

ANALYSER ET UTILISER LES DONNÉES DE ROUTINE POUR SURVEILLER LES EFFETS DE LA COVID-19 SUR LES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

Guide pratique à l'intention des décideurs aux niveaux national
et infranational

Orientations provisoires
14 janvier 2021



Analyser et utiliser les données de routine pour surveiller les effets de la COVID-19 sur les services de santé essentiels : Guide pratique à l'intention des décideurs aux niveaux national et infranational.

L'OMS continue à surveiller étroitement l'évolution de la situation et son impact potentiel sur ces orientations provisoires. Si certains facteurs devaient évoluer, l'OMS publierait une nouvelle mise à jour. Dans le cas contraire, ces orientations provisoires expireront deux ans après leur date de publication.

© **Organisation mondiale de la Santé 2021**. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO/2019-nCoV/essential_health_services/monitoring/2021.1

Design: Annovi Design.

ANALYSER ET UTILISER LES DONNÉES DE ROUTINE POUR SURVEILLER LES EFFETS DE LA COVID-19 SUR LES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

Guide pratique à l'intention des décideurs aux niveaux national
et infranational

Orientations provisoires
14 janvier 2021

Table des matières

Remerciements	iv
Présentation du guide	1
Objet	1
Public cible	2
Références	2
Première partie : Vue d'ensemble des méthodes	3
Introduction	4
Principales notions et sources de données	4
Étape 1 : Sélection des indicateurs clés pour détecter et surveiller les changements dans les services de santé essentiels	5
Étape 2 : Analyse et interprétation des données	7
Étape 3 : Utilisation des données pour éclairer l'action	15
Références	15
Deuxième partie : Modules spécifiques aux programmes	16
Module 1 : Étapes de la vie : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises	17
Introduction	18
Étape 1 : Sélection des indicateurs clés permettant de détecter et de surveiller les changements dans la prestation et l'utilisation des services SRMNEA+N dus à la COVID-19	19
Étape 2 : Analyse et interprétation des données	23
Étape 3 : Utilisation des données pour éclairer l'action	30
Références	32
Annexes	33
Annexe 1 : Ressources supplémentaires pour la collecte, la compilation et l'utilisation des données	34
Annexe 2 : Exemples d'indicateurs à utiliser pour la surveillance des services de santé essentiels durant la pandémie de COVID-19	39
Annexe 3 : Métadonnées relatives aux indicateurs SRMNEA+N	41

Remerciements

Le présent guide est le fruit d'un travail collaboratif auquel ont pris part des référents techniques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de consultations avec les principales parties prenantes partenaires. L'élaboration et la production du guide ont été coordonnées par Kathryn O'Neill, Theresa Diaz, Richard Cibulskis, Elizabeth Katwan et Briana Rivas Morello.

Première partie : Vue d'ensemble des méthodes

La première partie des présentes orientations a été élaborée sous la direction technique et la coordination de Richard Cibulskis, Kathryn O'Neill, Briana Rivas-Morello et Ed Kelly (OMS), avec le concours technique de Ties Boerma (Université du Manitoba, Winnipeg, Canada), Leonard Cosmas (bureau de pays de l'OMS du Kenya), Benson Droti (bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), Theresa Diaz (OMS) et Elizabeth Katwan (OMS).

Module 1 : Étapes de la vie : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises

Le module 1 de la deuxième partie a été élaboré dans le cadre d'une collaboration entre les organisations et les personnes énumérées ici.

Rédacteurs

Peter Gordon (consultant externe), Elizabeth Katwan (OMS), Debra Jackson (London School of Hygiene and Tropical Medicine et Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF]) et Lara M.E. Vaz (MOMENTUM Knowledge Accelerator – Population Reference Bureau).

Coprésidence du groupe de travail

Theresa Diaz (OMS) et Debra Jackson (London School of Hygiene and Tropical Medicine et UNICEF).

Groupes de travail

Groupe de travail sur les indicateurs et les orientations

Coprésidence : Lara M.E. Vaz (MOMENTUM Knowledge Accelerator – Population Reference Bureau) et Eleanie Nyankesha (UNICEF).
Membres : Soumya Alva (MOMENTUM Knowledge Accelerator – JSI), Catherine Arsenault (École de santé publique T.H. Chan de l'Université de Harvard), Elaine Borghi (OMS), Michel Brun (Fonds des Nations Unies pour la population [FNUAP]), Nadine Cornier (FNUAP), Marc Cunningham (Institut de santé publique – prestataire auprès de l'Agence des États-Unis pour le développement international [USAID]), Karin Lane Gichuhi (Mécanisme de financement mondial), Chika Hayashi (UNICEF), Debra Jackson (UNICEF), Guilhem Labadie (UNICEF), Claire-Helene Mershon (Fondation Bill et Melinda Gates), Ann-Beth Moller (OMS), Jean-Pierre Monet (FNUAP), Moïse Muzigaba (OMS), Pavani Ram (USAID), Jennifer Requejo (UNICEF), Lale Say (OMS), Amani Selim (Social Solutions International – prestataire auprès d'USAID), Fouzia Shafique (UNICEF), Kathleen Strong (OMS) et Ahmadu Yakubo (UNICEF).

Groupe de travail sur l'analyse et la visualisation des données

Coprésidence : Elizabeth Katwan (OMS) et Tyler Porth (UNICEF).
Membres : Soumya Alva (MOMENTUM Knowledge Accelerator – JSI), Padraic Murphy (UNICEF), Remy Mwamba (UNICEF), Rocco Panciera (UNICEF), Jennifer Requejo (UNICEF), Jim Ricca (MOMENTUM Country and Global Leadership et Jhpiego), Jessica Shearer (PATH), Mara Nyawo (bureau régional pour l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF), Monica Flores Urrutia (OMS), William Weiss (Université Johns Hopkins et Institut de santé publique – prestataire auprès d'USAID).

Groupe de travail sur la collecte et la compilation des données

Coprésidence : Guilhem Labadie (UNICEF), Steve Ollis (MOMENTUM Knowledge Accelerator – JSI) et M. Carolina Danovaro (OMS).
Membres : Catherine Arsenault (École de santé publique T.H. Chan de l'Université de Harvard), Kimberly Boer (Mécanisme de financement mondial), Marc Cunningham (Institut de santé publique – prestataire auprès d'USAID), Debra Jackson (UNICEF), Karin Källander (UNICEF), Vrinda Mehra (UNICEF), Claire-Helene Mershon (Fondation Bill et Melinda Gates), Imran Mirza (UNICEF), Alex Muhereza (UNICEF), Moïse Muzigaba (OMS), Remy Mwamba (UNICEF), Lisa Rogers (OMS) et Kathleen Strong (OMS).

Groupe de travail sur la modélisation

Coprésidence : Theresa Diaz (OMS) et Danzhen You (UNICEF).
Membres : John Borrazzo (Mécanisme de financement mondial), Howard S. Friedman (FNUAP), Kate E. Gilroy (MOMENTUM Knowledge Accelerator – JSI), Ulla Griffiths (UNICEF), Chika Hayashi (UNICEF), Stefan Peterson (UNICEF), Jennifer Requejo (UNICEF), Alyssa Sharkey (UNICEF) et William Weiss (Université Johns Hopkins et Institut de santé public – prestataire auprès d'USAID).

Réviseurs

Tunde Adegboyega (Bureau régional OMS de l'Afrique), Anshu Banerjee (OMS), Betzabe Butron-Riveros (Organisation panaméricaine de la Santé/bureau régional OMS des Amériques), Cassandra Butu (bureau de pays de l'OMS de la Roumanie), Manuel Celestino Lavayen (UNICEF), Sarah Dalglish (OMS), Anoma Jayathalika (bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Priya Mannava (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Blerta Maliqi (OMS), Annie Portela (OMS), Khalid Siddeeg (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Laura Utemisova (Bureau de pays de l'OMS du Kazakhstan), Martin Weber (Bureau régional OMS de l'Europe) et Teshome Desta Woldehanna (Bureau régional OMS de l'Afrique).

Présentation du guide

L'OMS a récemment publié, sous le titre *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19*, un cadre intégré destiné à guider les pays dans les efforts qu'ils déploient pour réorganiser, adapter et maintenir, de manière sûre, les services de santé essentiels et hautement prioritaires dans le contexte de la pandémie (1). L'une des stratégies opérationnelles recommandées pour assurer le maintien des services de santé essentiels consiste à renforcer la surveillance en procédant au suivi, à l'analyse et à la communication des informations sur l'utilisation des soins de santé et la prestation des services de santé essentiels au fil de l'évolution de la flambée. Les orientations susmentionnées fournissent un ensemble de mesures de haut niveau et des exemples d'indicateurs aux fins du suivi des services de santé essentiels qu'il convient d'évaluer et de déclarer de manière régulière.

Objet

Le présent guide a pour objectif d'aider les pays à surveiller et analyser l'incidence de la COVID-19 sur les services de santé essentiels dans le but ultime d'éclairer la planification et la prise de décision. Il formule des recommandations pratiques sur la manière d'utiliser les indicateurs clés de performance pour analyser les changements en matière d'accès et de prestation des services de santé essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19, sur la manière de visualiser et d'interpréter ces données et sur la manière de s'appuyer sur les conclusions afin d'éclairer les modifications à apporter pour assurer la prestation des services de façon sûre et évoluer vers la restauration et la récupération. Le guide est axé sur les indicateurs et données existants figurant dans les systèmes de notification régulière (parfois appelés systèmes d'information pour la gestion sanitaire [HMIS]) et sur la manière dont les autorités nationales et infranationales peuvent s'en servir pour comprendre différents contextes, différentes difficultés et différents goulets d'étranglement.

Le guide est divisé en deux parties :

La première partie – Vue d'ensemble des méthodes – offre des orientations pratiques sur les notions essentielles de suivi des services de santé au moyen d'un petit sous-ensemble d'indicateurs de base. Les indicateurs présentés peuvent être utilisés pour suivre et analyser les changements dans le cadre des prestations et de l'utilisation des services de santé. Ils ne constituent pas un ensemble complet d'indicateurs de surveillance des services, mais les principes décrits dans leur analyse peuvent être adaptés aux fins des autres indicateurs repris dans différents modules du présent document.

La deuxième partie – Modules spécifiques aux programmes – contient un ensemble de modules thématiques offrant des orientations concernant les indicateurs et leur analyse dans le cadre de programmes sanitaires spécifiques. Les domaines suivants sont couverts :

- **étapes de la vie** : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises ;
- **maladies transmissibles** ; et
- **maladies non transmissibles et santé mentale.**

Les présentes orientations provisoires contiennent la première partie et le premier module de la deuxième partie, consacré aux étapes de la vie. Elles seront mises à jour dès que les autres modules auront été finalisés.

Les deux parties du guide offrent des conseils pratiques concernant l'utilisation des données de routine en trois étapes :

- **étape 1** : sélection des indicateurs clés pour détecter et surveiller les changements dans les services de santé essentiels ;
- **étape 2** : analyse et interprétation des données ; et
- **étape 3** : utilisation des données pour éclairer l'action.

Les indicateurs sélectionnés à l'étape 1 sont recommandés pour les raisons suivantes :

- ils sont représentatifs des principaux éléments de la prestation et de l'utilisation des services ;
- ils sont reconnus comme étant des normes valables aux définitions, numérateurs et dénominateurs bien établis (sur la base des indicateurs et des orientations existants et convenus) ;
- ils sont couramment utilisés dans les systèmes d'information régulière de pays de différents niveaux de revenu et ne supposent donc pas de charges supplémentaires ;

- ils rendent compte des effets sur la plus grande portion des populations (en fonction de leur disponibilité pour les périodes passées ou les zones géographiques) (pertinent pour l'étape 2) ; et
- ils peuvent éclairer l'adoption de mesures claires et décisives (pertinent pour l'étape 3).

Le manuel est à lire en conjonction avec les ressources suivantes : *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19* et *Analyse et utilisation des données des établissements de santé* (1, 2).

Il élargit et complète le contenu et les recommandations de la section des orientations de mise en œuvre consacrée au suivi (1). Il vise à fournir des orientations pratiques aux pays en matière d'analyse, d'interprétation et d'utilisation des données de routine (existantes) afin d'éclairer les décisions stratégiques et les mesures ciblées concernant la réorganisation et le maintien d'un accès sûr aux services de santé essentiels dans le cadre de la pandémie, tout en tenant compte des aspects cruciaux d'équité.

Public cible

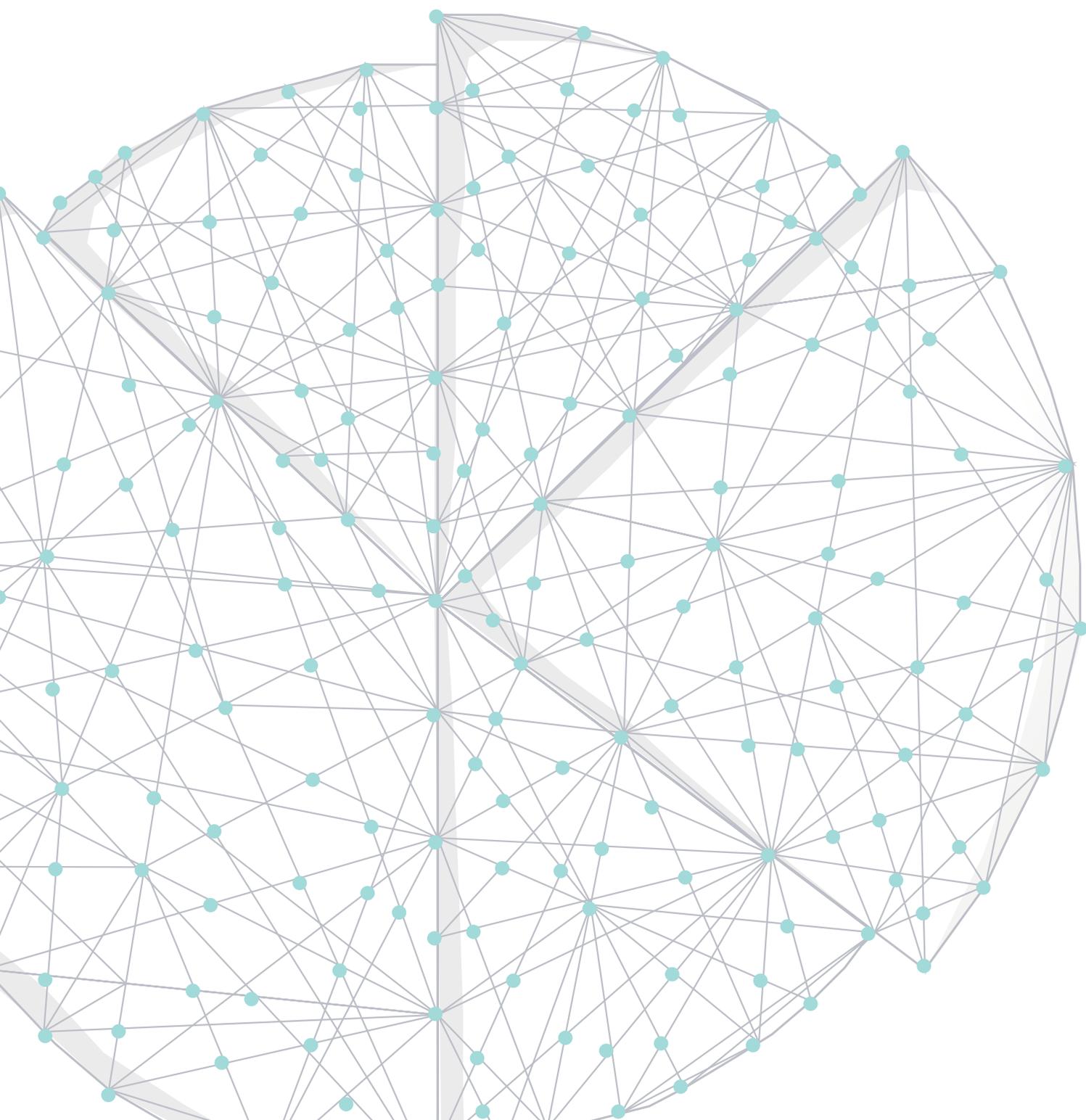
Les présentes orientations s'adressent aux gestionnaires des services de santé aux niveaux national et infranational, ainsi qu'aux personnes travaillant dans d'autres organismes d'appui à la prestation des services de santé essentiels dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Elles portent sur le suivi mensuel ou trimestriel de la prestation des services de santé essentiels au moyen des données collectées de manière systématique, dans le cadre des systèmes d'information pour la gestion sanitaire.

