son intégralité, peu importe la forme ou les moyens.

MODULE 7. **Recommandations destinées aux responables de programmes de SRMNIA**

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Ce module décrit un ensemble d'indicateurs de base relatifs à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNIA) susceptibles d'être enregistrés par des systèmes d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) systématiques. Il comprend des analyses et représentations graphiques possibles des indicateurs, des références relatives à l'évaluation de la qualité des données et des facteurs à prendre en considération pour l'utilisation des données dans le cadre de la prise de décisions. À la fin de ce module, les participants seront en mesure :

- de décrire l'ensemble d'indicateurs de base des HMIS permettant un suivi systématique des programmes de SRMNIA ;
- de produire des analyses et des représentations graphiques de ces indicateurs pour contribuer au suivi des programmes de SRMNIA ;
- d'interpréter les valeurs des indicateurs et leurs incidences sur la gestion des programmes de SRMNIA

PUBLIC VISÉ

Ce module s'adresse à un vaste ensemble d'acteurs, parmi lesquels :

- le personnel du Ministère de la santé affecté à un ou plusieurs programmes de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, à des activités de suivi et d'évaluation mais aussi au système d'information pour la gestion sanitaire aux niveaux national et infranational ;
- le personnel d'organismes partenaires participant au soutien des programmes de SRMNIA, à leur suivi et à leur évaluation et/ou au renforcement des systèmes de santé ;
- les consultants et le personnel des instituts de recherche participant à l'analyse des données de SRMNEA ou aux efforts visant à améliorer la qualité des données systématiques de SRMNIA.

SUGGESTIONS DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUPPLÉMENTAIRES

- *Indicator and Monitoring Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*. Every Woman Every Child. Geneva; 2016. https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/
- *Visualizing and Using Routine Reproductive, Maternal, Neonatal, and Child Health Data at Health Facilities: A Resource Package for Health Providers and District Managers*. Maternal and Child Survival Program, Washington, D.C., 2018. https://www.mcsprogram.org/resource/visualizing-and-using-routine-rmnch-data-at-health-facilities-a-resource-package-for-health-providers-and-district-managers/
- *Data Quality Review: A toolkit for facility data quality assessment*. World Health Organization. Geneva; 2017. http://apps.who.int/iris/handle/10665/259224

Auteurs principaux

Allisyn Moran | Elizabeth Katwan | Liliana Carvajal | Ann-Beth Moller | Tyler Porth | Jennifer Requejo | Norah Stoops

Table de matières

MODULE 7. RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX RESPONABLES DE PROGRAMMES DE SRMNIA III

Objectifs pédagogiques iii

Public visé iii

Suggestions de références bibliographiques supplémentaires iii

REMERCIEMENTS VI

À PROPOS DES DONNEES 1

Utilisation des données des établissements 2

Principes directeurs du présent document 3

Définitions normalisées des termes utilisés 4

1. QUALITE DES DONNEES 5

2. INDICATEURS DE BASE RELATIFS AUX ETABLISSEMENTS 6

Si des données individuelles sont disponibles 10

Utilisation d'un dénominateur fondé sur une population estimé 11

3. ANALYSE DE L'ENSEMBLE D'INDICATEURS DE BASE 12

Santé sexuelle et reproductive 12

Utilisation de la contraception pour la première fois 13

Planification familiale post-partum 14

Santé de la mère et du nouveau-né 15

Couverture des services pour les mères et les nouveau-nés 15

Résultats relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né 17

Couverture des services et résultats sanitaires pour les enfants et les jeunes adolescents 19

Continuité globale des soins de SRMNEA 23

4. POINTS FAIBLES DES DONNEES SUR LESETABLISSEMENTS 25

ANNEXE 1. INDICATEURS SUPPLEMENTAIRES 26

ANNEXE 2. RESSOURCES SUPPLEMENTAIRES 28

Remerciements

Ce document d'orientation a été établi par l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF, avec l'appui de subventions de l'initiative « Data for Health » de Bloomberg Philanthropies, de Gavi, l'Alliance du Vaccin, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et de l'Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD).

Les personnes suivantes ont contribué à l'élaboration de ce document : Theresa Diaz, Ben Nemser, Kathleen Strong, Moise Muzigaba, Doris Chou et Lale Say de l'Organisation mondiale de la Santé ; Debra Jackson et Remy Mwamba de l'UNICEF ; et Brendan Hayes, Kimberly Boer et John Borrazzo du Mécanisme mondial de financement.

Nous souhaitons également remercier les groupes de travail techniques sur les indicateurs du plan d'action « Chaque nouveau-né : pour mettre fin aux décès maternels évitables » et MoNITOR pour leurs contributions et leurs suggestions, ainsi que Cecilia Silva Venturini pour la conception graphique.

Note concernant le document

Ce document sera révisé et mis à jour périodiquement pour rester conforme aux lignes directrices et données les plus récentes. Les informations en retour contribueront à son évolution et à son amélioration progressive.

À propos des données

La prestation de services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA) respecte la continuité des soins tout au long de la période précédant la grossesse, de la grossesse elle-même, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate de la mère et du nouveau-né, jusqu'à l'enfance et l'adolescence. L'approche de la continuité des soins reconnaît que des interventions de prévention, de promotion et de traitement assurées tout au long de la vie constituent le meilleur moyen de réduire la mortalité et d'améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. La continuité des soins englobe les interventions destinées aux grossesses normales et compliquées ainsi qu'aux enfants et adolescents bien portants et malades.

Figure 1. Continuité des soins de SRMNIA

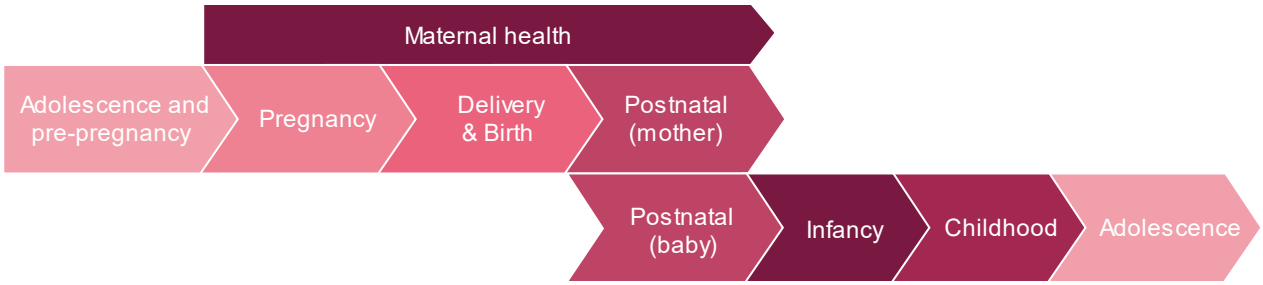


Figure 1 adaptée de « Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique, Soins néonatals en Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques », The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (https://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunitiesfr.pdf).

Lancée en septembre 2015 pour favoriser l'action et la redevabilité, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)[1] comprend une liste de cibles pour « survivre, s'épanouir et transformer » ainsi qu'un ensemble d'indicateurs de base visant à suivre les progrès accomplis. Ces indicateurs sont alignés sur ceux du cadre des objectifs de développement durable (ODD).[2]

Le cadre d'indicateurs et de suivi pour la Stratégie mondiale[3] reconnaît l'importance des données systématiques des établissements de santé comme source d'information sur le niveau de préparation d'un établissement à fournir les principaux services de SRMNEA (les « ressources » telles que la disponibilité des médicaments essentiels, du matériel et du personnel, par exemple), l'utilisation de ces services et des mesures indirectes de la qualité des soins. Toutefois, dans de nombreux cas, des améliorations considérables restent à apporter en matière de disponibilité et de qualité des données provenant des établissements.

Les données systématiques ont l'avantage d'être disponibles en permanence pour le suivi des programmes et d'apporter des informations plus détaillées permettant de mieux comprendre s'ils sont performants. Les données systématiques et provenant des établissements de santé présentent toutefois certaines limites, notamment en matière de représentativité et de qualité. Par exemple, les données des établissements de santé contiennent des informations sur les personnes qui s'adressent à

[1] *Every Woman Every Child. Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. New York, Every Woman Every Child, 2015.*
[2] *UN. Sustainable development goals. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015. https://sustainabledevelopment.un.org/index.html.*
[3] *Every Woman Every Child. Indicator and monitoring framework for the global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). New York, Every Woman Every Child, 2016.*

eux, mais pas nécessairement sur toutes celles qui ont besoin de services spécifiques, ce qui fait qu'elles ne sont généralement pas représentatives de la population dans son ensemble. En outre, les données enregistrées dans les établissements de santé ne sont pas toutes consignées dans le système d'information pour la gestion sanitaire. D'autres données sur les services de santé, celles sur les ressources humaines ou les niveaux des stocks disponibles par exemple, peuvent être comptabilisées dans un système à interopérabilité limitée avec le HMIS. L'amélioration de l'interopérabilité des différents systèmes est un objectif important dont les pays et leurs partenaires devraient tenir compte. À mesure que les données des établissements de santé remontent dans le système d'information sanitaire, elles sont progressivement regroupées avec une perte considérable d'informations détaillées importantes permettant de comprendre si le système est performant et équitable.

Les données issues d'enquêtes, notamment sur le comportement, les connaissances et les attitudes, ainsi que les variables socioéconomiques, ne sont pas généralement intégrées au HMIS. L'intégration des données systématiques et issues d'enquêtes pourrait présenter d'autres avantages concernant l'utilisation des données, l'analyse, la validation de la couverture et l'estimation du dénominateur, entre autres. Par ailleurs, la collecte de données au niveau communautaire et leur intégration dans le HMIS formel suscitent un intérêt croissant. Ces efforts permettraient une évaluation plus approfondie de la performance du système de santé à tous les niveaux.

Les responsables de programme doivent être conscients de ces avantages et inconvénients en utilisant les données des établissements de santé afin d'orienter la programmation ou d'adapter/de modifier les plans d'action lors de leur mise en œuvre.

UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS

Chaque pays dispose d'une procédure et d'un système qui lui sont propres pour la collecte des données des établissements de santé et les notifications relatives aux indicateurs de prestation des services. Les informations peuvent être consignées dans des registres sur papier ou des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME). Les données sont recueillies, réunies et notifiées à tous les niveaux du système de santé, en commençant par la communauté et les établissements de premier niveau. Elles sont ensuite regroupées au niveau de l'unité géographique ou administrative suivante, et enfin regroupées au niveau national aux fins des examens annuels.

La Figure 2 présente un exemple de l'utilisation des données pour la prise de décisions à chaque niveau. Au niveau des districts, par exemple, les responsables de district et des établissements de santé peuvent examiner les données de façon systématique. En revanche, à l'échelle nationale, elles pourront faire l'objet d'un examen annuel.