Références

1. *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>, consulté le 22 octobre 2020).
2. *Analyse et utilisation des données des établissements de santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. (https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/, consulté le 22 octobre 2020).

Première partie : Vue d'ensemble des méthodes

Suivi des services de santé dans le cadre de la COVID-19



Introduction

La première partie du présent manuel offre des orientations pratiques sur les notions essentielles de suivi des services de santé au moyen d'un petit sous-ensemble d'indicateurs. Les gestionnaires aux niveaux national et infranational doivent surveiller l'évolution de ces indicateurs parallèlement à l'évolution de la transmission de la COVID-19, de manière à déceler les éventuels problèmes et goulets d'étranglement liés à la prestation et à l'utilisation des services de santé tout au long de la pandémie et afin de mieux se préparer et répondre aux besoins changeants et aigus des populations.

Les indicateurs présentés ne constituent pas un ensemble complet d'indicateurs de surveillance des services, mais les principes décrits dans leur analyse peuvent être adaptés aux fins des autres indicateurs repris dans différents modules du présent document.

Principales notions et sources de données

La surveillance, le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour suivre les progrès et les résultats des programmes de santé.

- Les systèmes de **surveillance** suivent l'évolution de l'incidence et de la mortalité des maladies et peuvent contribuer à identifier les populations au sein desquelles l'incidence des maladies est la plus élevée (et sur lesquelles il convient de cibler les ressources).
- Le **suivi** peut contribuer à s'assurer que les interventions destinées à améliorer la santé sont mises en œuvre comme prévu et à vérifier si les populations ciblées en bénéficient ou s'il est nécessaire d'adopter des mesures correctives.
- L'**évaluation** des résultats et de l'impact est nécessaire pour établir de manière périodique si les stratégies définies et les interventions mises en œuvre donnent les résultats escomptés en termes de réduction des taux d'incidence et de mortalité des maladies.

La surveillance et le suivi sont des activités menées de manière continue, tandis que les évaluations sont réalisées de manière intermittente. Le présent manuel porte principalement sur la surveillance et le suivi.

Les informations nécessaires pour la surveillance, le suivi et l'évaluation proviennent de trois sources principales :

- les **systèmes d'information sanitaire de routine**, qui peuvent couvrir plusieurs programmes ou être limités à des activités spécifiques (par ex. l'utilisation des services, la surveillance des maladies transmissibles ou les services de laboratoire) ;
- les **enquêtes auprès des établissements de santé**, qui examinent généralement la mesure dans laquelle les établissements de santé assurent les services de santé essentiels et s'ils disposent de l'infrastructure, du matériel, des fournitures et des ressources humaines nécessaires pour ces services ; ces enquêtes peuvent également vérifier si les patients ont reçu ou non les services dont ils ont besoin, ainsi que la qualité de ces services ; et
- les **enquêtes auprès des ménages**, qui couvrent habituellement différentes interventions sanitaires, souvent avec une emphase sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer, bien que les enquêtes portant sur une maladie spécifique soient également courantes ; des enquêtes socioéconomiques sont aussi parfois commandées pour évaluer l'impact de flambées de maladies comme la COVID-19 sur la situation économique des ménages.

Les **systèmes d'enregistrement et de données d'état civil**, qui enregistrent toutes les statistiques relatives aux naissances et aux décès, peuvent également être utilisés, les statistiques de mortalité pouvant notamment servir à évaluer la surmortalité.

Les données nécessaires pour la surveillance et le suivi des programmes sont généralement obtenues des systèmes d'information sanitaire de routine, étant donné que les programmes doivent être surveillés de manière continue. Les données provenant des enquêtes auprès des établissements de santé et des ménages viennent néanmoins compléter les données des systèmes de routine (par ex. pour comparer les valeurs des indicateurs obtenues des systèmes de routine et celles obtenues des enquêtes auprès des établissements de santé). Le Tableau 1.1 résume l'utilisation des trois principales sources d'information.

Tableau 1.1 Sources et utilisations des données

	Systèmes d'information sanitaire de routine	Enquêtes auprès des établissements de santé	Enquêtes auprès des ménages
Surveillance	X		
Suivi	X	X	
Évaluation	X	X	X

Lorsque les systèmes d'information sanitaire de routine fonctionnent correctement, ils fournissent de manière continue des informations provenant de l'ensemble des districts d'un pays et peuvent détecter les changements dans la couverture des interventions dans le temps et l'espace.

Une limitation importante de ces systèmes réside dans le fait qu'ils présentent un tableau incomplet des services utilisés par les communautés, car les taux de notification sont souvent bas et de nombreux établissements privés (notamment ceux gérés par des organisations non gouvernementales ou confessionnelles) ne transmettent pas de données. À ce titre, dans les pays où une proportion significative des services de santé est assurée par le secteur privé, les systèmes d'information sanitaire de routine ne sont pas nécessairement à même de mesurer tout l'impact de la COVID-19 sur les services de santé pour les populations qui bénéficient de ces soins. En outre, de nombreux pays ne disposent pas de systèmes permettant d'évaluer régulièrement la qualité des données, et ces systèmes de routine sont souvent criblés d'erreurs de saisie de données et d'incohérences en matière d'application des définitions de notification, dues à la non-utilisation des normes. Un autre problème tient aux différents dénominateurs utilisés, par exemple dans le système DHIS2 d'information sanitaire de district (7). Dans l'idéal, les dénominateurs doivent être basés sur les données de recensement les plus récentes, or, ce n'est pas toujours le cas. De ce fait, les tendances des indicateurs de couverture des interventions sont particulièrement sujettes aux variations en termes de taux de notification, et il est important de surveiller le caractère exhaustif de la communication des informations, non seulement en tant qu'indicateur du fonctionnement du système d'information, mais également pour aider à interpréter les tendances d'autres indicateurs.

Étape 1 : Sélection des indicateurs clés pour détecter et surveiller les changements dans les services de santé essentiels

Il est important que les autorités sanitaires collectent et analysent les données systématiquement communiquées par rapport à un ensemble d'indicateurs de base qui reflètent la prestation et l'utilisation globales des services pendant la pandémie et qui peuvent être suivis régulièrement. La collecte et l'analyse devraient inclure l'évaluation des tendances dans la fréquentation globale des services de consultation externe ou des visites pour soins primaires et le nombre total de sorties d'hôpital et de décès par rapport aux notifications des années précédentes. Dans la mesure du possible, les données doivent être ventilées par âge, sexe et groupe de population, en fonction du contexte local, afin de s'assurer que les services sont dispensés de manière équitable et qu'aucune population particulière (notamment les plus vulnérables et à risque) n'est laissée pour compte.

Il n'est pas possible – ni utile – d'obtenir des informations sur chaque événement se produisant tout au long du processus de prestation des services de santé. Il s'agit plutôt d'être sélectif quant aux informations collectées de manière systématique. Il est souvent nécessaire de se concentrer sur un ensemble d'informations censé être représentatif de la situation globale, connu sous le nom d'indicateurs. Les indicateurs peuvent être des chiffres bruts, tels que le nombre de patients traités ou le nombre de décès. Toutefois, il s'avère souvent utile de normaliser l'information sous la forme de proportions ou de taux, selon une formule standard qui permet d'établir des comparaisons entre zones géographiques et dans le temps.

Les indicateurs peuvent donner une vue d'ensemble des progrès d'un programme de santé et contribuer à déceler les problèmes qui requièrent un examen plus détaillé. Cependant, les indicateurs ne résument pas tous les aspects d'un service, et il convient de faire preuve de prudence lors de leur interprétation.

Les indicateurs de données de routine recommandés pour le suivi et les analyses sont présentés dans le Tableau 1.2. Il convient par ailleurs de surveiller un petit nombre de services traceurs afin de recenser les changements et tendances, ainsi que l'impact global de la pandémie sur la fourniture et l'utilisation de services de santé donnés, tels que la couverture vaccinale par le DTC3 (vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche), les naissances en établissement de santé, le dépistage du cancer, ainsi que l'incidence ou la prévalence et le traitement du VIH, du paludisme, de la tuberculose, de l'hypertension ou du diabète. Ces indicateurs ne sont pas inclus dans cette section étant donné qu'ils sont étudiés dans la deuxième partie sur les modules propres à certains programmes. La liste exhaustive des indicateurs recommandés est également reprise à l'annexe 2.

Tableau 1.2 Indicateurs recommandés issus des systèmes d'information sanitaire de routine

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])
1 Consultations externes (nombre)	Nombre total de consultations externes ou de visites en soins primaires	Suivi de la fourniture de services de consultation externe ou de soins primaires ; indicateur indirect de la disponibilité et de l'utilisation des services	Nombre de consultations externes ou de visites en soins primaires
2 Hospitalisations OU sorties d'hôpital (nombre)	Nombre total d'hospitalisations ou de sorties d'hôpital (décès compris), liées ou non à la COVID-19, ventilé par tranche d'âge et par sexe	Suivi de la fourniture de services d'hospitalisation ; indicateur indirect de la disponibilité et de l'utilisation des services	Nombre total d'hospitalisations ou de sorties d'hôpital (y compris de décès, liés ou non à la COVID-19)
3 Taux d'occupation des lits (%)	Pourcentage des lits disponibles qui ont été occupés au cours d'une période donnée	Suivi de l'occupation des lits pendant la flambée de COVID-19 ; indicateur indirect de la capacité d'utilisation des lits aux fins des soins COVID-19	N : nombre total de lits d'hôpitaux (lits de travail et d'accouchement exclus) occupés au cours d'une période donnée D : nombre total de lits (lits de travail et d'accouchement exclus)
4 Mortalité en établissement de santé (taux)	Nombre total de décès de patients hospitalisés pour 1 000 hospitalisations, ventilé par cause de décès (liée ou non à la COVID-19), tranche d'âge et sexe	Suivi des décès en établissement, liés et non liés à la COVID-19 ; indicateur indirect de l'évolution du nombre et des principales causes de décès	N : nombre total de décès de patients dans les établissements de santé D : nombre total d'hospitalisations (ou de sorties d'hôpital, décès compris)
5 Principaux diagnostics ambulatoires (taux)	Diagnosics lors d'une première/nouvelle consultation, exprimés en taux pour 1 000 habitants (tenant compte uniquement des consultations curatives, pas des consultations de soins préventifs tels que les soins prénatals ou les vaccinations)	Évaluation des principales causes de morbidité au sein d'une population	N : nombre de nouvelles/premières consultations ambulatoires par diagnostic D : population totale / 1 000
6 Fréquentation des services d'urgences par cause (nombre)	Nombre total de passages aux urgences par cause, y compris pour blessure, chirurgie d'urgence, affections aiguës liées à des maladies non transmissibles (par ex. infarctus du myocarde, arythmie, accident vasculaire cérébral, acidocétose diabétique, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive et cancer), transfusion sanguine urgente et services liés à la COVID-19	Suivi de la fourniture de services d'urgences et des principales causes de passages aux urgences	Nombre de passages aux urgences par cause
7 Ruptures de stock de médicaments ou fournitures essentiels (%)	Pourcentage des établissements de santé et/ou des agents de santé communautaires (ASC) disposant de moins de 2 mois de stock de fournitures ou médicaments essentiels sans qu'un réapprovisionnement en temps opportun soit confirmé, ou avec ou sans confirmation de réapprovisionnement	Suivi de la disponibilité des fournitures et médicaments essentiels ; indicateur indirect des perturbations de la chaîne d'approvisionnement	N : nombre d'établissements de santé et/ou d'ASC notifiant des ruptures de stock de fournitures ou médicaments essentiels D : nombre d'établissements de santé et/ou d'ASC communiquant des informations sur les produits traceurs
8 Exhaustivité des notifications (%)	Pourcentage des établissements qui présentent des rapports dans les délais impartis, ventilé par type d'établissement, zone géographique, autorité de gestion et programme	Suivi du fonctionnement de la notification systématique ; indicateur indirect de la disponibilité et de la qualité des données	N : nombre de rapports reçus D : nombre total de rapports attendus

Source : références (1-4).

Étape 2 : Analyse et interprétation des données

Établissement de comparaisons

Il est nécessaire d'examiner régulièrement les indicateurs afin d'évaluer si les programmes progressent comme prévu ou s'ils requièrent des ajustements. Les responsables aux niveaux des établissements de santé et des districts doivent, dans l'idéal, examiner les indicateurs tous les mois (si les informations sont disponibles à la fin de chaque mois). Ordinairement, les responsables au niveau national doivent examiner les indicateurs au moins chaque trimestre. Lors de l'examen des indicateurs, les responsables doivent poser des questions spécifiques sur les progrès des programmes de santé. Les questions précises dépendront du contexte local de mise en œuvre, mais elles comprendront probablement les questions suivantes :

1. Les cibles de couverture des services de santé sont-elles atteintes, ou certaines interventions rencontrent-elles des problèmes (par ex. les cibles de couverture vaccinale sont-elles réalisées) ?
2. A-t-on observé des changements importants dans les valeurs des indicateurs (par ex. une baisse ou une augmentation du nombre de patients ambulatoires) ?
3. Y a-t-il des régions géographiques ou des établissements de santé particuliers qui connaissent des problèmes ou qui affichent de bons résultats ?
4. Existe-t-il des goulets d'étranglement particuliers dans la prestation des services de santé ?

Les réponses à ces questions sont faciles à obtenir si les données sont présentées d'une manière permettant d'établir des comparaisons de manière aisée. Quatre comparaisons présentent un intérêt particulier, à savoir i) au regard des cibles, ii) dans le temps, iii) au regard d'autres indicateurs et iv) entre zones géographiques. D'autres comparaisons peuvent également s'avérer instructives, par exemple entre différents types d'établissement ou de prestataires de services.

Comme indiqué précédemment, les données des systèmes d'information sanitaire de routine ne peuvent être comparées de manière fiable que si les taux de notification sont élevés (80 % ou davantage), si les données mensuelles sont disponibles pour plus d'une année écoulée (afin d'établir les tendances mensuelles), et si aucune modification susceptible d'avoir une incidence sur la notification des événements n'a été apportée aux définitions, aux formulaires ou aux procédures. Lors de la notification, les comparaisons doivent reposer sur des chiffres *escomptés* prenant en considération les facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur la performance des indicateurs. Par exemple, un déficit excessif notifié en matière d'utilisation des services doit tenir compte de la croissance démographique. Il doit également prendre en considération les éventuelles fluctuations mensuelles, et les endroits où les chiffres trimestriels pourraient s'avérer plus utiles.