Figure 2. Fréquences des sources de données et niveaux d'utilisation des données

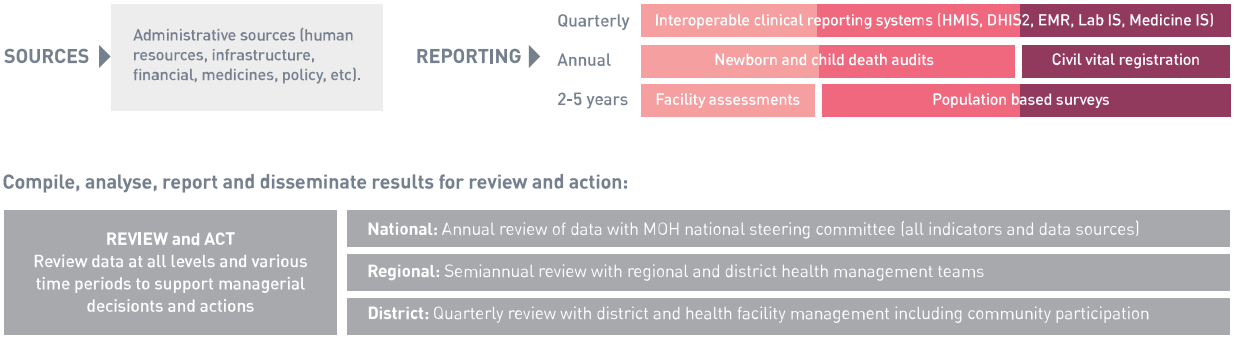


Figure 2 issue de Diaz Theresa, Rasanathan Kumanan, Meribole Emmanuel, Maina Isabella, Nsona Humphreys, Aung Kyaw Myint et al. Framework and strategy for integrated monitoring and evaluation of child health programmes for responsive programming, accountability, and impact. BMJ. 2018;362:k2785.

PRINCIPES DIRECTEURS DU PRESENT DOCUMENT

- **Indicateurs à l'échelle des établissements.** Ce document se concentre sur les données agrégées et non sur les données longitudinales provenant de patients individuels.
- **Dénominateur à l'échelle des établissements.** Comme on envisager les informations provenant des établissements de santé, le dénominateur de l'ensemble des indicateurs de base est fondé sur les recueillies auprès des établissements et n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la population. Les indicateurs pour l'ensemble de la population sont recueillis au moyen d'enquêtes menées auprès de foyers représentatifs à l'échelle nationale et le dénominateur est alors défini à partir d'un échantillon représentatif de la population totale. Les indicateurs pertinents à l'échelle de la population liés aux services de SRMNEA sont pris en compte dans le présent et peuvent être utilisés conjointement avec les indicateurs de base recommandés à l'échelle des établissements.
- **Les indicateurs sont fondés sur des données factuelles.** Tous les indicateurs de la série de base sont adaptés à partir d'orientations et de recommandations fondées sur des données factuelles.
- **Les indicateurs sont pertinents à tous les niveaux du système de santé.** Les indicateurs de base sont pertinents à tous les niveaux du système de santé, de l'établissement de premier niveau jusqu'aux niveaux national et mondial en passant par le niveau infranational (le deuxième niveau administratif).
- **Ils sont applicables aux femmes, enfants et adolescents qui s'adressent aux établissements de santé.** Les indicateurs de la liste de base sont applicables aux femmes, aux enfants et aux adolescents qui demandent des soins dans un établissement de santé. Les indicateurs relatifs aux besoins ou affections spécifiques pour lesquels les patients seraient orientés vers des établissements de niveau supérieur (complications maternelles, insuffisance pondérale à la naissance, nouveau-nés nécessitant des soins de réanimation ou méthode kangourou, par exemple) sont des indicateurs supplémentaires figurant dans l'annexe 1.
- **La ventilation des indicateurs est recommandée.** Il est recommandé de ventiler les indicateurs de la liste (selon l'âge ou le type de traitement par exemple) pour autant que les outils de collecte de données, les registres et le contexte sociopolitique permettent de notifier ou de calculer des données ventilées, ce qui n'est pas toujours le cas. Lorsqu'une telle ventilation n'est pas actuellement possible, ces recommandations sont à considérer comme une cible à atteindre lors de mises à jour ultérieures des outils de collecte de données.

DÉFINITIONS NORMALISÉES DES TERMES UTILISÉS

Première consultation prénatale de la femme enceinte avant 12 semaines : premier contact de soins prénatals de la femme enceinte avec un établissement de santé survenant avant 12 semaines de grossesse. La date choisie pour la première consultation de soins prénatals joue un rôle primordial pour optimiser les soins et les résultats sanitaires optimaux pour la femme et l'enfant. Comme le recommande le modèle de soins prénatals de l'OMS,[4] la première consultation de soins prénatals doit avoir lieu au cours du premier trimestre (c'est-à-dire à un âge gestationnel <12 semaines).

Accouchement en établissement : accouchement médicalisé dans un établissement de santé.[5] Afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale, l'objectif optimal à long terme est que toutes les naissances aient lieu dans un établissement de santé susceptible de prendre en charge les complications obstétricales éventuelles.

Naissance vivante : résultat de l'expulsion complète ou de l'extraction de la mère d'un produit de la conception, quelle que soit la durée de la grossesse, qui, après cette séparation, respire ou manifeste d'autres signes de vie, comme battements de cœur, pulsations du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires, que le cordon ombilical ait été coupé ou non ou que le placenta soit ou non rattaché. Chaque produit de ce type de naissance est considéré comme un enfant né vivant.[6, 7]

Mortinaissance : une mortinaissance est définie comme un nourrisson né sans signes de vie après 28 semaines de grossesse révolues, dont le poids est supérieur à 1000 g. Un décès fœtal *antepartum* (mortinaissance avec signe de « macération ») fait référence à un fœtus ayant souffert de mort intra-utérine après la 28^{e} semaine de grossesse et avant le travail. Un décès fœtal *intrapartum* (mortinaissance « fraîche ») fait référence à un nouveau-né décédé après le début du travail et avant la naissance. Les mortinaissances fraîches ne présentent aucun signe de macération. La macération décrit les évolutions dégénératives qui surviennent chez un fœtus mort-né resté dans l'utérus après son décès. Les premiers signes sont une décoloration et une desquamation de la peau, laissant apparaître des régions de tissu brut.[7, 8]

[4] *Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, OMS, 2016.*
[5] *Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève, OMS, 2018.*
[6] *Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/*
[7] *Organisation mondiale de la Santé. https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf*
[8] *Organisation mondiale de la Santé. Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonatals. Genève, OMS, 2016.*

1. Qualité des données

De nombreux aspects peuvent affecter la qualité des données, notamment l'utilisation d'outils de collecte et de communication des données appropriés, la formation adéquate à la saisie des données et l'aptitude de la personne utilisant les données à les comprendre et à les interpréter. Comme pour n'importe quelle source de données, outre la mise en œuvre de systèmes et de protocoles visant à améliorer la collecte et la notification des données des établissements de santé visées dans le présent document, toute analyse doit examiner si les résultats sont affectés par la qualité des données.

Cinq domaines d'évaluation périodique de la qualité des données sont recommandés pour tous les indicateurs de base : 1) exhaustivité, 2) obtention en temps voulu, 3) cohérence interne, 4) cohérence externe avec d'autres sources de données et 5) comparaison externe avec les données de population. Sauf en cas de comparaisons annuelles avec des sources externes, les évaluations de la qualité des données du HMIS peuvent être examinées mensuellement lors de leur regroupement et de leur examen avant la transmission à des niveaux supérieurs, mais aussi sur une base annuelle.

Domaine	Mesure de la qualité des données	Fréquence
Exhaustivité et rapidité d'obtention	Exhaustivité et obtention en temps voulu des données notifiées (forme de notification/exhaustivité de l'ensemble de données)	Mensuelle, annuelle
	Exhaustivité des données de l'indicateur (exhaustivité des éléments de données)	Mensuelle, annuelle
Cohérence interne	Présence de valeurs aberrantes	Mensuelle, annuelle
	Cohérence dans le temps, c'est-à-dire vraisemblance des valeurs notifiées comparativement aux notifications précédentes	Mensuelle, annuelle
	Cohérence entre les indicateurs, c'est-à-dire taux d'abandons négatifs	Annuelle
	Cohérence entre les dénominateurs, c'est-à-dire grossesses, naissances vivantes, nourrissons, etc.	Annuelle ou selon les besoins
Cohérence externe avec d'autres sources de données	Cohérence entre les données notifiées systématiquement et les enquêtes en population	Annuelle
Comparaison externe des données de population	Cohérence entre les données de population utilisées pour calculer la couverture vaccinale et d'autres sources d'estimation de population	Annuelle

L'OMS a mis au point une boîte à outils afin de faciliter l'examen sur dossier et l'examen sur le terrain de la qualité des données. Cette boîte à outils comprend un outil au format Excel qui, après le report des données clés provenant des établissements de santé et d'autres sources, en analyse l'exhaustivité, la cohérence interne et la cohérence externe. Pour les pays qui utilisent le logiciel DHIS2 dans le cadre de la gestion de leurs données systématiques, l'OMS a également mis au point développé la boîte à outils pour l'examen de la qualité des données intitulée « Data Quality Review toolkit ». Cette application qui peut être installée sur le système DHIS2 national génère automatiquement des résultats à partir de l'examen des dossiers de données au niveau national ou infranational.

2. Indicateurs de base relatifs aux établissements

Ci-après figurent l'ensemble des indicateurs de base relatifs à la SRMNEA qui sont recommandés pour la collecte, l'agrégation et la notification concernant les systèmes d'information de santé systématiques (N = numérateur et D = dénominateur). Tous les indicateurs surlignés en rose clair sont définis plus en détail dans les boîtes à outils d'analyse et d'utilisation des données d'établissement pour d'autres domaines du programme. Cet ensemble d'indicateurs de base a été sélectionné d'après les principes directeurs de ce document (décrits précédemment) et à la suite de la consultation de différents groupes d'experts. La périodicité de la collecte des données de chaque indicateur n'est pas mentionnée, car elle varie d'un pays à l'autre.

Cette liste d'indicateurs de base sera mise à jour en fonction de la modification et de l'évolution des données factuelles.

Indicateurs de base	Définition	Calcul (p. ex., numérateur/ dénominateur, nombre)	Ventilation
Santé sexuelle et reproductive			
Première utilisation d'un moyen contraceptif (nouvelles utilisatrices)	Personnes qui acceptent une méthode contraceptive pour la première fois au cours de leur vie	Nombre de personnes qui acceptent une méthode de planification familiale pour la 1re fois	■ Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et +) ■ Sexe
Acceptation d'une méthode de planification familiale pendant le postpartum	Pourcentage de femmes ayant accouché couchant dans un établissement qui a instauré une méthode contraceptive avant leur sortie « Instaurer » fait référence aux femmes qui quittent l'établissement avec une méthode de planification familiale ou ont l'intention de démarrer une méthode ce jour-là (par exemple une méthode de sensibilisation à la fertilité), y compris celles qui « partent avec » une méthode et celles qui « acceptent » une méthode avant la sortie ou en quittant l'établissement.	N : nombre de femmes en postpartum ayant accouché dans une structure qui prescrit une méthode contraceptive avant la sortie D : nombre d'accouchements dans la structure sanitaire	■ Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et +) ■ Méthode par unité de méthode contraceptive
Santé de la mère			
1re consultation prénatale d'une cliente avant la 12e semaine de grossesse	Pourcentage de femmes enceintes dont la 1re consultation prénatale a lieu avant 12 semaines	N : nombre de clientes en première consultation prénatale avant la 12e semaine de grossesse D : nombre de clientes en première consultation prénatale	■ Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et +)
Dépistage de la syphilis en consultation prénatale	Pourcentage de femmes enceintes ayant subi un test de dépistage prénatal de la syphilis	N : nombre de clientes ayant fait l'objet d'un dépistage de la syphilis en consultation prénatale D : nombre de clientes en première consultation prénatale	
Mesure du taux d'hémoglobine en consultation prénatale	Pourcentage de bénéficiaires dont le taux d'hémoglobine prénatale a été mesuré	N : nombre de clientes dont le taux d'hémoglobine a été mesuré en consultation prénatale D : nombre de clientes en première consultation prénatale	

Indicateurs de base	Définition	Calcul (p. ex., numérateur/ dénominateur, nombre)	Ventilation
Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) - taux de couverture du dépistage	Voir Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Recommandations destinées aux responsables de programmes de lutte contre le VIH pour en savoir plus sur la couverture des tests de PTME ; numérateur et dénominateur extraits du présent document	N : nombre de femmes enceintes en consultation prénatale et/ou ayant accouché dans une structure de santé qui ont fait l'objet d'un dépistage du VIH durant leur grossesse ou qui savaient déjà qu'elles étaient séropositives. D : nombre de femmes enceintes vues en consultation prénatale ou ayant accouché en structure sanitaire	
Traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pour les femmes enceintes	Voir Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Recommandations destinées aux responsables de programmes de lutte contre le paludisme pour en savoir plus sur la couverture du TPI pendant la grossesse ; numérateur et dénominateur extraits du présent document	N : nombre de femmes enceintes ayant reçu un à base de sulfadoxine-pyriméthamine D : nombre de clientes en première consultation prénatale	
Supplémentation en fer pour les femmes enceintes	Voir Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté – Recommandations destinées aux responsables de programmes de nutrition† pour en savoir plus.	Document d'orientation relatif à la nutrition et définitions des indicateurs en cours d'élaboration	
Mode d'accouchement	Pourcentage d'accouchements en établissement par type d'accouchement Les types d'accouchement spécifiques sont notamment les suivants : ■ par voie basse (normal) ; ■ assisté (ventouse obstétricale/forceps) ; ■ par césarienne.	N : nombre d'accouchements par type D : nombre d'accouchements dans la structure sanitaire	■ Normal/assisté/ par césarienne ■ Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et +)
Utérotonique pour prévenir une hémorragie postpartum	Pourcentage de femmes ayant accouché en établissement et reçu un utérotonique prophylactique immédiatement après la naissance (c'est-à-dire de préférence dans la minute suivant la naissance) en prévention d'une hémorragie du post-partum	N : nombre de femmes ayant accouché dans une structure sanitaire à qui on a administré un utérotonique prophylactique aussitôt après la naissance D : nombre d'accouchements dans la structure sanitaire	
Postnatal			
Déclaration de naissance	Voir Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté - Recommandations relatives aux données de l'état civil destinées aux responsables de programmes de santé* pour en savoir plus sur la déclaration de naissance à l'état civil.	Document d'orientation relatif à l'état civil et définitions des indicateurs en cours d'élaboration Remarque : la saisie et la transmission d'un minimum d'informations essentielles relatives à la naissance sont effectuées par un agent désigné ou un membre du personnel dans le registre d'état civil à l'aide d'un formulaire de déclaration autorisé (sur papier ou électronique), la transmission des informations suffisant à documenter l'événement et à attester l'événement d'état civil.	

Indicateurs de base	Définition	Calcul (p. ex., numérateur/ dénominateur, nombre)	Ventilation
Nouveau-nés ayant un poids de naissance documenté	Pourcentage d'enfants nés dans un établissement dont le poids de naissance est documenté avant la sortie	N : nombre d'enfants nés dans une structure dont le poids de naissance a été documenté avant la sortie D : nombre de naissances vivantes dans la structure sanitaire	
Faible poids à la naissance	Voir Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté – Recommandations destinées aux responsables de programmes de nutrition† pour en savoir plus sur l'insuffisance pondérale du nouveau-né.	Document d'orientation relatif à la nutrition et définitions des indicateurs en cours d'élaboration	
Nouveau-nés allaités dans l'heure de la naissance	Voir Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté – Recommandations destinées aux responsables de programmes de nutrition† pour en savoir plus sur l'allaitement immédiat.	Document d'orientation relatif à la nutrition et définitions des indicateurs en cours d'élaboration	
Consultations de soins postnatals pour les femmes	Pourcentage de femmes bénéficiant d'un bilan postnatal Remarque : comprend les femmes ayant accouché dans l'établissement et en dehors de l'établissement de santé.	N : nombre de femmes ayant bénéficié d'un contrôle postnatal D : nombre d'accouchements dans la structure sanitaire	Date de la 1re consultation, conformément à la politique nationale
Consultations de soins postnatals pour les nouveau-nés	Pourcentage de nouveau-nés bénéficiant d'un bilan postnatal Remarque : comprend les nouveau-nés nés dans l'établissement de santé et en dehors.	N : nombre de nouveau-nés ayant bénéficié d'un contrôle postnatal D : nombre de naissances dans la structure sanitaire	Date de la 1re consultation, conformément à la politique nationale
Enfance et début de l'adolescence			
Traitement antibiotique de la pneumonie	Pourcentage d'enfants ayant reçu un diagnostic correct de pneumonie qui ont bénéficié d'un traitement	N : nombre d'enfants ayant reçu un diagnostic correct de pneumonie qui ont bénéficié d'un traitement D : nombre d'enfants ayant reçu un diagnostic de pneumonie	■ Âge (0-4 ans, 5-9 ans) ■ Type de traitement (amoxicilline/autre antibiotique/autre médicament)
Traitement de la diarrhée	Pourcentage d'enfants dont les diarrhées ont été traitées	N : nombre d'enfants ayant reçu un traitement contre la diarrhée D : nombre d'enfants présentant des diarrhées	■ Âge (0-4 ans, 5-9 ans) ■ Type de traitement (sels de réhydratation par voie orale [SRO], zinc)
Traitement antipaludique pour les enfants	Voir Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Recommandations destinées aux responsables de programmes de lutte contre le paludisme pour en savoir plus sur le dépistage et le traitement du paludisme ; numérateur et dénominateur extraits du présent document	N : nombre de cas de paludisme traités avec des ACT D : nombre de cas de paludisme diagnostiqués	
Couverture en vitamine A	Voir Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté – Recommandations destinées aux responsables de programmes de nutrition† pour en savoir plus sur la couverture en vitamine A.	Document d'orientation relatif à la nutrition et définitions des indicateurs en cours d'élaboration	

Indicateurs de base	Définition	Calcul (p. ex., numérateur/ dénominateur, nombre)	Ventilation
Tuberculose chez l'enfant	Voir Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Recommandations destinées aux responsables de programmes de lutte contre la tuberculose pour en savoir plus sur les indicateurs relatifs à la tuberculose.	Remarque : indicateur à préciser lors de la mise à jour de ce document.	
Malnutrition	Voir Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté – Recommandations destinées aux responsables de programmes de nutrition† pour en savoir plus sur la malnutrition chez l'enfant.	Document d'orientation relatif à la nutrition et définitions des indicateurs en cours d'élaboration	
Mortalité			
Décès maternels dans l'établissement de santé	Voir Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Recommandations destinées aux concepteurs et responsables de programmes nationaux et au niveau des districts pour en savoir plus. Remarque : peut comprendre les femmes ayant accouché en dehors d'un établissement.	Nombre de décès maternels dans la structure sanitaire	■ Par cause de décès (selon la CIM-MM) ■ Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et +)
Décès néonatals dans l'établissement de santé	Nombre de nouveau-nés décédés au sein de l'établissement de santé au cours des 28 premiers jours Remarque : comprend tous les décès néonatals survenus dans un établissement au cours des 28 premiers jours de vie, avant de quitter l'établissement après la naissance ou après réadmission en cas de maladie.	Nombre de décès néonatals dans la structure sanitaire	■ Par cause de décès (selon la CIM-MP)
Décès infantiles dans les formations sanitaires	Nombre d'enfants âgés de 1 mois à 9 ans décédés au sein de l'établissement de santé	Nombre de décès d'enfants dans la structure sanitaire	■ Par cause de décès (selon la classification CIM10 ou CIM11, conformément à l'usage dans le pays) ■ Âge (0-4 ans, 5-9 ans)
Taux de mortinatalité dans l'établissement de santé	Mortinaissance sous forme de pourcentage du nombre total de naissances au sein d'établissements de santé (Enfant né sans signes de vie après 28 semaines de grossesse ou dont le poids est supérieur à 1000 g)	N : nombre de mortinaissances dans la structure sanitaire D : nombre de naissances vivantes et de mortinaissances dans la structure sanitaire	■ Mort-nés frais, macérés
Décès maternels examinés	Pourcentage de décès maternels ayant fait l'objet d'un audit	N : nombre de décès maternels audités D : nombre de décès maternels dans la structure sanitaire	

Indicateurs de base	Définition	Calcul (p. ex., numérateur/ dénominateur, nombre)	Ventilation
Décès périnatals examinés	Pourcentage de décès périnatals ayant fait l'objet d'un audit Remarque : les décès périnatals comprennent les mortinaissances et les décès de nouveau-nés jusqu'à 7 jours après la naissance.	N : nombre de décès périnatals audités D : nombre de décès périnatals dans la structure sanitaire	

† La publication « Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté – Recommandations destinées aux responsables de programmes de nutrition » sera disponible en 2019.
** La publication « Collecte, analyse et utilisation des données issues des établissements de santé et de la communauté – Recommandations relatives aux données de l'état civil destinées aux responsables de programmes de santé » sera disponible en 2019.*

La liste des indicateurs de base a été établie conformément aux principes directeurs de ce document. Elle est axée sur les données agrégées et les dénominateurs fondés sur les établissements. Toutefois, dans certains cas, des données sur des patients individuels peuvent être disponibles et permettre de disposer d'indicateurs nécessitant le suivi d'un patient dans le temps, notamment en cas de consultations prénatales multiples. En outre, certains indicateurs peuvent être calculés à l'aide de dénominateurs fondés sur des estimations de la population. On trouvera ci-après quelques indicateurs supplémentaires à prendre en compte en fonction de la disponibilité des données et de la capacité d'analyse des pays.

SI DES DONNEES INDIVIDUELLES SONT DISPONIBLES

Dans certains pays, des données sur les patients individuels sont disponibles grâce à des dossiers médicaux électroniques ou des dossiers traditionnels. Si des données sont disponibles au niveau individuel, il est possible d'envisager de suivre les indicateurs mentionnés ci-dessous.