Considérations à prendre en compte dans le cadre de la pandémie de COVID-19

Quatre questions méritent d'être posées durant la pandémie de COVID-19 :

1. Y a-t-il eu des changements importants dans les valeurs des indicateurs au fil du temps ?
2. Certains services sont-ils plus ou moins touchés ?
3. Quelles régions géographiques sont les plus touchées ? et
4. La notification des données est-elle complète ?

Une des difficultés liées à l'utilisation des données issues des systèmes d'information sanitaire de routine pour détecter les changements récents réside dans le fait que les rapports mensuels sont souvent enregistrés tardivement dans les bases de données nationales ou de district. Si de nombreux rapports manquent lors de l'évaluation des tendances récentes (ou de la comparaison des données de fréquentation pour le dernier mois par rapport au même mois de l'année précédente), la fréquentation récente semble souvent plus faible même s'il n'y a pas eu de véritable changement. Il est donc nécessaire de tenir compte des taux de notification des établissements de santé lors de l'évaluation des tendances. Dans l'idéal, l'analyse doit tenir compte des données collectées au niveau des établissements de santé. De nombreux pays ont désormais des bases de données comportant les données mensuelles des établissements de santé, notamment grâce à l'adoption accrue du DHIS2. Certains pays regroupent les données au niveau des districts ou à un niveau plus élevé avant de les saisir dans la base de données nationale. Pour ces pays, il sera nécessaire de travailler avec les totaux des districts ou des données analogues et de porter une attention particulière aux taux de notification.

Si cela ne fournit pas de données suffisamment fiables, il peut s'avérer nécessaire de trouver d'autres stratégies, par exemple de se concentrer sur un ensemble particulier d'établissements de santé, tel que les hôpitaux, ou sur une sélection plus restreinte de districts où davantage de données d'établissements de santé sont éventuellement disponibles. Il peut par exemple être possible de restreindre l'analyse aux établissements de santé dont le taux de notification est supérieur à 90 %, bien qu'il soit probable que les établissements affichant régulièrement des taux supérieurs aient davantage de ressources ou soient mieux gérés, ce qui risque d'introduire des biais. Il peut par ailleurs être possible de comparer la fréquentation d'un ensemble d'établissements de santé qui ont communiqué leurs informations récemment par rapport aux données de fréquentation que ces mêmes établissements ont notifiées un an auparavant.

L'objectif consiste à déterminer si l'utilisation des services a enregistré une baisse, une augmentation ou est restée inchangée. Deux comparaisons sont possibles :

1. comparer des données récentes à celles des mois antérieurs ; et
5. comparer des données récentes à celles du ou des mêmes mois de la ou des années précédentes.

La Figure 1.1 compare la fréquentation totale réelle des services ambulatoires au Kenya entre janvier et juin 2020 au nombre escompté de consultations sur la base des données historiques, ce qui permet d'établir les deux types de comparaison mentionnés sur un même graphique. La tendance en 2020 révèle une baisse prononcée des consultations en ambulatoire après le mois de mars, le premier mois au cours duquel des cas de COVID-19 ont été notifiés au Kenya. S'il est vrai que des retards de notification sont possibles, de même que des fluctuations de la fréquentation en conditions normales (par ex. sous l'effet de facteurs saisonniers), la différence entre les chiffres de fréquentation des services de consultation externe de janvier à mars par rapport à la période d'avril à juin donne une idée du moment où la fréquentation a commencé à diminuer et de l'ampleur de cette diminution. En l'occurrence, on observe une diminution de plus de 1,8 million de consultations externes, indicative d'un changement important dans le fonctionnement des services. On observe néanmoins une légère augmentation en juin 2020, qui porte à croire que les éventuels facteurs contextuels ou modifications pendant cette période améliorent peut-être la situation.

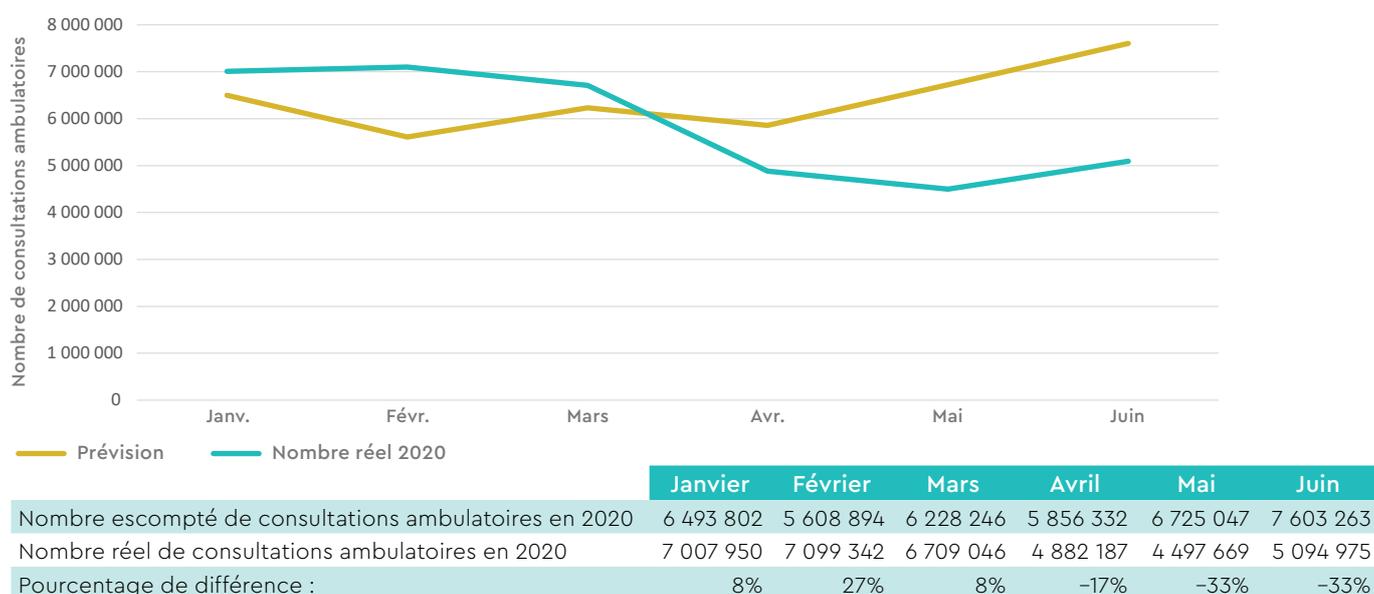
La comparaison des tendances au cours de la même période en 2018 et 2019 indique si cette diminution est due à des fluctuations normales de la fréquentation ou à d'autres facteurs. Sur la base du nombre moyen de consultations externes en 2018 et 2019, une valeur escomptée peut être calculée pour 2020 (en ajustant à la hausse par un facteur de 2,5 % pour tenir compte de la croissance démographique estimée). La Figure 1.1 montre une comparaison entre le nombre escompté et le nombre réel de consultations en ambulatoire. Au cours des trois premiers mois de 2020, le nombre de consultations ambulatoires a dépassé les prévisions (de 27 % en février). Cependant, à partir de mars (début de la pandémie), le nombre réel de consultations en 2020 est inférieur aux attentes, les mois de mai et juin ayant tous deux enregistré 33 % de consultations de moins que prévu.

Les décideurs peuvent s'appuyer sur ces comparaisons temporelles pour déterminer à quel moment certains changements sont survenus ainsi que les facteurs ayant pu contribuer à ces changements (dont la flambée de COVID-19, les directives gouvernementales et la fermeture des établissements). Ces analyses peuvent également être utilisées aux fins de l'estimation des changements futurs et de la planification des ajustements à apporter aux prestations de services de santé afin d'atténuer ces perturbations.

Dans la mesure du possible, il est important de déterminer quels services sont les plus touchés (par ex. les services ambulatoires, les services d'hospitalisation, les urgences ou des services propres à certains programmes). Compte tenu de la nature transversale des services de santé essentiels, la planification et la prestation des services doivent tenir compte des variations au sein des changements sur l'ensemble des services assurés.

Il est important de noter que les comparaisons d'une année à l'autre ne peuvent être réalisées de manière fiable que i) si les taux de notification sont élevés (au moins 80 %) et constants, ii) si l'on dispose d'au moins deux ans de rapports mensuels afin de pouvoir établir les tendances prévisionnelles, et iii) s'il n'y a pas de changement dans les définitions ou les formulaires susceptible d'avoir une incidence sur la notification des événements. Compte tenu des fluctuations mensuelles, il peut s'avérer plus approprié de procéder à des comparaisons des variations trimestrielles lorsque suffisamment de données ont été collectées.

Fig. 1.1 Analyse des variations mensuelles enregistrées dans les consultations ambulatoires au Kenya de janvier à juin 2020a



a. Les valeurs escomptées (ligne jaune) ont été calculées à partir des données de 2018 et 2019 et ajustées à la hausse par un facteur de 2,5 % pour tenir compte de la croissance démographique estimée.

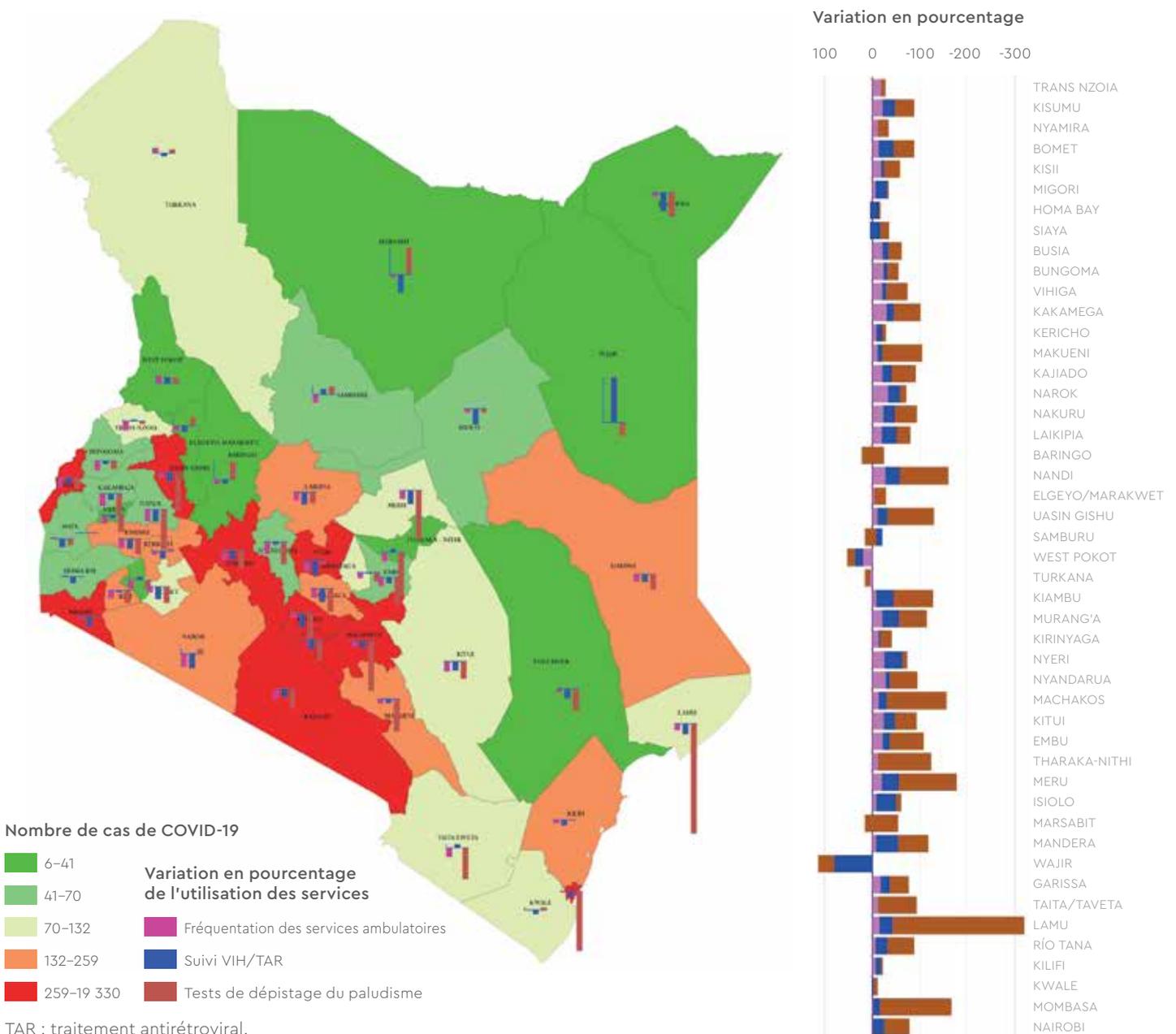
Source : *Impact of COVID-19 on Essential Health Services in Kenya*, Ministère de la santé du Kenya, juillet 2020 (non publié).

Présentation juxtaposée des indicateurs

Une autre manière utile de visualiser la situation consiste à cartographier les indicateurs de résultats dans différentes régions géographiques. Cartographier les changements dans les indicateurs clés (utilisation, morbidité, mortalité, ruptures de stock de médicaments, par ex.) tout au long de la flambée (liés et non liés à la COVID-19) peut contribuer à guider la préparation des établissements et les capacités des provinces à traiter les patients. La superposition des données relatives aux cas de COVID-19 ou aux décès liés à la COVID-19 notifiés par province aide à identifier où se situent les pressions les plus importantes sur le système de santé, à planifier les ressources en conséquence et à investir dans ces ressources. De telles analyses peuvent être appliquées à tout le pays ou aux régions, selon le contexte. Il peut aussi s'avérer très utile de présenter ensemble des comparaisons temporelles et géographiques.

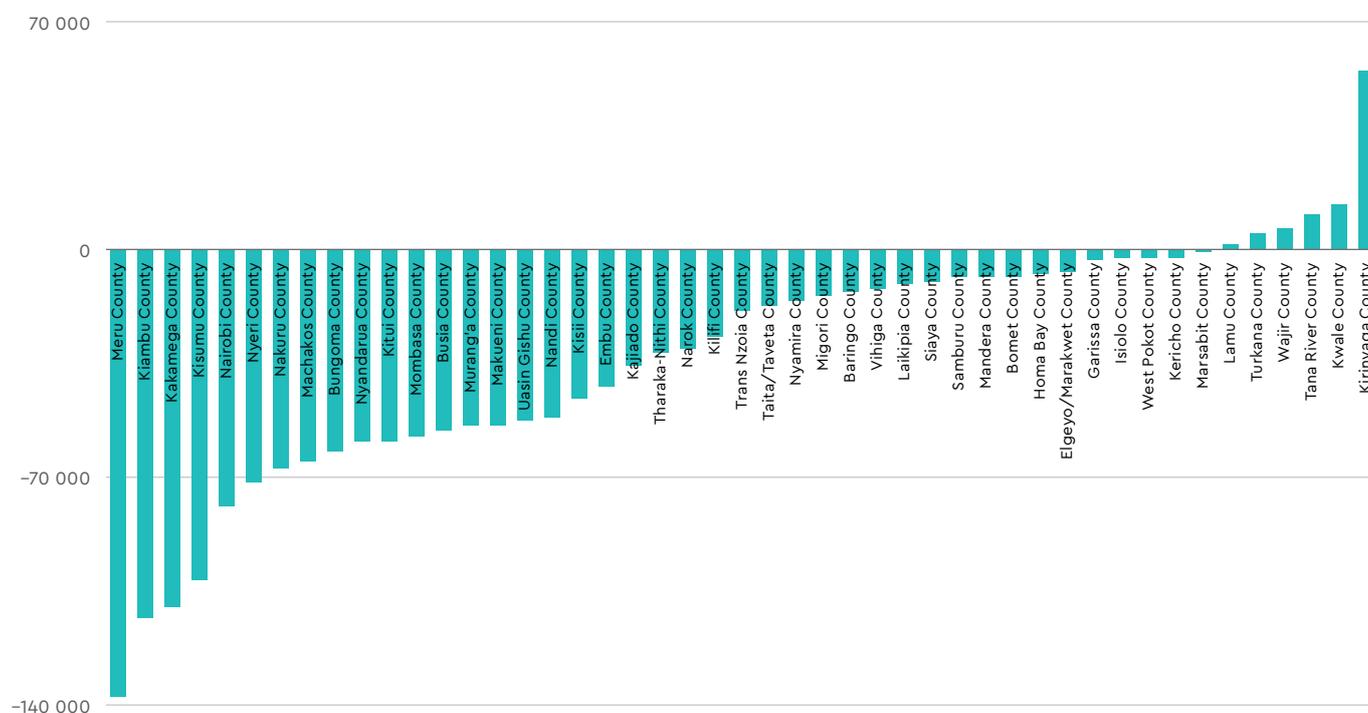
La Figure 1.2 montre l'effet de la COVID-19 sur les indicateurs clés par comté sur une carte du Kenya. Les graphiques à barres représentent les pourcentages de variation de la fréquentation des services ambulatoires, du dépistage du paludisme et du traitement du VIH entre la flambée de COVID-19 (de mars à juin 2020) et la même période de 2019. Un recul dans le graphique à barres indique une diminution de la valeur de l'indicateur. La carte indique en outre les cas de COVID-19 par comté en différentes couleurs. Cette juxtaposition des données sur la transmission de la COVID-19 avec les autres indicateurs clés de résultats aide à visualiser les performances d'autres services de santé essentiels dans le cadre de la flambée de COVID-19 et les possibles relations entre ces performances et la transmissibilité de la COVID-19.

Fig. 1.2 Carte du Kenya : cas de COVID-19 et variations en pourcentage des indicateurs clés de résultats entre la période de mars à juin 2019 et la période de mars à juin 2020



La Figure 1.3 présente la ventilation par comté de la fréquentation des services ambulatoires en 2019 et 2020 au Kenya. La différence en termes de nombre de consultations ambulatoires par rapport à l'année précédente montre les comtés où la fréquentation a chuté, est restée stable ou a augmenté, permettant ainsi aux responsables de la planification d'identifier les comtés les plus touchés et nécessitant éventuellement un soutien supplémentaire. Au Kenya, la fréquentation des services ambulatoires a enregistré une forte baisse dans la plupart des comtés, les diminutions les plus prononcées étant observées dans les comtés du centre du pays. Ajuster ces chiffres en fonction de la croissance démographique et examiner les différences par comté dans les taux de variation de la fréquentation des services ambulatoires contribue à donner un aperçu plus précis et détaillé des changements intervenus depuis les valeurs de référence de juin 2019.

Fig. 1.3 Variation du nombre de consultations ambulatoires par comté entre juin 2019 et juin 2020



Source : *Impact of COVID-19 on Essential Health Services in Kenya*, Ministère de la santé du Kenya, juillet 2020 (non publié).

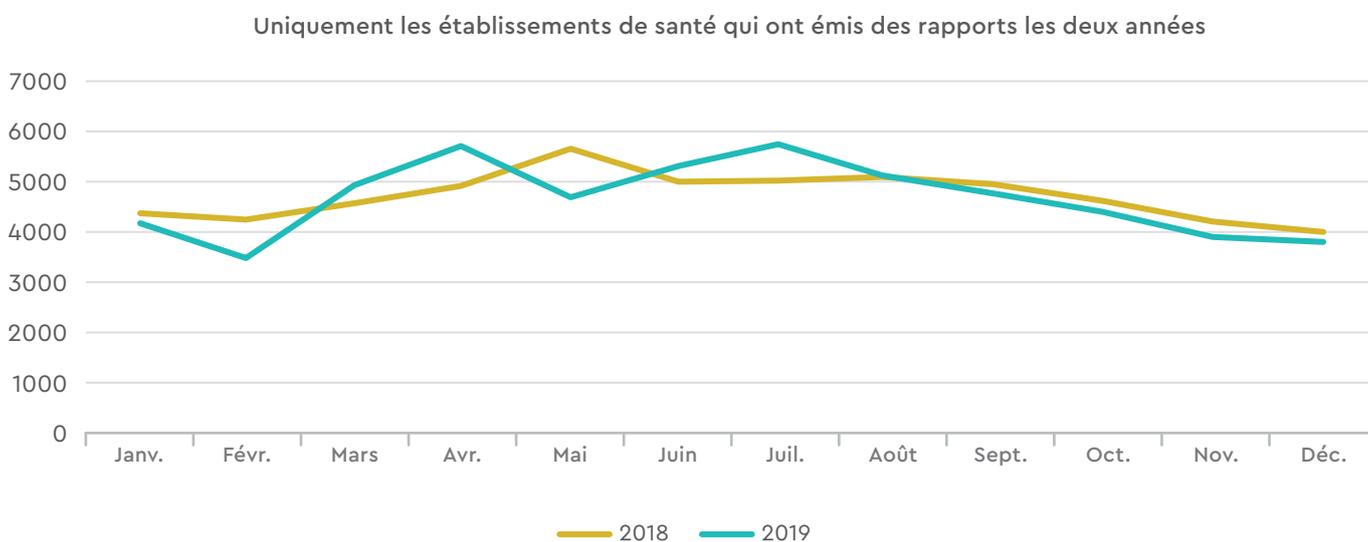
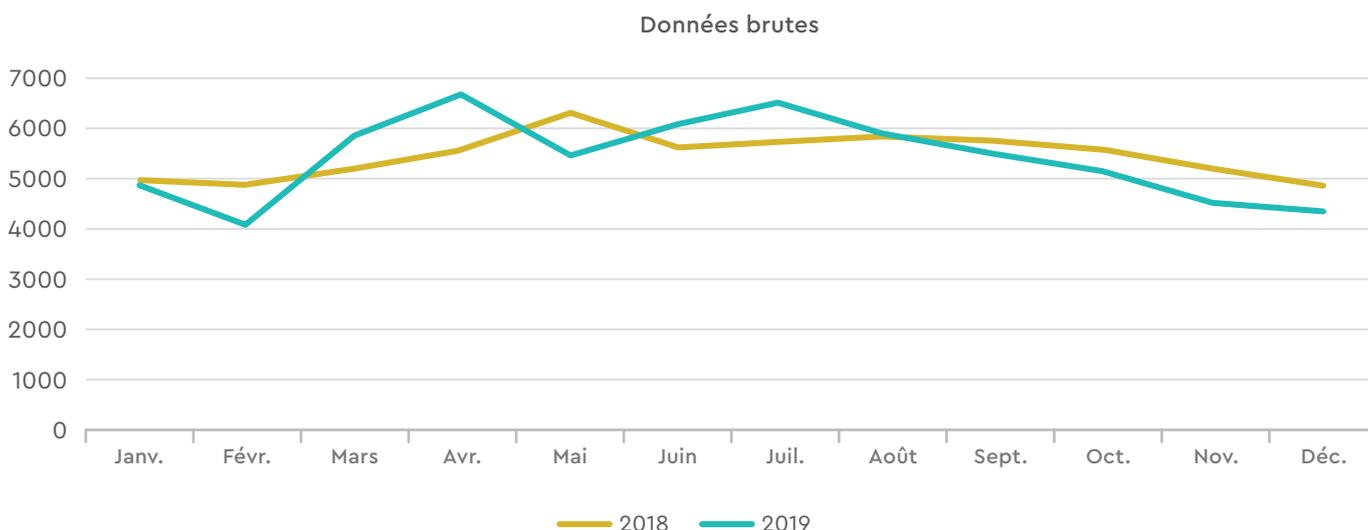
Tout au long de la flambée de COVID-19, il est également important de comparer les variations en termes d'utilisation et de prestations des différents types de services de santé aux niveaux national et infranational. Il s'agit notamment de comparer l'utilisation des différentes plateformes de prestation de services (tels que les services ambulatoires, d'hospitalisation, d'urgences et de proximité) ainsi que des services propres aux programmes (par ex. en matière de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de besoins liés au vieillissement, de nutrition, de vaccination, de maladies transmissibles, de maladies non transmissibles et de santé mentale). L'utilisation de certains services et la capacité à les assurer peuvent être affectées de différentes manières au cours de l'évolution de la flambée et revenir à la normalité à des rythmes et à des moments différents au fil des fluctuations de l'intensité de la flambée. Une approche transversale qui suit l'utilisation des services à tous les niveaux du système de santé fournit les informations nécessaires pour adapter et mettre en œuvre des mesures d'atténuation afin d'assurer la continuité des services dont la population aura besoin au fil du temps.

La question de l'analyse et de l'utilisation des indicateurs spécifiques aux programmes sera abordée de manière plus détaillée dans les différents modules de la deuxième partie.

Corrections pour tenir compte des données manquantes

Dans l'exemple illustré dans la Figure 1.4, basée sur des données fictives, le graphique supérieur montre les données relatives au nombre d'accouchements en établissement de santé enregistré dans un système national d'information sanitaire. Si aucun ajustement n'est effectué pour tenir compte des rapports manquants, il semble que les accouchements en établissement de santé ont enregistré un déclin au cours des 4 derniers mois. Toutefois, si l'analyse est restreinte aux établissements de santé qui ont communiqué leurs informations les mêmes mois au cours des deux années, il n'y a guère de signe d'une baisse du nombre d'accouchements. La différence entre les graphiques est certes peu importante, mais les conclusions sont différentes (la ligne jaune sur le graphique supérieur est plus élevée, car certains établissements de santé ont émis des rapports en 2018 mais plus vers la fin de 2019).

Fig. 1.4 Accouchements en établissement de santé enregistrés dans un système national d'information sanitaire



Interprétation des données

Pour pouvoir interpréter les graphiques et tableaux, les gestionnaires doivent apprécier si une conclusion reflète des données fiables et d'autres facteurs contextuels susceptibles d'avoir eu une incidence sur les données à l'époque où elles ont été collectées.

Anomalies dans les données déclarées

Les problèmes potentiels relatifs aux données, toujours susceptibles de survenir, ne doivent pas empêcher un gestionnaire d'utiliser les données disponibles pour identifier les problèmes et les réussites dans les prestations de services. Cependant, les gestionnaires et les analystes doivent apprendre à identifier et corriger les problèmes liés à la qualité des données avant de procéder aux analyses.

Il est nécessaire d'évaluer la cohérence des données, dès lors qu'elle peut avoir une incidence sur les analyses. Par exemple, comme mentionné précédemment, il est important d'évaluer l'exhaustivité et la disponibilité en temps utile des rapports ainsi que les erreurs de saisie de données lors de l'examen des données des systèmes d'information sanitaire de routine, qui peuvent avoir une incidence à la fois sur les analyses temporelles et géospatiales. Les problèmes courants liés aux données qu'il convient de prendre en compte sont résumés dans l'Encadré 1.1.

Encadré 1.1 Problèmes courants liés aux données

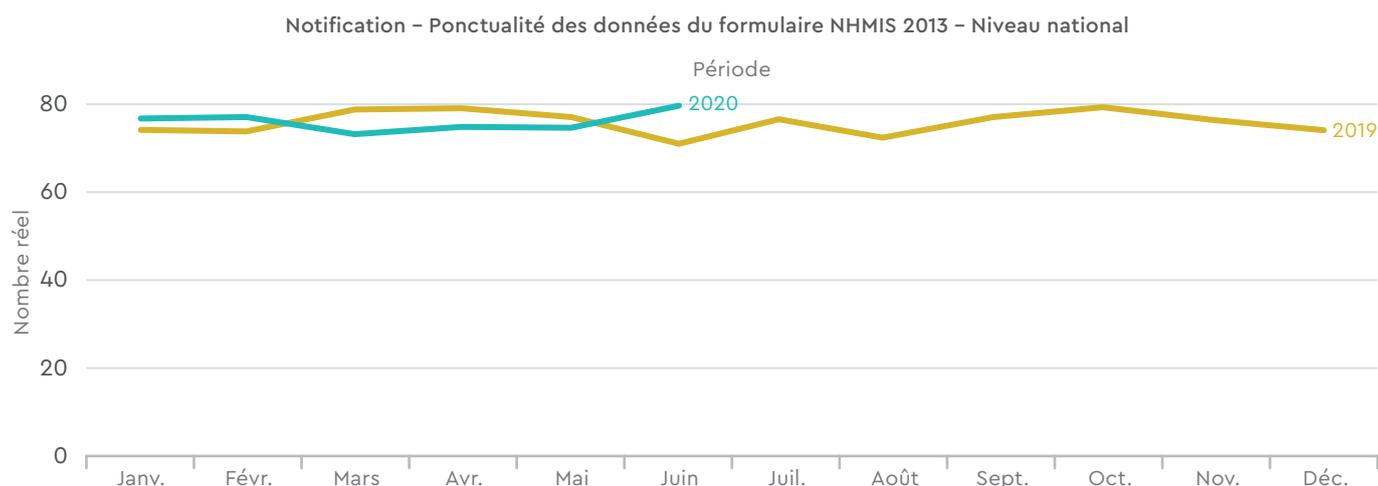
- Erreurs d'enregistrement ou de notification : les valeurs des indicateurs peuvent être affectées si les résultats de tests sont mal lus, s'il y a des erreurs de transcription ou en cas de falsification ou de double comptage (par ex. à l'hôpital et au centre de santé). Suivant l'ampleur des erreurs et/ou des valeurs analysées, de nombreuses erreurs d'enregistrement peuvent avoir une faible influence sur les statistiques agrégées, ou au contraire fausser la valeur d'un indicateur ; par exemple, si les interventions mises en œuvre ne sont pas enregistrées correctement lorsqu'un centre est très fréquenté, la couverture du programme risque d'être sous-estimée.
- Biais d'enregistrement : les valeurs des indicateurs peuvent varier d'un établissement de santé ou d'un district à l'autre si la définition des termes n'est pas harmonisée ; par exemple, qu'entend-on par nouvel accepteur de planification familiale ?
- Biais de sélection : les indicateurs générés à partir des systèmes d'information de routine sont limités aux patients qui fréquentent les établissements publics de santé et reflètent les services assurés dans les établissements qui présentent des rapports. Les indicateurs peuvent dès lors ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population ou des établissements de santé.
- Observations manquantes : de nombreux indicateurs sont hautement sensibles au nombre de rapports reçus des établissements de santé et des rapports manquants ou tardifs peuvent donner lieu à des valeurs faibles.
- Estimation inexacte de certains paramètres (données du dénominateur basées sur la population) : certains indicateurs requièrent de procéder à des estimations des paramètres, notamment de la taille de la population. Ces estimations sont sujettes à l'erreur. La taille des populations est généralement extrapolée à partir du recensement national, qui a habituellement lieu tous les dix ans. Plus la période sur laquelle la taille de la population doit être projetée, plus l'estimation devient inexacte, en particulier au niveau local. La surestimation des populations cibles peut mener à des valeurs plus faibles des indicateurs de couverture des interventions, tandis que leur sous-estimation peut mener à des valeurs plus élevées (parfois supérieures à 100 %).
- Indicateurs fondés sur des échantillons réduits : si le dénominateur d'un indicateur est un nombre réduit, l'indicateur peut fluctuer grandement d'une période de rapport à l'autre ; par exemple, si un établissement de santé déclare moins de cinq cas confirmés de paludisme par mois, le pourcentage de cas confirmés recevant un antipaludique peut facilement passer de 0 % à 100 %, selon la disponibilité des stocks.
- Facteurs de confusion : d'autres facteurs peuvent expliquer les observations, par exemple des facteurs saisonniers tels que la saison des ouragans ou de la mousson, qui peut normalement affecter l'utilisation des services pendant une période qui coïncide avec la flambée de COVID-19.
- La plupart des statistiques sont des moyennes : lorsqu'un indicateur est calculé pour une région géographique, il s'agit d'une moyenne susceptible de masquer des pics et des creux. Ces informations peuvent ne pas être disponibles à partir des informations collectées de manière systématique, mais peuvent parfois être déduites des résultats d'enquêtes auprès des ménages ; par exemple, une enquête de ce type peut suggérer que l'utilisation des services est faible au sein d'un groupe ethnique donné dont on sait qu'il représente une proportion importante de la population d'un district.