Indicateur	Définition	Calcul	Ventilation
Santé de la mère et du nouveau-né			
4e consultation de soins prénatals	Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une 4e consultation de soins prénatals	N : nombre de femmes ayant bénéficié d'une 4e consultation de soins prénatals D : nombre de bénéficiaires effectuant une 1re consultation prénatale	
8e consultation de soins prénatals	Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une 8e consultation de soins prénatals	N : nombre de femmes ayant bénéficié d'une 8e consultation de soins prénatals D : nombre de femmes ayant bénéficié d'une 1re consultation prénatale	
Mesure de la pression artérielle au cours du troisième trimestre	Pourcentage de femmes ayant bénéficié de soins prénatals dont la mesure de la pression artérielle au cours du troisième trimestre a été consignée	N : femmes ayant bénéficié de soins prénatals dont la pression artérielle a été mesurée au cours du troisième trimestre D : nombre de femmes ayant bénéficié d'une 1re consultation prénatale	
Femmes ayant bénéficié de soins prénatals traitées contre la syphilis	Pourcentage de femmes ayant bénéficié de soins prénatals traitées contre la syphilis	N : nombre de femmes ayant bénéficié de soins prénatals traitées contre la syphilis D : nombre de femmes ayant bénéficié de soins prénatals séropositives à la syphilis	

UTILISATION D'UN DENOMINATEUR FONDE SUR UNE POPULATION ESTIME

Certains pays peuvent souhaiter analyser des indicateurs spécifiques avec un dénominateur fondé sur une population estimée. Les dénominateurs fondés sur une population estimée doivent être traités avec prudence. Lors de l'utilisation de ces dénominateurs, il convient de tenir compte des éléments suivants :

- Les estimations des dénominateurs cibles (ou un indicateur indirect approprié) sont disponibles et suffisamment précises pour l'usage prévu.
- Les données communiquées par les établissements desservant la population cible, doivent refléter un taux de déclaration très élevé (par exemple supérieur à 90 %) et tous les établissements desservant la population.
- La qualité des données communiquées doit être élevée et cohérente dans le temps.

Indicateur	Définition	Calcul	Ventilation
Santé sexuelle et reproductive			
Couple-années de protection (CAP)	Protection estimée assurée par les services de planification familiale (PF) en fonction du volume de tous les contraceptifs distribués au sein de la population de femmes âgées de 15 à 49 ans. *Voir les remarques et l'exemple du Tableau 1 concernant l'indicateur CAP.*	L'indicateur CAP est calculé en multipliant la quantité de chaque méthode distribuée par un facteur de conversion, afin d'obtenir une estimation de la durée de protection contraceptive fournie par unité de cette méthode. La somme des CAP de chaque méthode est ensuite effectuée pour toutes les méthodes afin d'obtenir un CAP global.	■ Type de méthode par unité
Santé de la mère et du nouveau-né			
4e consultation de soins prénatals	Pourcentage de femmes ayant bénéficié de 4 consultations de soins prénatals	N : nombre de femmes ayant bénéficié d'une 4e consultation de soins prénatals D : nombre de femmes enceintes estimé	
8e consultation de soins prénatals	Pourcentage de femmes ayant bénéficié de 8 consultations de soins prénatals	N : nombre de femmes ayant bénéficié d'une 8e consultation de soins prénatals D : nombre de femmes enceintes estimé	
Femmes ayant bénéficié de soins prénatals ayant reçu au moins 2 doses de toxine tétanique	Pourcentage de femmes ayant bénéficié de soins prénatals ayant reçu au moins 2 doses de toxine tétanique	N : nombre de 2e + 3e + 4e + 5e doses de toxine tétanique D : nombre de femmes enceintes estimé	
Traitement préventif intermittent antipaludique au cours de la grossesse (TPIg)	Voir *Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Recommandations destinées aux responsables de programmes de lutte contre le paludisme* pour en savoir plus sur la couverture du TPIg ; numérateur et dénominateur extraits du présent document.	N : nombre de femmes enceintes ayant reçu un TPI à base de sulfadoxine/pyriméthamine D : nombre de grossesses dans des zones à risque estimé	
Accouchement en établissement	Pourcentage de femmes ayant accouché au sein d'un établissement de santé	N : nombre d'accouchements en établissement D : nombre de naissances vivantes estimé	
Césarienne	Pourcentage d'accouchements par césarienne Remarque : comprend à la fois les femmes ayant accouché en établissement et en dehors d'un établissement de santé.	N : nombre de césariennes D : nombre de naissances vivantes estimé	

Indicateur	Définition	Calcul	Ventilation
Enfance et début de l'adolescence			
Taux de couverture vaccinale	Voir *Analyse et utilisation des données des établissements de santé - Recommandations destinées aux responsables de programmes de vaccination* pour en savoir plus sur les taux de couverture vaccinale ; numérateur et dénominateur extraits du présent document	N : nombre d'enfants vaccinés D : population cible estimée	

++ *La liste des méthodes et des facteurs à utiliser est disponible à l'adresse https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/family-planning/fp/cyp (site en anglais).*

Tableau 1. Remarques relatives aux couple-années de protection

Ce tableau présente le type de méthode, le facteur à utiliser, le calcul de l'exemple qui en résulte et le score final.

Méthode	Facteur à utiliser	Unités distribuées (1 mois)	Résultat
Contraceptifs oraux	Diviser par 15	260	17,3
Préservatifs (masculins et féminins)	Diviser par 120	1500	12,5
Depo Provera injectable	Diviser par 4	65	16,25
Noristerat injectable	Diviser par 6	72	12
Anneau/patch vaginal mensuel	Diviser par 15	88	5,8
Comprimés pour mousse vaginale	Diviser par 120	750	6,25
Cyclofem injectable mensuel	Diviser par 13	95	7,3
DIU Copper-T 380-A	Multiplier par 4,6	42	193,2
Implant en place pendant 3 ans (p. ex., Implanon)	Multiplier par 2,5	38	95
Implant en place pendant 4 ans (p. ex., Sino-Implant)	Multiplier par 3,2	29	92,8
Implant en place pendant 5 ans (p. ex., Jadelle)	Multiplier par 3,8	31	117,8
Pilules contraceptives d'urgence	Diviser par 20	290	14,5
Stérilisation (masculine et féminine)*	Multiplier par 10	18	180
Somme des unités multipliées ou divisées par le facteur utilisé			770,7
Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans = 26 000 Divisé par 12 afin d'obtenir un dénominateur pour 1 mois = 2167 Taux de CAP = 770,7 × 100/2167			35,5 %

3. Analyse de l'ensemble d'indicateurs de base

Les responsables de programme et les analystes utilisent les données systématiques des établissements de santé pour mesurer la couverture de l'intervention, surveiller les tendances dans le temps et évaluer les différences géographiques (ou par établissement) pour un ensemble d'indicateurs sanitaires normalisés concernant les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents bénéficiant de services de santé. Cette section présente un résumé, illustré d'exemples, des types d'analyses pouvant et devant être utilisés afin de mesurer l'évolution des services fournis dans le temps ainsi que les causes des maladies et des décès observés dans les établissements de santé.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Objet

Il est important de suivre la santé sexuelle et reproductive pourassurer la santé d'une population et l'accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive. Les éléments fondamentaux de la santé sexuelle et reproductive sont la planification familiale, la prévention des avortements non

médicaliséset des infections sexuellement transmissibles, ainsi que la prévention des pratiques néfastes, comme les mutilations sexuelles féminines. Parmi ces indicateurs, certains mesurent l'état de santé (indicateurs de résultat ou d'impact), alors que d'autres sont destinés à refléter des « processus ».

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION POUR LA PREMIÈRE FOIS

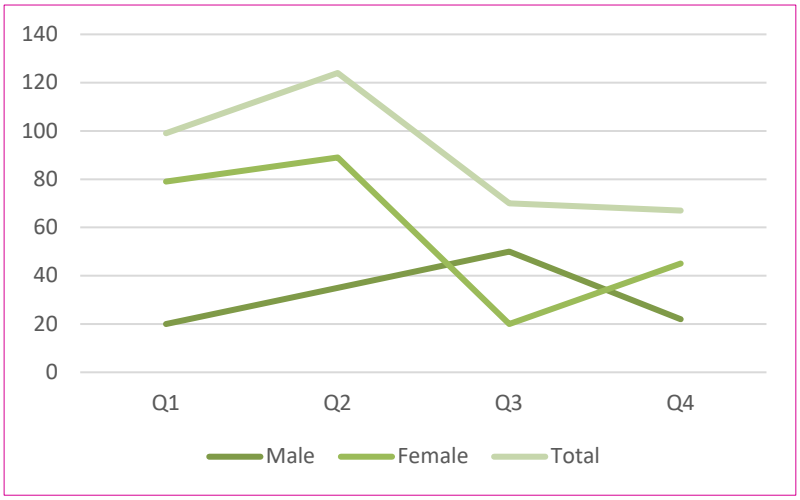
Compte tenu de la tendance croissante des grossesses chez les adolescentes et des variations de la fécondité, il est important de suivre le nombre de nouveaux utilisateurs de contraceptifs selon l' âge et le sexe mais aussi l'évolution dans le temps.

Analyse

Figure 3. Examen du nombre de nouveaux utilisateurs de contraceptifs selon l'âge et le sexe pour une période donnée



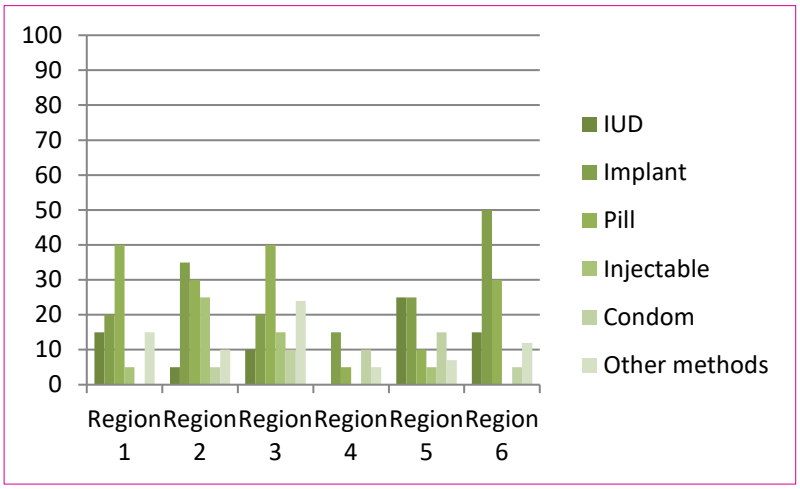
Figure 4. Évolution du nombre de nouveaux utilisateurs de contraceptifs par sexe dans le temps



PLANIFICATION FAMILIALE POST-PARTUM

La période post-partum offre l'occasion de conseiller les femmes sur la planification familiale. Cet indicateur évalue parmi les femmes ayant accouché dans un établissement de santé la proportion de celles qui ont débuté une planification familiale avant de quitter l'établissement.

Figure 5. Examen de la couverture de la planification familiale post-partum par méthode contraceptive et par région



Éléments à prendre en compte/questions liées à l'interprétation

Les Figures 3 et 4 indiquent le nombre de nouveaux utilisateurs de contraceptifs selon l'âge et le sexe, ce qui permet au responsable de programme de suivre l'adoption de la contraception dans le temps et selon le sexe et aussi d'identifier les lacunes à combler. Par exemple, au 3^{e} trimestre, le nombre de femmes utilisant des contraceptifs pour la première fois a diminué tandis que celui deshommes a augmenté. Il serait donc important d'envisager les causes de cette évolution qui peut être due à des ruptures de stock, des changements de personnel, à une modification de la demande du fait de départs en vacances ou pour d'autres raisons, ou encore à l'accès aux contraceptifs dans d'autres lieux – écoles ou centres de soins privés par exemple.