La ponctualité des rapports peut également avoir une incidence sur l'interprétation des données notifiées récemment. La Figure 1.5 montre la ponctualité des rapports au Nigeria par comparaison entre les données de 2019 et de 2020. Si l'on observe une légère variation entre 2019 et 2020 en ce qui concerne les six premiers mois de l'année, les variations de moins de 5 % en termes de ponctualité d'une année sur l'autre suggèrent que la ponctualité des rapports n'a pas posé de problème en 2020. En revanche, le pourcentage des rapports présentés dans les délais par les différents États nigériens révèle une situation différente (voir la Figure 1.6). Alors que l'État de Kano (graphique de gauche) semble stable en termes de ponctualité de notification par rapport à l'année précédente, les États de Lagos (graphique du milieu) et de Bayelsa (graphique de droite) ont tous deux enregistré des reculs substantiels en termes de ponctualité de présentation des rapports. Dans ces États, l'interprétation actuelle des indicateurs notifiés récemment durant cette période doit tenir compte de l'exhaustivité des données au moment de la notification. Par exemple, les taux plus faibles d'utilisation peuvent être le reflet de consultations non notifiées plutôt que d'une diminution du nombre de personnes faisant appel aux services. Pour d'autres indicateurs, tels que le taux de mortalité en établissement de santé, les résultats peuvent être biaisés si les établissements qui ont soumis des données ne sont pas représentatifs du pays ou de la région. Cependant, des notifications incomplètes peuvent également tenir au fait que des établissements n'offrent pas un service de manière délibérée ou l'offrent de manière réduite, également intentionnellement.

La ponctualité de la notification dans l'État de Lagos semble être revenue aux niveaux attendus en juin 2020, ce qui peut améliorer la fiabilité des résultats à partir de cette date. Par contre, dans l'État de Bayelsa, si la ponctualité de la notification a recommencé à augmenter en juin, elle reste inférieure de 40 % au niveau de janvier 2020 (même année) et de juin 2019 (même mois de l'année précédente). À ce titre, les valeurs des indicateurs de mars à juin 2019 ne reflètent peut-être pas la situation réelle. Cet exemple illustre également pourquoi il est important d'examiner chaque fois que possible les données au niveau infranational. En effet, l'examen au niveau national ne montre que très peu de différence en termes de ponctualité des rapports et masque la situation problématique dans certains comtés.

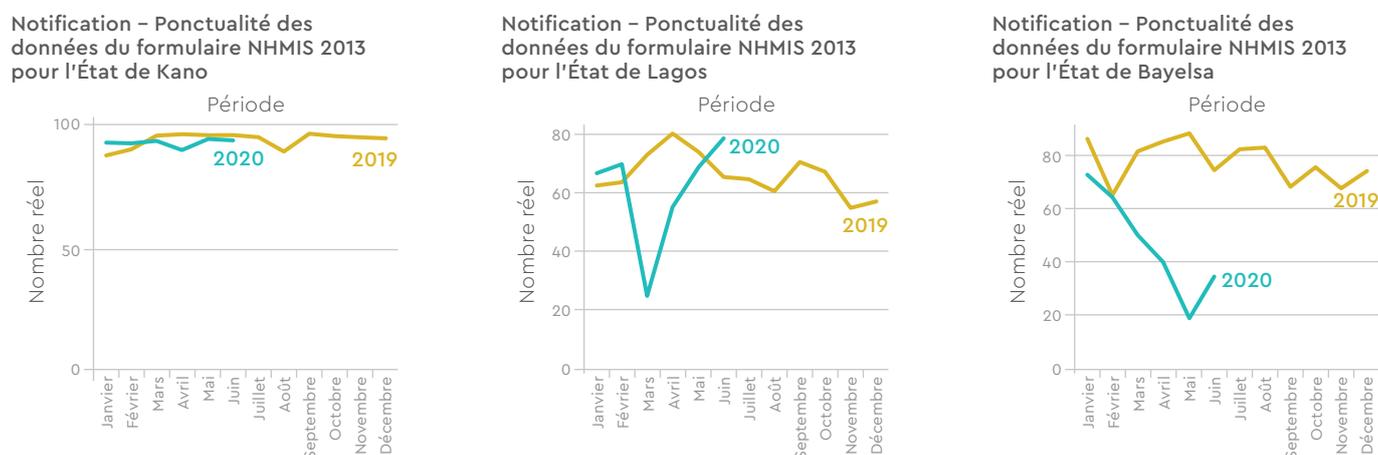
Il convient de noter que les valeurs de tout indicateur analysé durant ces périodes peuvent s'ajuster à mesure que les rapports deviennent plus complets, ce qui signifie que les analyses et l'interprétation des tendances doit tenir compte de ces changements de manière rétrospective.

Fig. 1.5 Ponctualité des rapports au Nigeria : 2019 et 2020



Source : Ministère fédéral de la santé du Nigeria, consulté à l'adresse suivante : <https://msdat.fmohconnect.gov.ng/covid/index.html> (5).

Fig. 1.6 Ponctualité des rapports dans trois États nigériens : 2019 et 2020



Source : Ministère fédéral de la santé du Nigeria, consulté à l'adresse suivante : <https://msdat.fmohconnect.gov.ng/covid/index.html> (5).

Identification des changements réels dans la couverture des programmes

Un éventail de facteurs contextuels (liés ou non à la COVID-19) peuvent entraîner des perturbations des prestations de services ou de l'utilisation de ceux-ci. Les questions que les responsables de la planification peuvent poser pour faciliter l'identification de ces facteurs sont résumées dans l'Encadré 1.2. Le moment où ces facteurs interviennent est particulièrement important pour déterminer quand et pourquoi certains changements surviennent. Des informations utiles à cet égard peuvent être obtenues en consultant les sites Web des organisations partenaires. Si un lien peut être établi entre les résultats présentés par l'organisation partenaire et ceux de l'analyste, il est possible qu'un lien de causalité puisse être démontré (par ex. résultats d'enquête, statistiques de mortalité). Si des changements réels ont été identifiés en matière d'utilisation, il peut s'avérer utile, pour la communication des constatations, d'indiquer sur le graphique des événements significatifs tels que des pénuries de personnel, le début d'un confinement, des changements au niveau des politiques de recours aux soins, des prestations de services, des modifications des prestations de services ou des stratégies d'atténuation mises en œuvre, etc.

Encadré 1.2 Causes courantes de perturbation des services

COVID-19

- Y a-t-il eu des perturbations des chaînes d'approvisionnement, notamment en ce qui concerne les équipements de protection individuelle ?
- Les établissements ont-ils du mal à mettre en œuvre les pratiques de lutte anti-infectieuse de manière adéquate ?
- Quelles sont les dates des premiers cas de COVID-19 et des pics de flambée ?
- Où la COVID-19 est-elle concentrée – dans les zones urbaines ou rurales ?
- Certaines sous-populations sont-elles particulièrement touchées ?

Disponibilité des services de santé

- Des agents de santé ont-ils été déployés vers d'autres établissements ou services (par ex. des sites de dépistage de la COVID-19) ?
- Y a-t-il des absences d'agents de santé dues à la maladie, à la peur d'être infecté ou aux responsabilités au sein du ménage ?
- Y a-t-il des ruptures de stock ?
- Des services ont-ils été annulés dans le but d'éviter la propagation de la COVID-19 ? Les horaires d'ouverture des établissements/centres de santé ont-ils été modifiés ou réduits ?
- Des stratégies d'atténuation ou des modifications des prestations de services susceptibles d'avoir une incidence sur la prestation ou l'utilisation des services ont-elles été mises en œuvre ? (Par ex. des ordonnances délivrées pour de plus longues périodes peuvent entraîner une réduction du nombre de consultations ambulatoires qui ne reflète pas nécessairement une diminution de l'utilisation des services.)
- Des patients ont-ils été renvoyés chez eux pour maintenir la distanciation physique ?

Demande de services de santé

- Y a-t-il des lacunes ou des faiblesses dans les messages sur la poursuite du recours aux services de santé ?
- Des cas de désinformation ou d'autres efforts visant à saper les messages de santé publique sur la COVID-19 ont-ils été signalés ?
- Les transports (locaux et/ou d'urgence) ont-ils été réduits ?
- Les obstacles financiers ont-ils augmenté en raison de l'impact économique de la COVID-19 ?
- Y a-t-il des règlements qui limitent la possibilité de se déplacer librement, par exemple la nécessité de disposer d'une autorisation civile écrite pour pouvoir se rendre dans des lieux publics, notamment des établissements de santé ?

Autres facteurs

- Y a-t-il d'autres événements sociopolitiques, tels que des élections, des conditions météorologiques extrêmes ou des migrations saisonnières, susceptibles d'avoir une incidence sur les prestations de services ?

Étape 3 : Utilisation des données pour éclairer l'action

Réunions formelles

Si les données générées par un système d'information doivent être utilisées pour améliorer le fonctionnement des services de santé, les gestionnaires de programmes doivent veiller à ce qu'elles puissent être examinées régulièrement. Il convient d'établir un calendrier de réunions afin d'examiner les tendances sanitaires, notamment des types suivants :

- personnel communautaire et personnel des établissements de santé : réunions mensuelles ou trimestrielles ;
- personnel des établissements de santé et responsables sanitaires de district : réunions mensuelles ; et
- personnel de district et gestionnaires de programmes nationaux : réunions trimestrielles ; il peut être nécessaire de réduire la fréquence des réunions ou de les organiser au niveau régional afin de donner la possibilité au personnel national de rencontrer le personnel de tous les districts au cours de l'année.

Les données doivent être examinées au niveau national au moins une fois par an, préalablement à l'élaboration des plans pour l'année suivante.

Supervision

La supervision depuis les niveaux national et des districts est nécessaire pour appuyer le renforcement du système d'information, garantir l'exhaustivité des rapports, assurer l'analyse et la discussion des données et assurer le suivi des mesures recommandées. Lorsqu'ils se rendent dans les établissements de santé et les bureaux des équipes de district, les superviseurs doivent vérifier que les registres sont tenus à jour et que tous les champs sont remplis, que les données des formulaires de rapport correspondent aux informations des registres et des feuilles de décompte, que les graphiques et tableaux d'analyse de base sont à jour, et que des discussions sont menées sur l'interprétation des tendances et les mesures potentielles.

Retours

Les responsables de district doivent préparer des retours mensuels ou trimestriels pour les établissements de santé, notamment les établissements privés qui fournissent des données. Ces retours ne doivent pas se contenter de refléter les données présentées par les établissements de santé, mais doivent comprendre des comparaisons avec d'autres établissements du district ainsi que des statistiques récapitulatives pour l'ensemble du district. Un bulletin périodique peut être préparé dans un format standard pour présenter les résultats du district (sur la base de graphiques de contrôle) et les comparaisons des établissements de santé.

Il convient de préparer chaque trimestre un bulletin d'information national montrant les indicateurs par district. Le bulletin doit être largement diffusé, non seulement à titre de retour pour les districts mais également à titre d'information pour d'autres départements ministériels, institutions et partenaires de mise en œuvre. Il convient également de transmettre le bulletin aux élus, éventuellement en présentant la situation sanitaire en tenant compte des frontières politiques, afin de favoriser la compréhension et de générer un soutien en faveur du secteur de la santé aux plus hauts niveaux.

Références

1. dhis2. Covid-19 Surveillance Digital Data Package [site Web] (<https://www.dhis2.org/covid-19>, consulté le 22 octobre 2020).
2. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>, consulté le 22 octobre 2020).
3. Analyse et utilisation des données des établissements de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/, consulté le 22 octobre 2020).
4. 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf;jsessionid=BE2BFE30B24117306647FBD2E2A7320C?sequence=1>, consulté le 22 octobre 2020).
5. National Health Analytical Tool showing health service uptake during the COVID-19 pandemic. Abuja : Ministère fédéral de la santé du Nigeria ; 2020 (<https://msdat.fmohconnect.gov.ng/covid/index.html>, consulté le 22 octobre 2020).

Deuxième partie : Modules spécifiques aux programmes

Suivi des services de santé dans le cadre de la COVID-19



Module 1

Étapes de la vie : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises

Introduction

L'expérience de flambées passées de maladies nous enseigne l'importance d'anticiper la possibilité de détournement des ressources et les difficultés connexes dans le secteur de la santé. Afin de prévenir ces difficultés et d'y réagir de manière efficiente et efficace, il est essentiel de suivre l'évolution de la pandémie parallèlement à la coordination et à la répartition des efforts visant à maintenir les services de santé et de nutrition de routine dans le cadre des plateformes de services communautaires et en établissement de santé. C'est pourquoi il est nécessaire de maintenir le suivi régulier des indicateurs recommandés afin de surveiller le fonctionnement global et la qualité des services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises (SRMNEA+N).

Les présentes orientations portent plus particulièrement sur la SRMNEA+N, sur la base d'un sous-ensemble d'indicateurs des systèmes d'information sanitaire de routine permettant de surveiller l'impact potentiel de la COVID-19 sur les services de santé essentiels, et notamment les perturbations de la fourniture ou de l'utilisation de ces services.

Parmi les problèmes possibles figurent les ruptures de stock de produits essentiels, la réaffectation de personnel et le détournement de matériel et de fournitures. Les perturbations de la fourniture de services et de l'accès à ceux-ci peuvent également être le résultat de mesures d'atténuation spécifiques, telles que le confinement ou le couvre-feu, et des effets de ces mesures sur le transport, les ressources des ménages et les possibilités de logement. Il peut s'avérer nécessaire d'apporter des modifications aux modalités de services, aux horaires d'ouverture ou aux lieux des prestations.

La demande de services peut être affectée négativement par la crainte d'être infecté ou le manque de confiance dans le système de santé. Ces questions sortent du champ de ce module.