La Figure 5 concerne l'instauration de la planification familiale post-partum par région, ce qui permet aux responsables de repérer les zones plus ou moins performantes et d'évaluer les tendances relatives à l'utilisation des contraceptifs. Par exemple, peuvent correspondre à la couverture par certaines méthodes de contraception, commeles contraceptifs injectables ou la pilule, peut être élevée dans certaines zones géographiques alors que dans d'autres zones lacouverture sera meilleure pour d'autres méthodes. Les zones géographiques peuvent être triées par région ou selon la taille de la population afin de mieux faire ressortirles zones nécessitant un appui renforcé ou une supervision accrue.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Objet

Les données systématiques provenant des établissements concernant la santé de la mère et du nouveau-né (SMN) ont trois objectifs principaux :

1. Définir les lieux et les groupes dont les résultats en matière de SMN laissent à désirer pour permettre aux responsables d' orienter les ressources (par exemple, en matière de formation, de fournitures, d'encadrement et d'infrastructure) vers les groupes qui en ont le plus besoin.
2. Évaluer l'efficacité des interventions et affiner les politiques. En ayant recours à un cadre qui établit un lien entre la couverture des interventions de SMN et l'impact sur la SMN (morbidité et mortalité), les programmes sont en mesure d'évaluer l'efficacité de leurs interventions et d'affiner les cibles ou les politiques visant à optimiser l'impact. Ces évaluations peuvent également être utiles pour plaider en faveur de ressources supplémentaires.
3. Examiner les progrès accomplis en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale lors d'accouchements en établissement.

COUVERTURE DES SERVICES POUR LES MÈRES ET LES NOUVEAU-NÉS

Analyse

Figure 6. Histogramme représentant la couverture des interventions de soins prénatals par an (pourcentage)

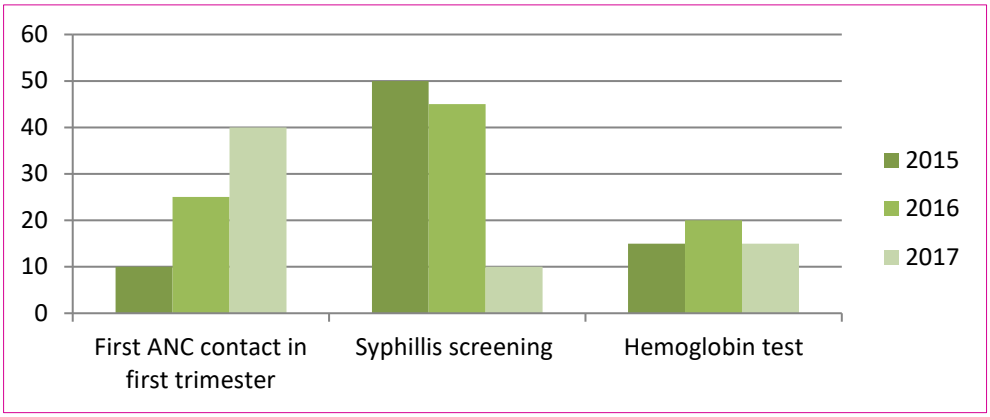


Figure 7. Histogramme représentant la couverture des interventions de soins lors d'accouchements et aux nouveau-nés par an (pourcentage)

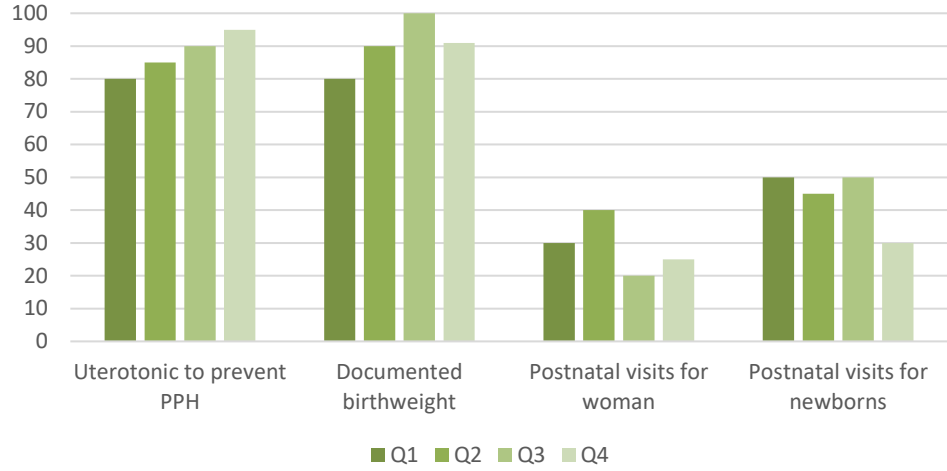


Figure 8. Courbe représentant la couverture des premiers soins prénatals au cours du premier trimestre en fonction de l'âge et dans le temps (pourcentage)

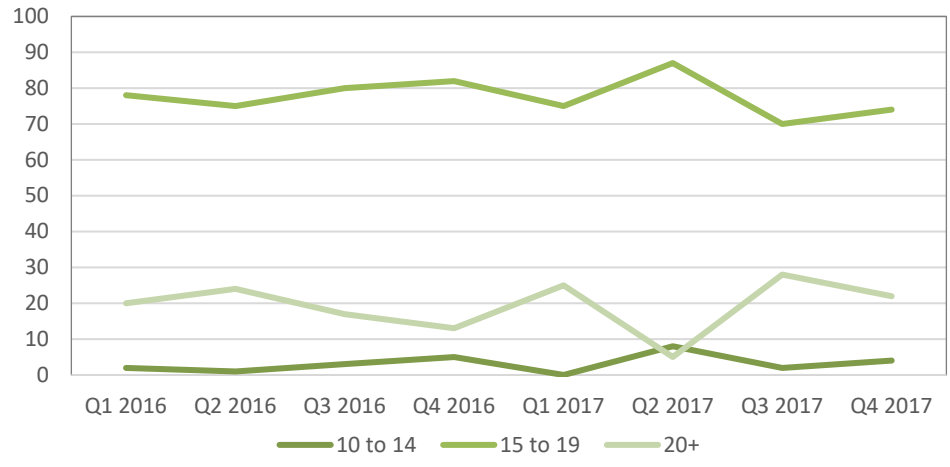
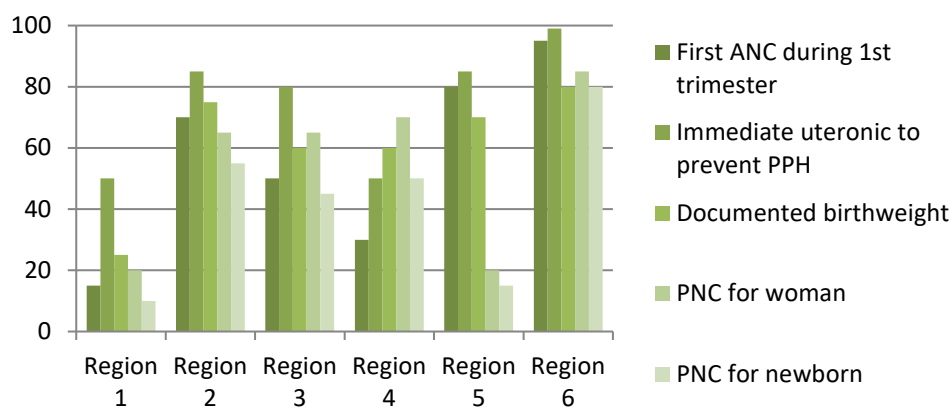


Figure 9. Histogramme représentant la couverture annuelle des principales interventions chez la mère et le nouveau-né par région (pourcentage)



Éléments à prendre en compte/questions liées à l'interprétation

Les figures ci-dessus illustrent différents moyens de représenter des interventions essentielles chez la mère et le nouveau-né dans le temps, selon l'âge et dans différentes zones. Les Figures 6, 7 et 8 donnent une vue d'ensemble nationale qui peut être répliquée aux niveaux de la région, du district et de l'établissement de santé. À des niveaux géographiques inférieurs, les interventions essentielles peuvent être suivies sur des périodes plus courtes, chaque trimestre ou chaque mois par exemple, plutôt que chaque année (voir la Figure 8). Cette figureenvisage la couverture de la première consultation de soins prénatals par tranche d'âge dans le temps et fait apparaître un changement au deuxième trimestre 2017, ce qui incitera les responsables à s'interroger sur la qualité des données et, si elles s'avèrent exactes, à comprendre les causes de ce changement relatif à l'âge.

La Figure 9 indique la couverture des interventions pour un ensemble de services limité et compare la performance de différentes zones géographiques. Elle permet aux responsables de repérer les zones plus ou moins performantes mais aussi d'évaluer les tendances dans la continuité des soins. Par exemple, certaines zones peuvent être performantes en matière de couverture d'interventions de santé maternelle mais peu performantes pourles interventions de santé néonatale, alors que d'autres auront des résultats de même niveau dans les deux domaines. Les zones géographiques peuvent être triées par région ou selon la taille de la population afin de mieux faire ressortir celles qui les zones nécessitant un appui renforcé ou une supervision accrue.

RÉSULTATS RELATIFS À LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Analyse

Figure 10. Diagramme circulaire illustrant la distribution annuelle de la mortalité néonatale enétablissement par cause (pourcentage)

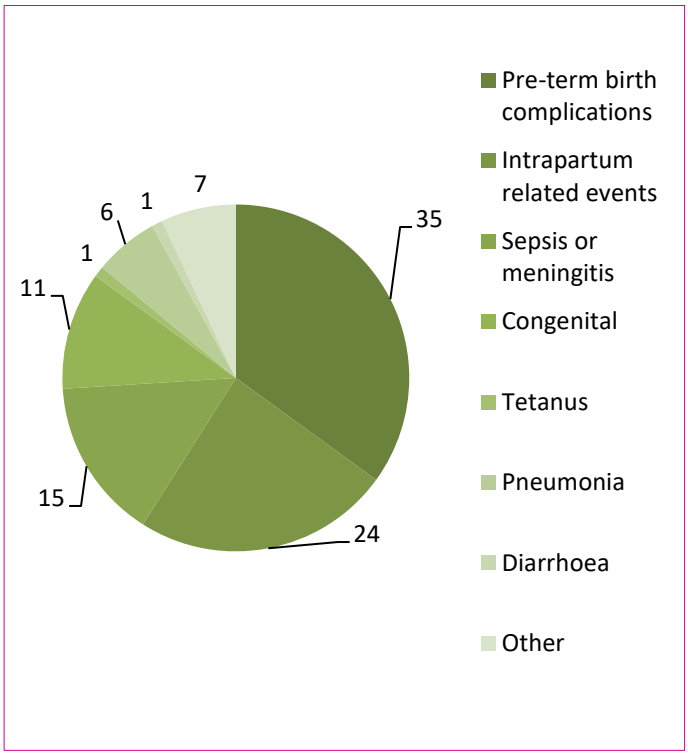


Figure 11. Histogramme représentant le nombre annuel de mortinaissances par type (nombre)



Figure 12. Tableau de la mortalité maternelle et des décès maternels/périnatals examinés parmi les décès déclarés dans le HMIS, nombre de décès et pourcentage de décès ayant fait l'objet d'un audit

Indicateur	2015	2016	2017
Nombre total de décès maternels déclarés dans le HMIS	1200	1150	1125
Nombre total de décès maternels en établissement	950	950	945
% de décès maternels ayant fait l'objet d'un audit	65	70	60

Éléments à prendre en compte/questions liées à l'interprétation

La représentation des données des Figures 10, 11 et 12 permet aux responsables d'évaluer les progrès réalisés en ce qui concerne les issues critiques en matière de santé de la mère et du nouveau-né dans le cadre d'un accouchement en établissement. La Figure 10 présente les causes de décès néonatal, qu'il est essentiel de suivre dans le temps, car cette indication est cruciale pour l'élaboration des politiques et des programmes. La Figure 11 présente le nombre total de mortinaissances ventilées par mortinaissances fraîches et avec macération, qu'il est important de surveiller car il reflète la qualité des soins pendant le travail et l'accouchement.