Afin de minimiser l'impact secondaire des ripostes à la COVID-19 sur les services de santé essentiels, en particulier en matière de SRMNEA+N, il est essentiel de surveiller toute variation des taux de mortalité et de morbidité parmi les femmes et les enfants pouvant être le résultat d'un accès réduit aux services ou d'une couverture réduite des services, et de cerner les causes sous-jacentes de ces changements. Si des écarts significatifs sont décelés, il est nécessaire d'obtenir des informations supplémentaires afin de pouvoir identifier les causes et d'élaborer des mesures correctives.

Le présent module offre des orientations concernant les trois étapes suivantes :

- **étape 1** : sélection des indicateurs permettant d'identifier les changements dans la prestation et l'utilisation des services de SRMNEA+N dus à la COVID-19 ;
- **étape 2** : analyse et interprétation des données, y compris les produits analytiques et les tableaux de bord concernant les meilleures pratiques ; et
- **étape 3** : utilisation des données pour éclairer l'action.

Les publications pertinentes au corps des présentes orientations sont incluses dans les références bibliographiques figurant à la fin du module. Des références supplémentaires ainsi que des liens vers des ressources additionnelles sont fournis à l'annexe 1.

Étape 1 : Sélection des indicateurs clés permettant de détecter et de surveiller les changements dans la prestation et l'utilisation des services SRMNEA+N dus à la COVID-19

La plupart des données requises pour suivre les indicateurs mentionnés dans les présentes orientations sont disponibles à partir des systèmes et mécanismes existants de collecte d'informations de routine. Dans certaines circonstances, d'autres sources de données peuvent aider à mettre en contexte l'interprétation des tendances dans les données de routine. Les indicateurs recommandés sont résumés dans le Tableau 2.1.^{1,2} L'annexe 3 contient des informations et métadonnées supplémentaires, notamment concernant la fréquence de collecte des données et la ventilation suggérée.

La publication de l'Organisation mondiale de la Santé intitulée *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19* (ci-après « guide des services de santé essentiels ») (1) contient des exemples d'un ensemble plus large d'indicateurs potentiels de suivi des principaux secteurs de service (voir l'annexe 2). Ce module est axé sur les indicateurs clés de suivi en matière de SRMNEA+N et complète le guide des services de santé essentiels.

Sélection des indicateurs et utilisation des données

Il est important d'examiner les sources de données, outils et processus de collecte existants, notamment les flux de données et les calendriers de notification, afin de déterminer la nature des informations disponibles et d'identifier les lacunes critiques et les manières d'y remédier. Les données relatives à chaque indicateur figurant dans le Tableau 2.1 ne sont pas nécessairement accessibles aisément ou pertinentes dans le contexte local. Par ailleurs, certains indicateurs peuvent être formulés ou notifiés différemment. L'accent doit être mis sur le suivi des indicateurs existants dans leur format régulier, plutôt que sur l'élaboration de nouveaux indicateurs ou rapports. Des indicateurs indirects proches peuvent et devraient être utilisés.

Il est également important de déterminer quelles données doivent être examinées à chaque niveau de fourniture de services, de même que le niveau d'autorité correspondant auquel il est possible d'agir. Les événements ou tendances particuliers devant déclencher une action, tels qu'une hausse des cas de rougeole exigeant une enquête rapide, doivent être clairement identifiés. La ventilation des données peut révéler les secteurs où il est nécessaire d'intervenir.

Tableau 2.1. Indicateurs recommandés en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises

Des détails supplémentaires concernant les sources de données recommandées, la ventilation suggérée et d'autres aspects sont fournis à l'annexe 3.

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])
Santé reproductive			
1 Distribution de contraceptifs oraux (nombre)	Nombre de sujets qui acceptent des contraceptifs oraux dans l'établissement de santé ou dans la communauté	Suivi du recours aux contraceptifs oraux ; indicateur indirect sur l'accès à la contraception	Nombre de femmes et de jeunes filles recevant des contraceptifs oraux
2 Distribution de contraceptifs injectables (nombre)	Nombre de sujets qui acceptent des contraceptifs injectables dans l'établissement de santé ou dans la communauté	Suivi du recours aux contraceptifs injectables ; indicateur indirect sur l'accès à la contraception	Nombre de femmes et de jeunes filles recevant des contraceptifs injectables
Santé de la mère et du nouveau-né			
3 Fourniture de services de soins prénatals (nombre)	Nombre de consultations/prises de contact pour soins prénatals assurées par un prestataire formé au cours de la période de référence	Suivi de la fourniture de services de soins prénatals ; indicateur indirect sur la demande de services aux femmes enceintes	Nombre de prises de contact pour soins prénatals, quel que soit le prestataire

1. La sélection des indicateurs mentionnés dans le présent guide a commencé par des exemples issus du guide des services de santé essentiels de l'OMS (1) et d'autres orientations concernant le suivi des prestations de services essentiels de SRMNEA+N dans le cadre de la pandémie de COVID-19 (2, 3). D'autres documents d'orientation globaux ont également été consultés.

2. Les orientations existantes ont été prises en considération, notamment les références 4 et 5. Les présentes orientations sont par ailleurs en phase avec des efforts mondiaux tels que le *plan d'action Chaque nouveau-né* (6), les *stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables* (7) et la *stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* (8).

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])
4 Femmes enceintes ayant reçu un test de dépistage du VIH (nombre/%)	Nombre ou pourcentage de femmes enceintes fréquentant un centre de soins prénatals ou accouchant dans un établissement de santé qui ont reçu un test de dépistage du VIH pendant leur grossesse	Suivi du nombre de femmes enceintes qui ont reçu un test de dépistage du VIH ; indicateur indirect du fonctionnement de la première étape de la cascade de prévention de la transmission de la mère à l'enfant	N : Nombre de femmes enceintes fréquentant un centre de soins prénatals ou accouchant dans un établissement de santé qui ont reçu un test de dépistage du VIH durant leur grossesse ou à l'accouchement, ou qui savaient déjà qu'elles étaient séropositives pour le VIH à leur première consultation de soins prénatals D : Nombre de femmes enceintes qui ont fréquenté un centre de soins prénatals ou accouché dans un établissement de santé
5 Femmes enceintes vivant avec le VIH ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (nombre)	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant	Suivi du nombre de femmes enceintes bénéficiant de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant ; indicateur indirect du fonctionnement des programmes de traitement du VIH	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant
6 Naissances en établissement (nombre)	Nombre de femmes accouchant dans un établissement de santé, quelle que soit l'issue	Suivi des variations éventuelles du nombre d'accouchements en établissement de santé ; indicateur indirect de l'accès aux services d'obstétrique	Nombre de femmes accouchant dans un établissement de santé
7 Prévalence des césariennes (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'accouchements par césarienne en établissement de santé	Suivi des perturbations possibles de l'accès à l'accouchement par césarienne ; indicateur indirect de l'accès aux soins chirurgicaux et du fonctionnement des systèmes d'orientation-recours	N : Nombre d'accouchements par césarienne en établissement de santé D : Nombre d'accouchements en établissement de santé
8 Soins postnatals aux femmes (nombre/%)	Nombre ou pourcentage de femmes recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement	Suivi de la fourniture de soins postnatals aux femmes ; indicateur indirect concernant les prestations de services aux femmes ayant accouché récemment	N : Nombre de femmes recevant des soins postnatals D : Nombre d'accouchements en établissement de santé
9 Soins postnatals aux nouveau-nés (nombre/%)	Nombre ou pourcentage de nouveau-nés recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement	Suivi de la fourniture de soins postnatals aux nouveau-nés	N : Nombre de nouveau-nés recevant des soins postnatals D : Nombre de naissances vivantes en établissement de santé
10 Nouveau-nés hospitalisés pour soins hospitaliers (nombre)	Nombre de nouveau-nés hospitalisés, toutes causes confondues (y compris naissance prématurée, anomalies congénitales, complications à la naissance, dont asphyxie et infections néonatales).	Suivi de la couverture des soins hospitaliers aux nouveau-nés ; indicateur indirect de la demande de traitement de maladies graves chez les nouveau-nés	Nombre de nouveau-nés (de 0 à 28 jours) hospitalisés pour soins hospitaliers, toutes causes confondues
Santé de l'enfant et vaccination			
11 Vaccin DTC3 (nombre)	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur troisième dose de DTC3	Suivi de la vaccination par le DTC3 ;	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur troisième dose de DTC3
12 MCV1 (nombre)	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur première dose de vaccin contre la rougeole	Suivi de la vaccination contre la rougeole	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur première dose de vaccin contre la rougeole
13 Consultations liées à des infections respiratoires aiguës (nombre)	Nombre d'enfants se présentant dans un établissement de santé avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë	Suivi des consultations dans les établissements de santé visant les enfants atteints d'infections aiguës des voies respiratoires ; indicateur indirect de flambées possibles, par exemple de grippe, pouvant présenter les mêmes symptômes que la COVID-19	Nombre d'enfants se présentant dans un établissement de santé avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë
14 Traitement d'enfants atteints de diarrhée (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'enfants atteints de diarrhée traités avec des sels de réhydratation orale, du zinc ou une combinaison des deux	Suivi de la fourniture de traitements contre la diarrhée (prise en charge des enfants) ; indicateur indirect de la disponibilité des services	N : Nombre d'enfants de moins de 5 ans recevant un traitement contre la diarrhée D : Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	
15	Traitement d'enfants atteints de paludisme (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme traités par CTA	Suivi de la fourniture de traitements contre le paludisme (prise en charge des enfants) ; indicateur indirect de la disponibilité des services	N : Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme traités par CTA D : Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme
16	Consultations de santé infantile (nombre)	Nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues	Suivi de la fourniture de services aux enfants malades ; indicateur indirect de la disponibilité des services	Nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues
Nutrition				
17	Supplémentation en fer pour femmes enceintes (nombre/%)	Nombre et pourcentage de prises de contact pour soins prénatals pour lesquels des femmes enceintes ont reçu/se sont vues prescrire des suppléments contenant du fer	Suivi de la fourniture de suppléments contenant du fer aux femmes enceintes ; indicateur indirect de la fourniture de services et produits clés en matière de soins prénatals à chaque prise de contact	N : Nombre de prises de contact pour soins prénatals durant la période de référence pour lesquels des femmes enceintes ont reçu/se sont vues prescrire des suppléments contenant du fer D : Nombre total de prises de contact pour soins prénatals durant la période de référence
18	Dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet chez les enfants (nombre)	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant fait l'objet d'un dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet Notification du nombre relatif aux nourrissons âgés de 0 à 5 mois là où ce dépistage est pratiqué	Suivi du dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet chez l'enfant ; indicateur indirect dans le cadre de la surveillance de la malnutrition	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant fait l'objet d'un dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet
19	Hospitalisations pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet (nombre)	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois hospitalisés pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet Notification du nombre relatif aux nourrissons âgés de 0 à 5 mois là où ce dépistage est pratiqué	Suivi de l'hospitalisation des enfants en cas d'émaciation sévère et d'œdème bilatéral prenant le godet ; indicateur indirect de l'accès et du recours aux soins pour les enfants	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois hospitalisés pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet
20	Sorties d'hôpital d'enfants rétablis d'une émaciation sévère et d'un œdème bilatéral prenant le godet (%)	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois sortis rétablis de programmes de traitement de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet Notification du nombre relatif aux nourrissons âgés de 0 à 5 mois là où ce dépistage est pratiqué	Suivi du rétablissement des enfants hospitalisés pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet	N : Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois sortis rétablis de programmes de prise en charge de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet D : Nombre total d'enfants âgés de 6 à 59 mois sortis de programmes de prise en charge de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet
21	Mise en route précoce de l'allaitement au sein des nouveau-nés (nombre/%)	Nombre et pourcentage de nouveau-nés qui ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance	Suivi de la mise en route précoce de l'allaitement au sein des nouveau-nés ; indicateur indirect de la qualité des services d'appui à l'allaitement au sein	N : Nombre de nouveau-nés qui ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance durant la période de référence D : Nombre total de nouveau-nés durant la période de référence
22	Couverture de la supplémentation en vitamine A à dose élevée (nombre/%)	Nombre et pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A adaptée à leur âge au cours de chaque semestre	Suivi de la supplémentation en vitamine A chez l'enfant	N : Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A adaptée à leur âge au cours de chaque trimestre dans le cadre des prises de contact du système de santé ordinaire D : Dénominateur convenu au niveau national pour les enfants âgés de 6 à 59 mois concernant la supplémentation en vitamine A dans le cadre des services du système de santé ordinaire
Indicateurs transversaux				
23	Exhaustivité de la notification par le système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) ou le système communautaire d'information sur la santé (CHIS) (%)	Pourcentage de rapports reçus au travers d'un HMIS ou d'un CHIS	Suivi de la disponibilité des rapports de HMIS ou de CHIS ; indicateur indirect de la disponibilité et de la qualité des données	N : Nombre de rapports HMIS ou CHIS complets reçus, toutes sources confondues D : Nombre de rapports HMIS ou CHIS attendus, toutes sources confondues
24	Ruptures de stock de produits SRMNEA+N (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'établissements de santé et/ou d'ASC connaissant des ruptures de stock de médicaments ou fournitures SRMNEA+N essentiels	Suivi de la disponibilité des fournitures et médicaments essentiels ; indicateur indirect des perturbations de la chaîne d'approvisionnement	N : Nombre d'établissements de santé et/ou d'ASC notifiant des ruptures de stock de produits, médicaments, tests de diagnostic et équipements SRMNEA+N D : nombre d'établissements de santé et/ou d'ASC communiquant des informations sur les produits traceurs

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	
Indicateurs de résultat et d'impact				
25	Complications post-avortement (nombre)	Nombre de femmes se présentant dans un établissement de santé pour des indications gynécologiques liées à [des complications dues à] un avortement	Suivi des besoins en soins post-avortement et de l'accès à ceux-ci ; indicateur indirect de la prévention des complications	Nombre de femmes se présentant dans un établissement de santé avec des complications liées à un avortement
26	Mortinaissances (%)	Mortinaissances en tant que pourcentage des naissances en établissement de santé (mortinaissances/mortinaissances plus naissances vivantes)	Suivi de la proportion des mortinaissances parmi les naissances ; indicateur indirect de la qualité des soins lors de l'accouchement ou prénatals	N : Nombre de mortinaissances dans l'établissement de santé D : Nombre total de naissances dans l'établissement de santé
27	Faible poids de naissance (<2 500 g) parmi les nouveau-nés (nombre/%)	Nombre et pourcentage de naissances vivantes pesant moins de 2 500 g	Suivi de la prévalence du faible poids de naissance ; indicateur indirect en matière de nutrition maternelle et de naissance prématurée	N : Nombre d'enfants nés vivants pesant moins de 2 500 g à la naissance D : Nombre de naissances vivantes pour lesquelles un poids de naissance a été enregistré
28	Décès maternels (nombre)	Nombre de décès de femmes survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni involontaire ni fortuite.	Suivi des décès de femmes enceintes et de nouvelles mères ; indicateur indirect des effets indirects d'une pandémie/situation d'urgence sanitaire en raison de la disponibilité réduite de services de santé maternelle exhaustifs et de qualité et de l'accès réduit à ces services	Nombre de femmes décédées dans un établissement de santé ou dans la communauté au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours suivant la fin de la grossesse
29	Cas suspects de rougeole identifiés (nombre) et cas confirmés (nombre)	Nombre d'enfants classés atteints de rougeole dans un établissement de santé ou dans la communauté	Suivi de la surveillance de la rougeole et de l'incidence de la rougeole ; indicateur des perturbations potentielles de la surveillance et de la survenue des maladies	Nombre de cas suspects de rougeole identifiés et nombre de cas confirmés
Indicateurs supplémentaires				
30	Violence à l'égard des femmes et des enfants notifiée à un établissement de santé (nombre)	Nombre de cas de violence à l'égard de femmes et d'enfants notifiés dans un établissement de santé	Suivi des taux de violence à l'égard des femmes et des enfants	Nombre de cas de violence à l'égard de femmes et d'enfants notifiés dans un établissement de santé
31	Consultations maternelles et infantiles assurées par des ASC (nombre)	Nombre de consultations de femmes et d'enfants assurées par des ASC	Suivi de la fourniture de services et de consultations dans la communauté assurés par les ASC ; indicateur indirect des modèles de services ajustés	Nombre de consultations de femmes et d'enfants assurées par des ASC
32	Accouchements à domicile (nombre)	Nombre d'accouchements n'ayant pas lieu en établissement de santé	Suivi des glissements potentiels du lieu d'accouchement entre un établissement de santé et la communauté	Nombre d'accouchements ayant lieu à la maison, en transit ou dans un autre lieu autre qu'un établissement de santé
33	Couverture des soins « kangourou » pour les nouveau-nés de faible poids de naissance (%)	Pourcentage de nouveau-nés pour lesquels des soins kangourou ont été mis en route dans un établissement de santé (ou admis dans un service de soins kangourou si un tel service séparé existe)	Suivi de la mise en route de soins de qualité en établissement de santé pour les nouveau-nés de faible poids de naissance ; indicateur indirect de la qualité des soins aux nouveau-nés	N : Nombre de nouveau-nés pour lesquels des soins kangourou ont été mis en route dans un établissement de santé (ou admis dans un service de soins kangourou si un tel service séparé existe) D : Nombre de naissances vivantes dans un établissement de santé

CTA : combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ; CHIS : système communautaire d'information sanitaire ; DTC3 : diphtérie, tétanos, coqueluche ; HMIS : système d'information pour la gestion sanitaire ; MCV1 : première dose de vaccin à valence rougeole ; SRMNEA+N : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises.

Fréquence de collecte des données et ventilation

Les indicateurs devraient être examinés au moins mensuellement. La fréquence d'examen suggérée pour chaque indicateur est indiquée dans le tableau des métadonnées (voir l'annexe 3). Il s'agit de suggestions que chaque pays doit prendre en considération à la lumière de la fréquence actuelle de notification des indicateurs par rapport à ce qui serait utile ou faisable en termes de suivi dans le cadre d'une pandémie ou d'une situation d'urgence sanitaire telle que la COVID-19. La fréquence doit être suffisamment sensible pour détecter tout changement significatif et permettre de prendre des mesures rapides, sans imposer de fardeau inutile au personnel désigné.

La ventilation des données, lorsqu'elle est possible, peut révéler des différences et des inégalités significatives en matière de fourniture ou d'utilisation des services et permettre d'identifier des endroits ou des sous-populations particulièrement vulnérables, tels que les adolescents (voir l'annexe 3 pour de plus amples informations).

Utilisation des systèmes et données existants

La plupart des indicateurs ci-dessus sont couramment inclus dans les systèmes réguliers d'information pour la gestion sanitaire (HMIS). Parmi les autres sources et outils de notification possibles figurent les registres nationaux de santé, les registres de prestation de services,³ les systèmes de surveillance (par ex. l'outil intégré de surveillance des maladies et de riposte [IDSR], les systèmes communautaires d'information sanitaire [CHIS] utilisés par les agents de santé communautaires, les systèmes d'information pour la gestion de la logistique [LMIS] des produits, les systèmes d'information sanitaire en matière de ressources humaines [HRHIS]) et les sondages rapides par SMS.

Autres sources potentielles de données :

- évaluations rapides et enquêtes au niveau des établissements (9) ;
- registres à domicile tels que les cartes de soins prénatals ou de vaccination ; et
- les systèmes d'enregistrement d'échantillons ou systèmes d'enregistrement sentinelles et enquêtes ou études spéciales.

S'il est préférable de disposer d'informations complètes, les responsables doivent avoir accès aux informations essentielles pour prendre des mesures rapides. Il est également important qu'il existe des mécanismes tels que des boucles de retour permettant aux agents de santé de voir en quoi les données qu'ils collectent contribuent aux décisions et à l'action.

Adaptation des ressources existantes

Dans une situation en rapide évolution, il est possible d'adapter les outils et ressources utilisés par d'autres programmes, tels que le Programme élargi de vaccination de l'OMS (10) ou le Programme de lutte contre le VIH/sida de l'OMS (11). Cela peut du reste potentiellement offrir des gains de temps. Les outils de gestion des données et de surveillance et le personnel des programmes de lutte contre la poliomyélite ont ainsi été utilisés pour éclairer les ripostes aux flambées d'Ebola ainsi que dans d'autres situations d'urgence (12). Les logiciels utilisés par [Global Goods](#) peuvent être adaptés (13).

Lorsque les systèmes existants ne répondent pas aux besoins en matière de communication des données et que l'on ne dispose pas du temps ni des possibilités requis pour adapter les ressources existantes, il peut s'avérer nécessaire d'identifier d'autres solutions. L'annexe 1 contient des orientations supplémentaires à cet égard.

Étape 2 : Analyse et interprétation des données

Plusieurs facteurs essentiels doivent être pris en considération lors de l'analyse et de la visualisation des données SRMNEA+N de routine. Cette section formule des recommandations concernant l'évaluation des perturbations des services SRMNEA+N, sachant que ces déterminations varient à la fois en fonction du contexte et de l'indicateur. Afin de faciliter l'utilisation des données disponibles dans leur format de notification existant, les exemples figurant dans cette section contiennent aussi bien des décomptes que des pourcentages. Le choix d'utiliser des pourcentages ou des nombres dépend également du niveau d'analyse et de la disponibilité des données pour le dénominateur. Les principes clés d'analyse et d'interprétation des données dans le but d'identifier les perturbations sont présentés dans l'Encadré 2.1.

La disponibilité historique et le format des données (décompte ou pourcentage, ventilation, par ex.) déterminent les méthodes de visualisation et d'analyse illustrant le mieux les tendances et les perturbations. Par exemple, le choix d'utiliser un pourcentage ou un nombre dépend du niveau d'analyse, de la disponibilité des données pour le dénominateur et du format dans lequel les données sont normalement communiquées. Au début d'une pandémie, l'accent peut être mis sur le suivi des déclinés. Toutefois, un plan d'analyse doit inclure le suivi continu des reprises ou augmentations ultérieures par rapport aux niveaux de référence, de manière à assurer le suivi des stratégies de riposte.

Encadré 2.1 Identification des perturbations : principes clés d'analyse et d'interprétation

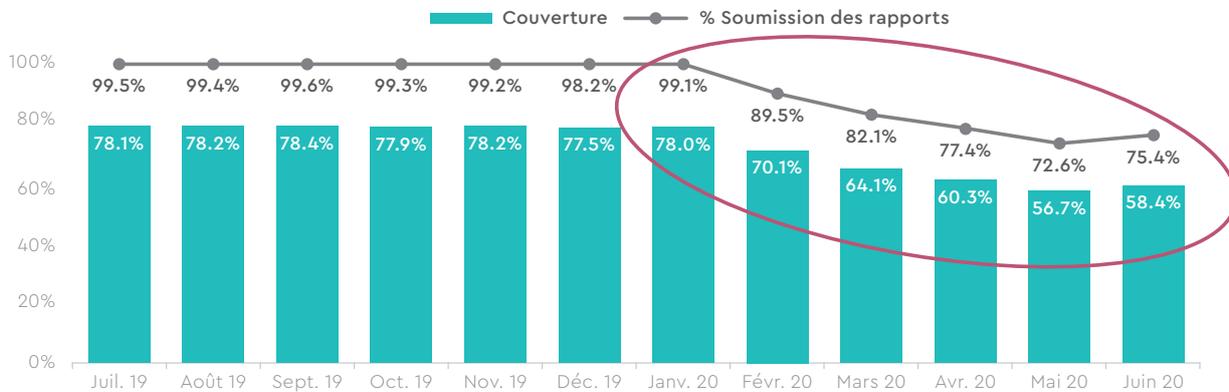
- Suivi des indicateurs dans le temps afin de comparer les tendances pour les mêmes périodes de différents mois, trimestres ou années
- Examen de l'exhaustivité et de la ponctualité des rapports ainsi que de l'information contextuelle lors de l'interprétation des tendances et des perturbations possibles des services

3. Ceux-ci sont parfois connus sous le nom de registre ou livre-journal des accouchements, registre des soins prénatals ou registre de vaccination, pour désigner le centre ou le service plutôt qu'un registre générique des prestations de services de santé.

Examen de l'exhaustivité des rapports

Il est crucial de s'assurer que les valeurs identifiées comme des perturbations sont réellement indicatives d'une variation de la couverture ou de l'utilisation, plutôt que le résultat de rapports incomplets ou tardifs. Par exemple, dans certaines situations d'urgence sanitaire, la réaffectation des ressources a eu un effet négatif sur la capacité des établissements et des districts à rassembler et transmettre les données de routine. C'est pourquoi l'intégration, dans les tableaux de bord, d'indicateurs reflétant l'exhaustivité et la ponctualité des rapports aide à identifier les véritables perturbations. L'exemple présenté dans la Figure 2.1 illustre ce problème.

Fig. 2.1 Effet de l'exhaustivité des rapports sur l'interprétation de la couverture des interventions



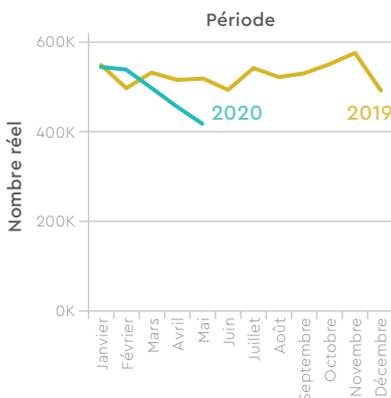
Le graphique de la Figure 2.1 montre que la couverture déclarée des interventions est restée stable à 78 % de juillet 2019 à janvier 2020, après quoi elle a commencé à diminuer et a atteint un niveau de 57 % en mai 2020. Cependant, le graphique montre que les 5 mois de déclin apparent correspondent également à un déclin de la couverture de la notification (de 99,1 % à 72,6 %). Dans ce cas, les valeurs en baisse sont probablement imputables à une sous-notification par les établissements et les districts. Si la notification n'avait pas également été prise en compte, cela aurait très probablement été interprété à tort comme une perturbation de la couverture des interventions.

Si les résultats des indicateurs SRMNEA+N sont uniques pour un contexte ou une période donnés, les données historiques ou les tendances générales fournissent une fourchette moyenne pour ce qui peut être considéré comme des valeurs normales ou attendues.

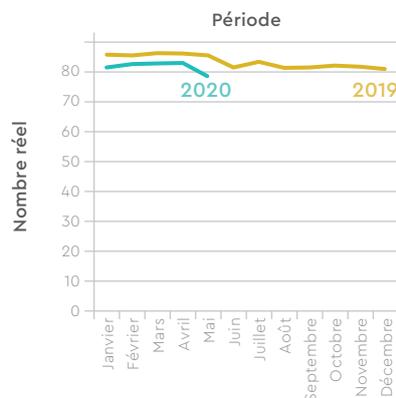
La Figure 2.2 montre le nombre de premières doses de vaccin contre la rougeole administrées au Nigeria de janvier 2019 à mai 2020, ainsi que les taux d'utilisation de vaccins par les établissements de santé et les taux de notification de la vaccination (14). La figure affiche les valeurs du même mois de l'année précédente pour l'indicateur de couverture et les taux de notification respectifs. Cela permet de comparer le nombre de doses de vaccin entre la valeur normale, sans perturbations des services dues à la COVID-19 et l'exhaustivité des rapports pour les mêmes périodes.

Fig. 2.2. Nombre de premières doses de vaccin antirougeoleux administrées à l'échelle nationale au Nigeria, 2019 et 2020^a

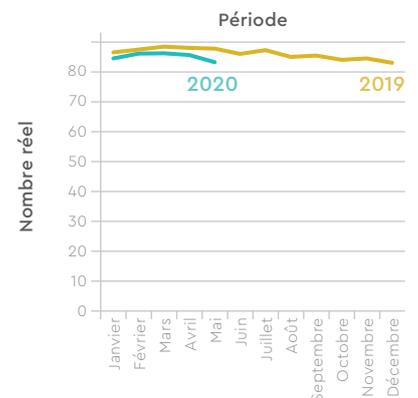
Premières doses de vaccin antirougeoleux administrées à l'échelle nationale



Taux de notification récapitulatif d'utilisation des vaccins par les établissements de santé à l'échelle nationale



Taux de notification du microplan de vaccination par les établissements de santé à l'échelle nationale



a. Représente les données mises à jour le 18 juin 2020.

Source : Ministère fédéral de la santé du Nigeria ; consulté à l'adresse suivante : <https://msdat.fmohconnect.gov.ng/covid/index.html> (14).

Les trois graphiques révèlent une diminution significative de la couverture vaccinale, mais le moment auquel cette chute intervient varie d'un indicateur à l'autre. Le premier indicateur traduit un déclin prononcé, car il combine toutes les formes d'administration de la vaccination, y compris dans les établissements de santé et dans le cadre des campagnes de

vaccination dont l'OMS a recommandé l'interruption en mars 2020. Les autres indicateurs, basés sur les établissements de santé, révèlent un déclin plus lent, suggérant néanmoins que la pandémie peut également perturber les services de vaccination dans les établissements de santé.

Suivi des indicateurs dans le temps

Pour cerner les perturbations des prestations de services SRMNEA+N de routine, il est nécessaire de procéder à une comparaison historique des résultats des indicateurs clés. Visualiser les résultats de cette manière, en particulier en y incluant les données antérieures à la pandémie de COVID-19 (ou d'une autre situation d'urgence sanitaire ou d'un autre événement défavorable) peut faire la lumière sur l'ampleur de son impact sur les prestations de services SRMNEA+N et sur l'utilisation de ces services.