La Figure 12 examine le nombre total de décès maternels déclarés au sein de l'établissement de santé ainsi que la proportion de ces décès et des décès périnatals ayant fait l'objet d'un audit. Dans certains pays, les données saisies dans un HMIS peuventinclure les décès dans la communauté. Par conséquent, le nombre de décès maternels dans le HMIS peut être supérieur au nombre total de décès maternels

en établissement. Si les deux chiffres sont différents, il est possible qu'on ait tenu compte de la notification des accouchements hors établissement, ou des décès maternels et néonatals liés aux accouchements hors établissement. Si les exemples fournis ici donnent une vue d'ensemble nationale sur une base annuelle, il est possible de présenter l'ensemble des figures et des tableaux au niveau infranational, et jusqu'au niveau de l'établissement pour avoir une évaluation plus précise de la performance.

La Figure 12 montre également la proportion désétablissements de la zone géographique ayant mené des audits concernant les décès maternels. Ces indicateurs permettent de savoir dans quelle mesure les établissements s'efforcent de déterminer des problèmes évitables contribuant aux décès auxquels le système de santé pourrait apporter des solutions. Parmi les établissements qui procèdent à des audits des décès maternels et périnatals, il est possible de calculer la médiane et la fourchette du nombre de ces décès. Dans le temps, le nombre de décès devrait diminuer ou se stabiliser suite à l'amélioration continue des soins que les audits devraient favoriser.

Un éventail d'indicateurs plus large peut et devrait être utilisé afin d'assurer la qualité des soins pour les femmes et les nouveau-nés dans les établissements de santé, concernant par exemple la disponibilité des agents de santé, des produits et des médicaments, ainsi que la couverture des interventions clés dans la population. Ces types de données sont toutefois recueillis avec plus de précision au moyen d'enquêtes en population ou dans les établissements de santé.

COUVERTURE DES SERVICES ET RÉSULTATS SANITAIRES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES ADOLESCENTS

Objet

Évaluer les progrès réalisés de la couverture par des interventions essentielles propres à réduire la charge de morbidité et à prévenir les décès évitables chez le nourrisson, l' enfant de moins de 5 ans, l'enfant de 5 à 9 ans et le jeune adolescent de 10 à 14 ans.

Analyse

Les figures ci-dessous permettent d'examiner les tendances et la distribution en matière de couverture des services de santé chez l'enfant, de résultats pour les services essentiels et le diagnostic et le traitement des principales causes de morbidité et de mortalité de l'enfant.

Figure 13. Courbe présentant la couverture du traitement antidiarrhéique par SRO et zinc comparativement aux SRO seuls chez l'enfant de moins de 5 ans dans le temps

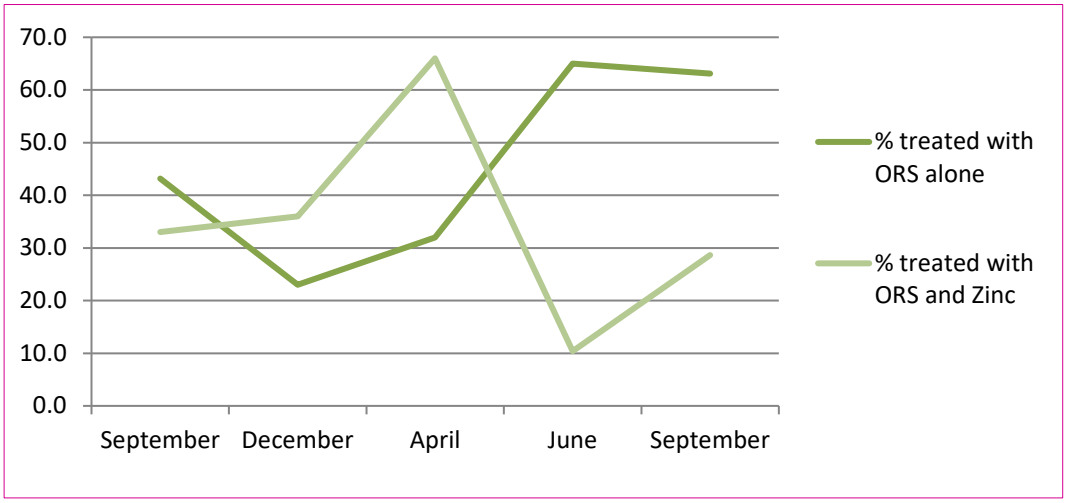


Figure 14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant fait l'objet d' un diagnostic correct de pneumonie et bénéficié d'un traitement selon le type de traitement et l' établissement et pour l'ensemble du district, au cours d' une période donnée

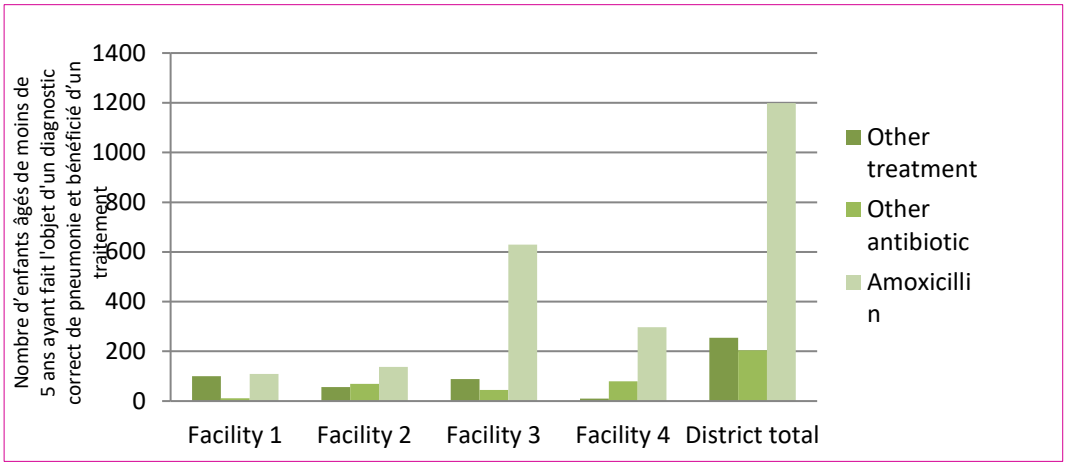


Figure 15. Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant fait l'objet d'un diagnostic correct de pneumonie et bénéficié d'un traitement dans l'établissement X, par type de traitement dans le temps

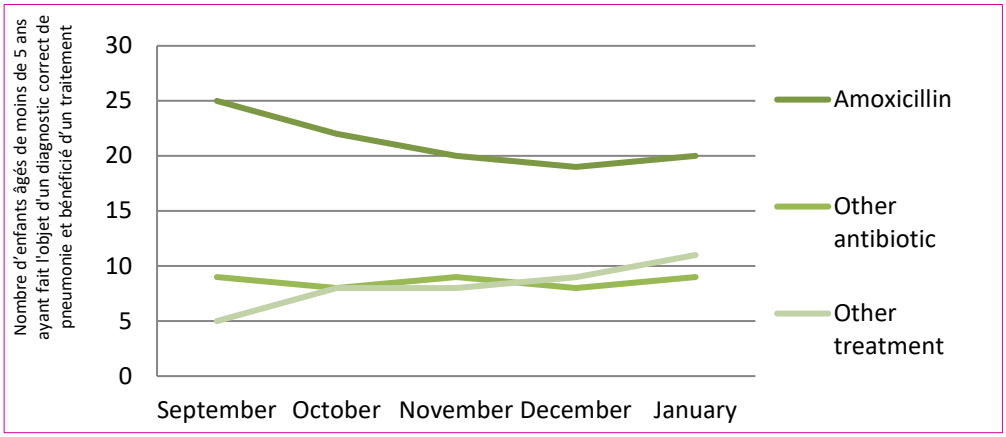


Figure 16. Distribution des décès chez les enfants de moins de 5 ans en établissement par cause (% de décès d'enfants de moins de 5 ans enétablissement)

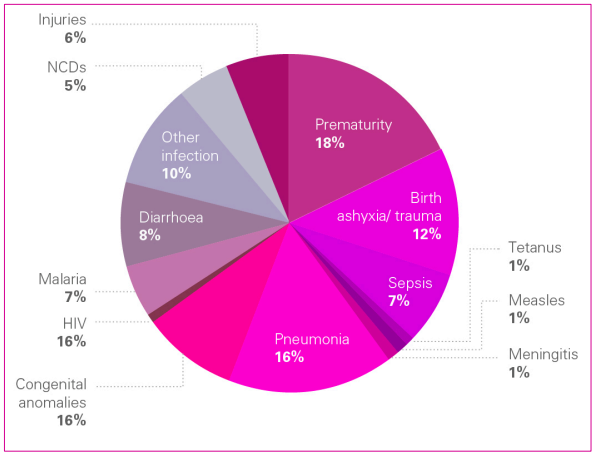
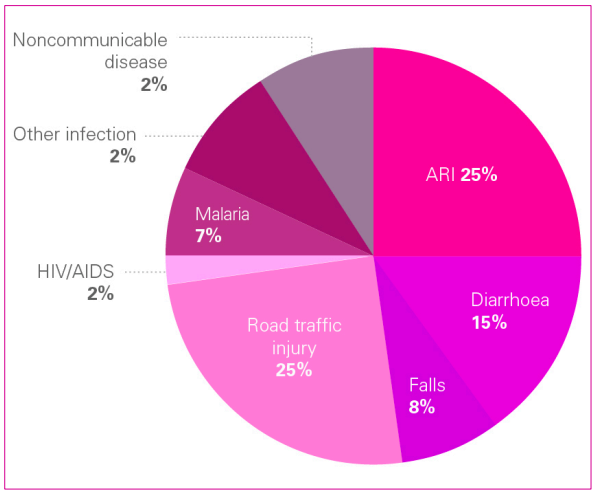


Figure 17. Distribution des décès chez les enfants de 5 à 9 ans (% de décès d'enfants âgés de 5 à 9 ans enétablissement)



Éléments à prendre en compte/questions liées à l'interprétation

Les indicateurs de base des établissements relatifs aux enfants évoqués dans ce document représentent un ensemble minimal fondé sur les données pouvant être collectées au niveau de l'établissement et supposent l'agrégation des données des différents établissements en vue de leur analyse. Les indicateurs présentés ici devraient idéalement être ventilés par tranche d'âge (moins de 5 ans et de 5 à 9 ans) afin de définir des tendances plus spécifiques concernant les causes de maladie et de décès chez l'enfant. Les indicateurs sélectionnés pour l'analyse des exemples ci-dessus sont axés sur les tranches d'âge des moins de 5 ans et des 5 à 9 ans ; les adolescents de 10 à 19 ans constituent toutefois une tranche d'âge essentielle à prendre en compte lorsque les données ventilées sont disponibles.