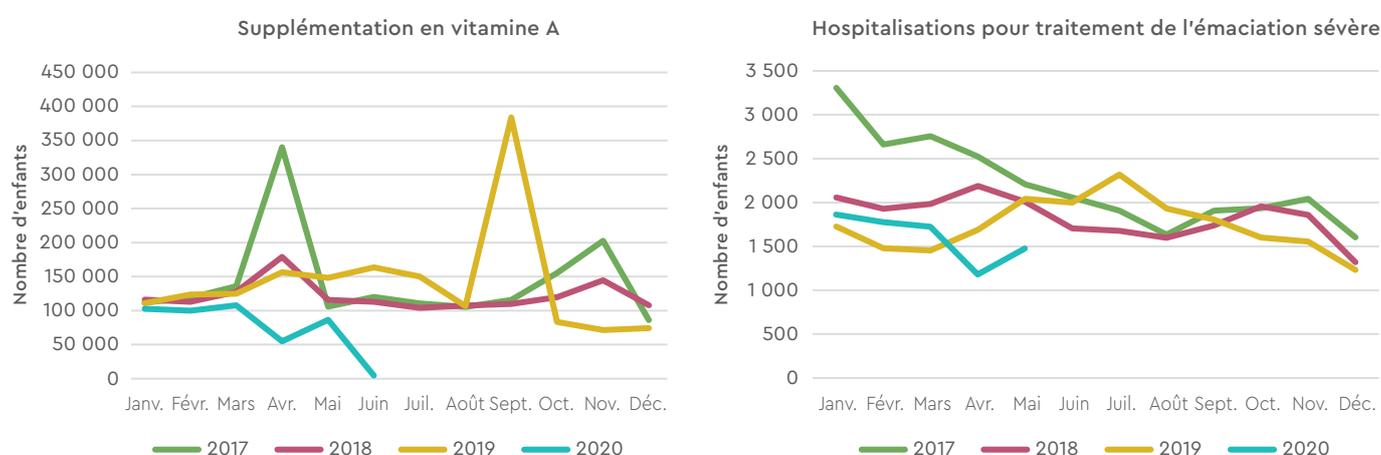
Évaluer les valeurs récentes par rapport à une période ou un point de référence spécifique est sans doute l'option la plus simple pour visualiser et interpréter les données. Cette méthode permet de visualiser les changements négatifs en matière de prestations de services. Cependant, lorsque l'on examine des périodes de référence courtes (par ex. mensuelles), il peut y avoir une certaine confusion entre les facteurs saisonniers ou les fluctuations normales et les perturbations des programmes. C'est pourquoi il est recommandé d'examiner les différences mensuelles, trimestrielles et annuelles. Si la valeur évaluée est considérablement moins bonne par rapport à chaque période, il peut s'agir d'une perturbation des services. Cette méthode peut être appliquée à la fois aux chiffres et aux pourcentages, mais elle requiert des données historiques pour permettre une évaluation correcte, avec au moins trois périodes et, idéalement, 12 mois de données déclarées.

Dans un contexte connaissant une flambée prolongée de COVID-19, y compris plusieurs « vagues » et les changements correspondants en termes de riposte, une référence statique peut ne pas constituer un point de référence efficace. Dans ce cas, il est recommandé d'utiliser une référence *relative* (par ex. le mois dernier et l'année dernière) plutôt qu'une référence *absolue* (par ex. mai 2020). En cas de notification mensuelle, un minimum de trois mois de données préalables au début d'un événement doit être inclus pour visualiser les résultats, afin de mettre en évidence les éventuelles variations. Les résultats de certains indicateurs sont sujets à des fluctuations saisonnières. Les comparaisons doivent donc être établies avec la même période de référence de l'année précédente.

Certains indicateurs sont exprimés en tant que chiffres plutôt qu'en tant que pourcentages. Sans caractérisation porteuse de sens, les chiffres seuls ne peuvent pas déterminer la direction ou la portée des variations des résultats. La définition d'une variation substantielle des résultats requérant une attention est propre à l'indicateur et au contexte. Les données historiques comparatives peuvent également aider à déterminer si une perturbation des prestations de services a effectivement eu lieu.

La Figure 2.3 présente les données relatives à la supplémentation en vitamine A au Zimbabwe pour les trois années civiles précédentes, ainsi que les valeurs pour chaque mois de 2020. Elle fournit ainsi un vaste contexte historique permettant de déterminer si les résultats des deux indicateurs de nutrition sont différents de ce à quoi l'on pourrait autrement s'attendre. Les deux pics de supplémentation survenus en 2017 et 2019 sont dignes de mention. Ils pourraient être le résultat de campagnes de vitamine A et ne doivent donc pas être considérés comme des valeurs de comparaison normales pour la supplémentation systématique. Même si les tendances relatives aux hospitalisations d'enfants pour malnutrition aiguë ont fluctué au cours des trois années, la valeur d'avril 2020 est sensiblement inférieure à la moyenne de l'indicateur.

Fig. 2.3 Supplémentation en vitamine A et hospitalisations d'enfants pour malnutrition aiguë sévère au Zimbabwe, de janvier 2017 à mai 2020^a



a. Données fournies le 22 juillet 2020.

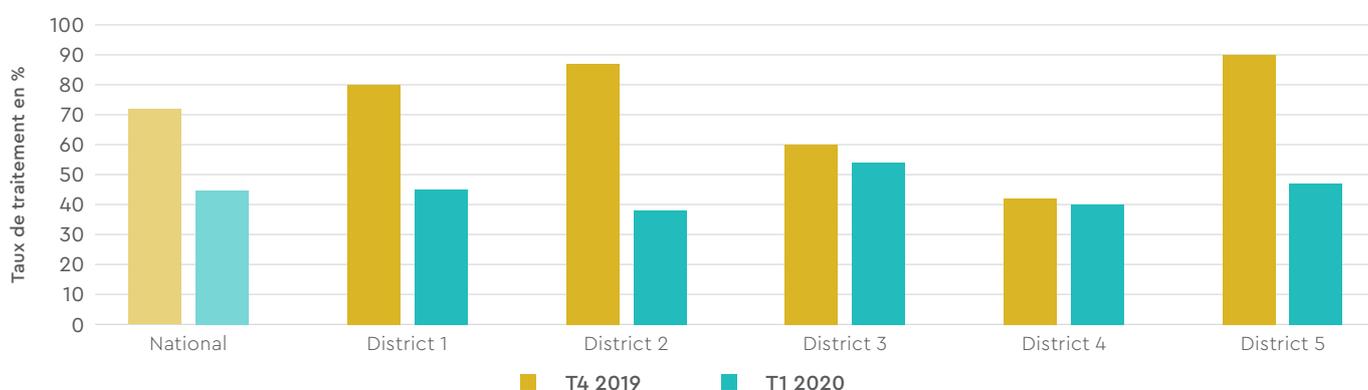
Source : Système national d'information pour la gestion sanitaire du Zimbabwe, département de la nutrition, Ministère de la santé et des soins l'enfant du Zimbabwe, juillet 2020 (non publié).

Comparaison des zones infranationales

Les perturbations affectant les prestations de services et l'utilisation des services peuvent varier d'un endroit à l'autre, en fonction de la densité des établissements de santé, du personnel et de la population, des mesures de lutte contre l'épidémie et de l'affectation des ressources. Il est dès lors important de savoir si la flambée de COVID-19 (ou toute autre situation d'urgence sanitaire) affecte de manière disproportionnée les services SRMNEA+N dans des régions données. Étant donné que la population varie d'un district administratif et sanitaire à l'autre, il n'est pas recommandé d'effectuer des comparaisons numériques entre zones géographiques. Pour comprendre les différences en termes de résultats d'un indicateur donné entre deux régions, les données doivent être notifiées et analysées en tant que pourcentages de variation, pourcentages ou proportions. Ces valeurs peuvent être représentées facilement à l'aide de diagrammes à barres ventilés par région infranationale, ou encore sur des cartes.

La Figure 2.4 montre un exemple de données sur le taux de couverture du traitement de la diarrhée chez les enfants dans différents districts, ainsi que la moyenne nationale sur deux trimestres. S'il est clair qu'au premier trimestre 2020, la couverture dans le district 4 est plus faible que dans la plupart des autres districts, elle était semblable à celle du quatrième trimestre 2019, alors que dans les autres districts, les taux de couverture ont chuté radicalement. Il est important d'en examiner les raisons possibles. Il convient de vérifier l'exhaustivité et la ponctualité des rapports dans chaque district. Si les taux de notification dans le district 4 ne s'écartent pas sensiblement des taux normaux, les variations des taux de couverture requièrent une analyse plus approfondie afin d'en déterminer la cause.

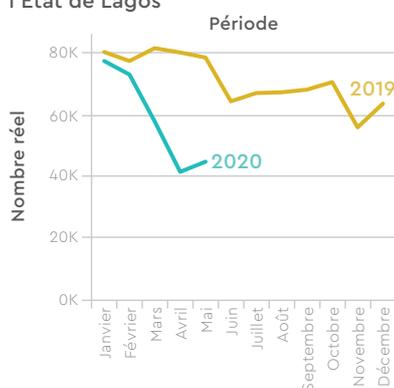
Fig. 2.4 Taux de traitement de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans à l'échelle nationale et par district



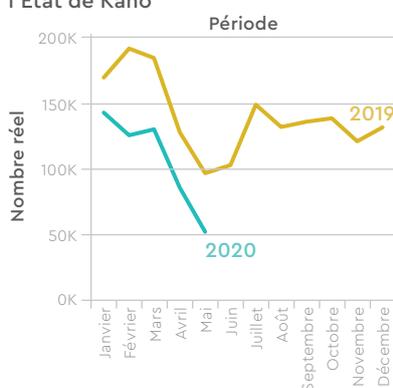
S'il est préférable de comparer les régions infranationales au moyen de pourcentages ou de proportions pour tenir compte de la densité de la population ou des établissements de santé, les valeurs numériques peuvent être visualisées en tant que régions infranationales distinctes sur différents graphiques, comme c'est le cas à la Figure 2.5. Cet exemple ne compare pas nécessairement la fréquentation des services de soins prénatals entre les différents États, mais il montre les États où la fourniture de services a été immédiatement affectée par la COVID-19. Comme pour toutes les analyses, la ponctualité des rapports doit être prise en compte, étant donné qu'il peut y avoir un décalage, parfois de plusieurs mois, entre la collecte des données et leur intégration dans le système de notification. Les bonnes pratiques exigent de dater les visualisations (soit dans le titre soit dans la visualisation elle-même) de manière à pouvoir expliquer les différences de résultats lorsque les données sont mises à jour.

Fig. 2.5 Fréquentation des services de soins prénatals mensuelle totale (chiffres) pour trois États du Nigeria en date du 18 juin 2020^a

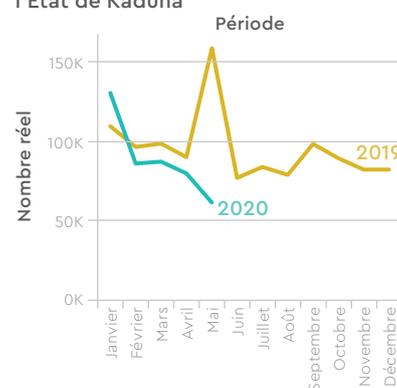
SRMNE – Fréquentation totale des services de soins prénatals pour l'État de Lagos



SRMNE – Fréquentation totale des services de soins prénatals pour l'État de Kano



SRMNE – Fréquentation totale des services de soins prénatals pour l'État de Kaduna



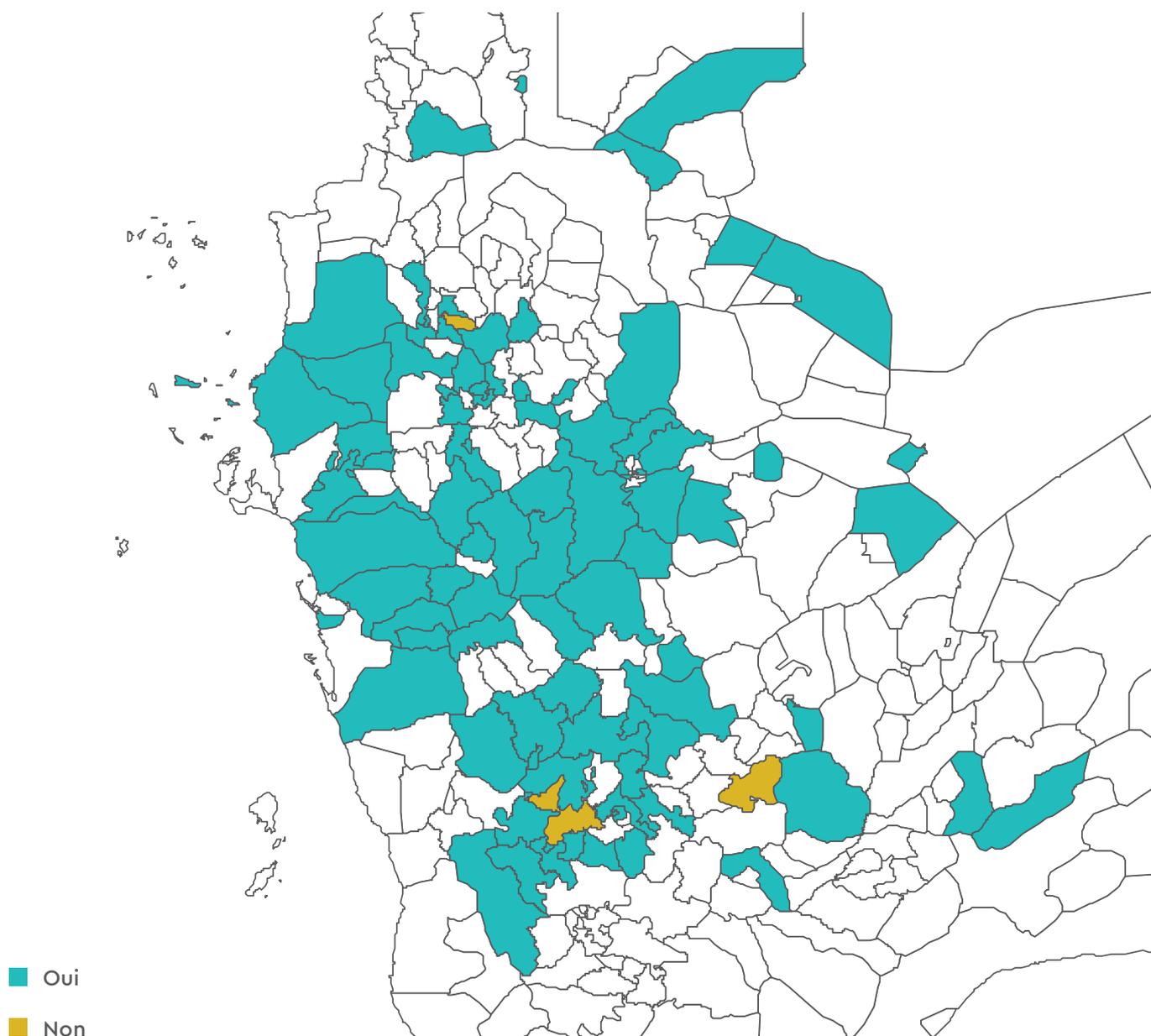
SRMNE : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

a. Représente les données mises à jour le 18 juin 2020.

Source : Ministère fédéral de la santé du Nigeria ; consulté à l'adresse suivante : <https://msdat.fmohconnect.gov.ng/covid/index.html> (14).

Lorsque les effets de la COVID-19 varient sur le plan géographique, la visualisation des différences par pourcentage ou proportion peut être améliorée au moyen de cartes SIG, qui facilitent l'évaluation des schémas de perturbation au sein des pays (voir la Figure 2.6). Il pourrait s'agir d'une concentration de perturbations dans des régions particulières ou d'un lien entre les perturbations et d'autres facteurs contextuels, tels que la charge de la COVID-19, des obstacles physiques donnés ou encore des zones de conflit. Des informations plus détaillées sur l'utilisation de cartes SIG, assorties d'exemples, sont fournies à l'annexe 1.

Fig. 2.6 Carte choroplèthe montrant une comparaison de la disponibilité de services de surveillance nutritionnelle dans les différents districts du Yémen^a



a. Cette carte est un exemple de visualisation, elle ne doit pas être considérée comme affichant des données réelles. Les limites et noms indiqués, ainsi que les appellations utilisées sur les cartes n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique d'un quelconque pays.