Un éventail d'indicateurs plus large peut et devrait être utilisé afin d'assurer la qualité des soins pour les enfants et les adolescents dans les établissements de santé. La plupart ne sont pas recueillis correctement par les enquêtes dans les établissements de santé ou d'autres enquêtes ene population. Les exemples ayant trait à la santé de l'enfant sont notamment l'utilisation des mesures d'oxymétrie de pouls chez les enfants présentant des symptômes d'infections respiratoires aiguës et la présence de produits de diagnostic, de médicaments et de dispositifs médicaux d'importance vitale accompagnés d'informations concernant la durée de conservation et la disponibilité de ces produits de santé essentiels.

Dans la Figure 13, le traitement antidiarrhéique chez les enfants âgés de moins de 5 ans estun suivi sur une période de cinq mois. De novembre à décembre, on observe une baisse de la couverture des enfants traités par SRO et par zinc ainsi qu'une augmentation correspondante chez les enfants traités par SRO seuls. Ces tendances pourraient s'expliquer par une rupture de stock du zinc au cours de cette période.

Les Figures 14 et 15 présentent le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant fait l'objet d'un diagnostic correct de pneumonie et bénéficié d'un traitement en fonction du type de traitement. La mesure exacte du traitement de la pneumonie devrait être traitée avec prudence car elle suppose un diagnostic correct de pneumonie. Dans la Figure 14, l'histogramme présente la différence de couverture selon différents établissements d'un district spécifique ainsi que le nombre total d'enfants traités dans ce district au cours d'une période donnée. Ce graphique indique également la variation du type de traitement administré, entre l'amoxicilline, d'autres antibiotiques et un quelconque autre traitement. Dans ce district, l'amoxicilline est le type de traitement le plus fréquemment administré par rapport à un autre antibiotique ou à d'autres traitements.

La représentation de la couverture du traitement dans le temps pour un établissement donné, comme dans la Figure 15, permet aux responsables de surveiller toute tendance relative au type de traitement le plus fréquemment administré chez l'enfant ayant fait l'objet d'un diagnostic correct de pneumonie. Une diminution ou une augmentation importante de la couverture sur une courte période peut s'expliquer par la qualité ou l'exactitude des données consignées.

Les Figures 16 et 17 indiquent la principale cause de décès des enfants âgés de moins de 5 ans et des enfants plus âgés (de 5 à 9 ans) au sein d'établissements de santé au cours d'une année donnée. Il convient d'interpréter ces diagrammes circulaires avec les données relatives aux nombres de décès pour ces tranches d'âge survenus dans les établissements.

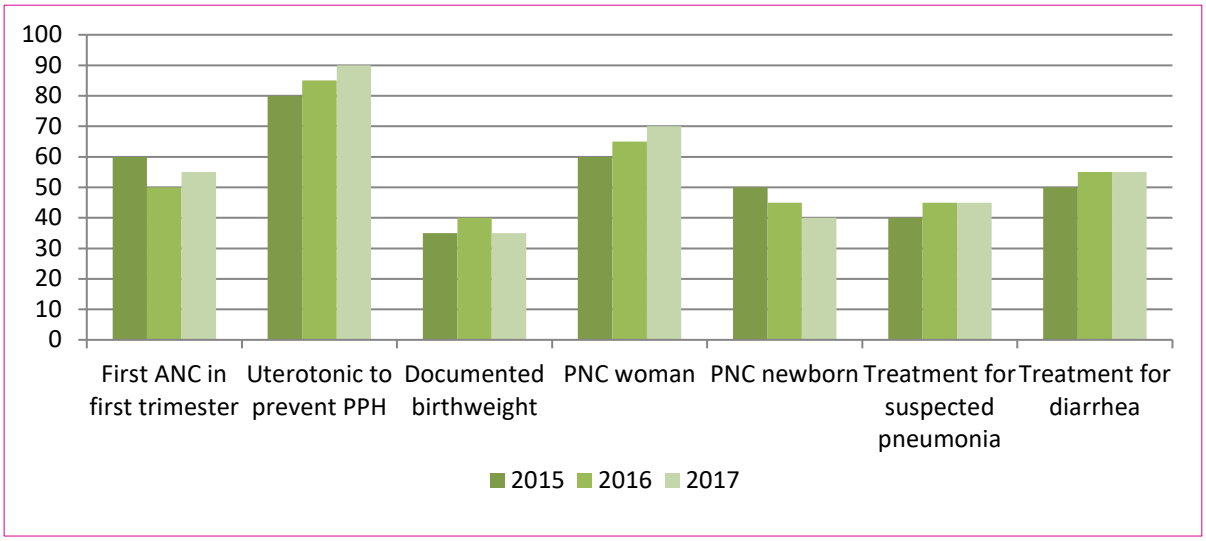
CONTINUITÉ GLOBALE DES SOINS DE SRMNEA

Objet

Repérer les diminutions de couverture les plus significatives ainsi que la continuité des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant âgé de moins de 5 ans dans les établissements de santé.

Analyse

Figure 18. Histogramme présentant les interventions clés dans la continuité des soins de SRMNEA par an (pourcentage)



Éléments à prendre en compte/questions liées à l'interprétation

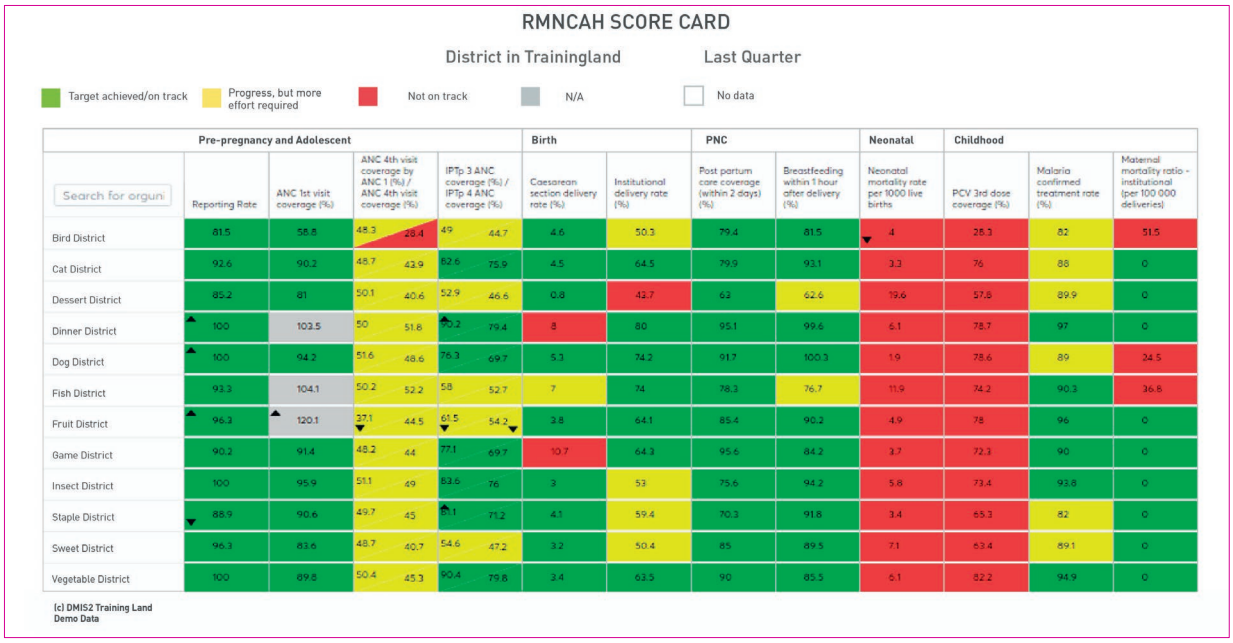
La Figure 18 présente la couverture des interventions clés de SRMNEA. Il est possible d'obtenir une vue d'ensemble des indicateurs les moins performants, lorsqu'ils sont représentés conjointement. Outre la détermination des interventions à faible couverture appelant des ressources supplémentaires, il est également possible d'analyser les interventions performantes dont on peut tirer des meilleures pratiques à reproduire.

Il est également possible d'utiliser un tableau de bord, tel que l'application de tableau de bord de SRMNEA intitulée « RMNCAH Score Card » dans DHIS2 (Figure 19), afin de visualiser les progrès des indicateurs essentiels de SRMNEA au niveau infranational. Les différentes couleurs indiquent si un indicateur évolue de façon satisfaisante, moyenne ou insuffisante pour chaque zone infranationale, ce qui permet aux responsables politiques de définir rapidement les zones géographiques peu performantes et les interventions aux résultats insuffisants dans la continuité des soins de SRMNEA. Les flèches à gauche des valeurs indiquent les progrès par rapport à la période de notification précédente et peuvent contribuer à déterminer si la situation s'améliore ou se dégrade dans le temps.

Outre l'application de tableau de bord Score Card, d'autres applications d'utilisation et d'analyse de données sont en cours de mise au point. L'application d'analyse de goulet d'étranglement intitulée « Bottleneck Analysis » permet aux utilisateurs d'analyser les éléments déterminants de la couverture (produits, ressources humaines, accès géographique, utilisation initiale, continuité et qualité/efficacité

de la couverture) des interventions de SRMNEA afin de repérer les goulets d'étranglement dans l'offre, la demande et la qualité d'une intervention. L'application de suivi des actions appelée « Action Tracker » permet aux utilisateurs de définir les mesures correctives à apporter pour les goulets d'étranglement repérés, ainsi que les prochaines étapes pour éliminer ces goulets d'étranglement et en surveiller la réduction. Les applications d'analyse de goulet d'étranglement Bottleneck Analysis et de suivi des actions Action Tracker sont actuellement testées à des fins de validation et devraient être disponibles d'ici l'été 2019.

Figure 19. Tableau de bord de SRMNEA



RMNCAH SCORE CARD

District in Trainingland — Last Quarter

Target achieved/on track | Progress, but more effort required | Not on track | N/A | No data

	Pre-pregnancy and Adolescent				Birth		PNC		Neonatal	Childhood		
Search for organi	Reporting Rate	ANC 1st visit coverage (%)	ANC 4th visit coverage by ANC 1 (%) / ANC 4th visit coverage (%)	IPTp 3 ANC coverage (%) / IPTp 4 ANC coverage (%)	Caesarean section delivery rate (%)	Institutional delivery rate (%)	Post partum care coverage (within 2 days) (%)	Breastfeeding within 1 hour after delivery (%)	Neonatal mortality rate per 1000 live births	PCV 3rd dose coverage (%)	Malaria confirmed treatment rate (%)	Maternal mortality ratio - institutional (per 100 000 deliveries)
Bird District	81.5	58.8	48.3 28.4	49 44.7	4.6	50.3	79.4	81.5	4	25.3	82	51.5
Cat District	92.6	90.2	48.7 43.9	62.6 75.9	4.5	64.5	79.9	93.1	3.3	76	88	0
Dessert District	85.2	81	50.1 40.6	52.9 46.6	0.8	42.7	63	62.6	19.6	57.8	89.9	0
Dinner District	100	103.5	50 51.8	70.2 79.4	8	80	95.1	99.6	6.1	78.7	97	0
Dog District	100	94.2	51.6 48.6	76.3 69.7	5.3	74.2	91.7	100.3	1.9	78.6	89	24.5
Fish District	93.3	104.1	50.2 52.2	58 52.7	7	74	78.3	76.7	11.9	74.2	90.3	36.8
Fruit District	96.3	120.1	37.1 44.5	61.5 54.2	3.8	64.1	85.4	90.2	4.9	78	96	0
Game District	90.2	91.4	48.2 44	77.1 69.7	10.7	64.3	95.6	84.2	3.7	72.3	90	0
Insect District	100	95.9	51.1 49	83.6 76	3	53	75.6	94.2	5.8	73.4	93.8	0
Staple District	88.9	90.6	49.7 45	81.1 71.2	4.1	59.4	70.3	91.8	3.4	65.3	82	0
Sweet District	96.3	83.6	48.7 40.7	54.6 47.2	3.2	50.4	85	89.5	7.1	63.4	89.1	0
Vegetable District	100	89.8	50.4 45.3	90.4 79.8	3.4	63.5	90	85.5	6.1	82.2	94.9	0

(c) DMIS2 Training Land Demo Data

4. Points faibles des données sur lesétablissements

Le principal point faible de l'analyse des données de SRMNEA agrégées provenant d'un HMIS tient à ce que les données sont souvent uniquement représentatives des services fournis par l'intermédiaire de l'établissement de santé ou représentatives des patients. Les données relatives à la couverture sont donc susceptibles d'être sous-notifiées ou biaisées. C'est notamment le cas en l'absence de données relatives aux résultats concernant les naissances et décès hors établissements. De la même façon, les données relatives aux femmes enceintes qui ne bénéficient pas de soins prénatals ou aux enfants qui ne bénéficient pas de services de santé de l'enfant ne sont pas saisies dans le HMIS alors que ces populations risquent davantage de présenter des résultats sanitaires défavorables.

Un autre point faible connexe concernant les données des établissements de santé tient à ce que ceux-ci collectent et communiquent uniquement des indicateurs relatifs à l'utilisation, la continuité et la qualité des services, mais ne sont généralement pas en mesure de fournir des informations essentielles concernant les ressources humaines, l'accessibilité, la disponibilité des produits, les connaissances, les attitudes et les pratiques. Pour ces raisons, la triangulation périodique entre l'analyse des sources du HMIS, les informations des enquêtes en population et les évaluations des établissements de santé peut indiquer les segments de population manquants dans l'analyse systématique des données du HMIS. Il est également recommandé de s'attacher à élaborer un système d'information de santé interopérable permettant l'échange de données entre des systèmes disparates.

Plusieurs analyses de base de ce module comportent des données de mortalité qui excluent également les décès survenus à l'extérieur des établissements de santé et risquant de ne pas être notifiés à l'état civil. Différents types d'établissements fournissent différents types de soins. Ainsi, toute analyse de données relatives à la prestation ou la performance des services doit être fondée sur une indication de la population desservie par un établissement d'orientation-recours, ou toute variation de population de la zone et d'autres variations démographiques.

Il existe d'autres indicateurs reflétant des informations importantes concernant les établissements de santé et la qualité des soins dont bénéficient les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents. Dans la mesure où ces indicateurs reflètent des informations concernant les soins fournis, il est préférable de les utiliser dans le cadre de l'évaluation et de l'examen des établissements. Ils peuvent être associés aux données systématiques collectées par les établissements de santé afin de trianguler les résultats et d'apporter un éclairage nuancé concernant la cause des succès et des échecs des services de santé fournis par les établissements.

Annexe 1. Indicateurs supplémentaires

La liste des indicateurs de base représente les indicateurs de référence recommandés pour la surveillance des programmes de SRMNEA. Toutefois, il est possible que certains pays souhaitent utiliser des indicateurs supplémentaires en fonction de leurs priorités et programmes d'intervention. Ci-après figurent d'autres indicateurs pertinents à prendre en compte. Veuillez noter que ces indicateurs sont définis pour des données agrégées. Ces indicateurs supplémentaires s'appliquent aux systèmes d'information de santé capables d'établir des rapports sur un large éventail d'indicateurs et souhaitant le faire.

Indicateurs supplémentaires	Définition	Calcul (p. ex., numérateur/ dénominateur, nombre)	Ventilation
Santé sexuelle et reproductive			
Mutilations sexuelles féminines (MSF)*	Pourcentage de femmes ayant subi des mutilations sexuelles féminines (MSF)	N : nombre de femmes ayant subi des MSF (déclarées ou observées) D : nombre de femmes ayant bénéficié d'une 1re consultation prénatale	Âge (15-19 ans, 20 ans et +)
Avortement médicalisé pour raisons gynécologiques	Pourcentage de femmes présentant des indications gynécologiques liées à l'avortement	N : nombre de femmes présentant des indications gynécologiques liées à l'avortement D : nombre de femmes présentant des indications gynécologiques	Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et +) Patiente hospitalisée ou traitée en soins ambulatoire Avortement provoqué/ spontané ou complications
Santé de la mère et du nouveau-né			
Conseils de planification familiale post-partum	Pourcentage de femmes accouchant en établissement et ayant reçu des conseils de planification familiale post-partum avant de quitter l'établissement	N : nombre de femmes post-partum ayant reçu des conseils de planification familiale avant leur sortie D : nombre d'accouchements en établissement	
Femmes atteintes de pré-éclampsie/d'éclampsie traitées par une dose de charge de MgSO4	Pourcentage de femmes atteintes de pré-éclampsie/d'éclampsie sévère recevant la dose initiale de MgSO4 (dose de charge) dans un établissement de santé	N : nombre de femmes atteintes de pré-éclampsie/d'éclampsie sévère recevant la dose initiale de MgSO4 (dose de charge) dans un établissement de santé D : nombre d'accouchements en établissement	
Nouveau-nés bénéficiant de la méthode kangourou (MK)**	Pourcentage de nouveau-nés pour qui la MK a été instaurée (ou admis dans une unité pratiquant la MK en cas d'existence d'une unité distincte)	N : nombre de nouveau-nés pour qui la MK a été instaurée (ou admis dans une unité pratiquant la MK en cas d'existence d'une unité distincte) N : nombre de naissances vivantes en établissement	Poids de naissance (<2000 g, ≥2000 g)
Nouveau-nés réanimés par ballon et masque**	Pourcentage de nouveau-nés réanimés par ballon et masque**	N : nombre de nouveau-nés réanimés par ballon et masque** D : nombre de naissances vivantes en établissement	

Indicateurs supplémentaires	Définition	Calcul (p. ex., numérateur/ dénominateur, nombre)	Ventilation
Nouveau-nés traités pour une infection néonatale**	Pourcentage de nouveau-nés traités pour une infection néonatale**	N : nombre de nouveau-nés traités pour une infection néonatale** D : nombre de naissances vivantes en établissement	
Naissance prématurée	Pourcentage de naissances prématurées en établissement de santé (âge gestationnel inférieur à 37 semaines)	N : nombre de nouveau-nés dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines D : nombre de naissances vivantes en établissements	

*Les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont une pratique traditionnelle risquée comprenant des actes qui modifient les organes génitaux féminins ou infligent des lésions de façon intentionnelle pour des raisons non médicales. Elles ne présentent aucun avantage médical et sont associées à un risque accru d'événements indésirables pour la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, notamment des complications de santé physique et mentale pouvant survenir au moment de l'excision des petites filles ou à long terme. Toutefois, les MSF ne sont pas fréquemment consignées dans les dossiers médicaux ni abordées lors des consultations. L'OMS a élaboré des lignes directrices cliniques fondées sur des données factuelles et des outils cliniques servant de réponse du secteur de la santé en matière de prévention et d'amélioration du traitement et des soins des MSF. Dans ces documents, l'OMS recommande la consignation des MSF, ce qui « constitue une étape fondamentale pour améliorer la qualité des soins de santé et a pour autre avantage de renforcer la capacité de surveiller les MSF » (https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/). En outre, le manuel clinique sur les MSF fournit des conseils pratiques sur les raisons et les modalités de consignation des MSF dans les dossiers médicaux, notamment une fiche-mémo indiquant au dispensateur de soins comment mentionner les MSF en dessinant l'appareil génital féminin (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/).

- Chapitre 2.7 « Consignation des MSF dans le dossier médical de la patiente », pages 78-79
- Le Chapitre 5.2.4 « Consignations visuelle des MSF » explique comment illustrer les MSF de façon simple dans le dossier médical, pages 166-167.
- La fiche-mémo 2 montre comment réaliser un dessin dans le dossier médical.

** REMARQUE : des tests des différents dénominateurs sont en cours pour le traitement des complications néonatales. Des recommandations supplémentaires relatives aux dénominateurs adéquats seront disponibles dans la prochaine version de ce document. D'ici là, nous recommandons d'utiliser le nombre total de naissances comme dénominateur en effectuant l'évaluation par rapport à des cas de référence attendus.

Annexe 2. Ressources supplémentaires

La liste ci-après répertorie les ressources supplémentaires consultées au cours de l'élaboration de ce module.

- Application de tableau de bord interactif pour DHIS2. HISP Tanzania (disponible en téléchargement à l'adresse https://play.dhis2.org/appstore/app/ZCIvXjEmrya).
- Every Woman Every Child. *Indicator and Monitoring Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health.* Geneva, 2016.
- Maternal and Child Survival Program. *Visualizing and Using Routine Reproductive, Maternal, Neonatal, and Child Health Data at Health Facilities: A Resource Package for Health Providers and District Managers*. Washington, D.C., 2018. Consulté à l'adresse https://www.mcsprogram.org/resource/visualizing-and-using-routine-rmnch-data-at-health-facilities-a-resource-package-for-health-providers-and-district-managers/
- Maternal and Child Survival Program. *What Data on Maternal and Newborn Health Do National Health Management Information Systems Include? A review of data elements for 24 low and lower middle-income countries.* Washington, D.C., 2018.
- Organisation mondiale de la Santé. *Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonatals*. Genève, 2017.
- Organisation mondiale de la Santé. *Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques : Prévention des décès maternels, informations au service de l'action*. Genève, 2015.
- UNICEF, HISP UiO, HISP Uganda and HISP Tanzania. *Interactive scorecard implementation guide*, Version 0.1. 2016-2017.
- World Health Organization 100 Core Indicators. Geneva, 2018.
- World Health Organization. *Data Quality Review: A toolkit for facility data quality assessment*. Geneva, 2017.
- World Health Organization. *Quality, Equity and Dignity, Common Indicators*. Geneva, 2018.
- World Health Organization. *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM*. Geneva, 2012.
- World Health Organization. *The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM*. Geneva, 2016.

Organisation mondiale de la santé
20, Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse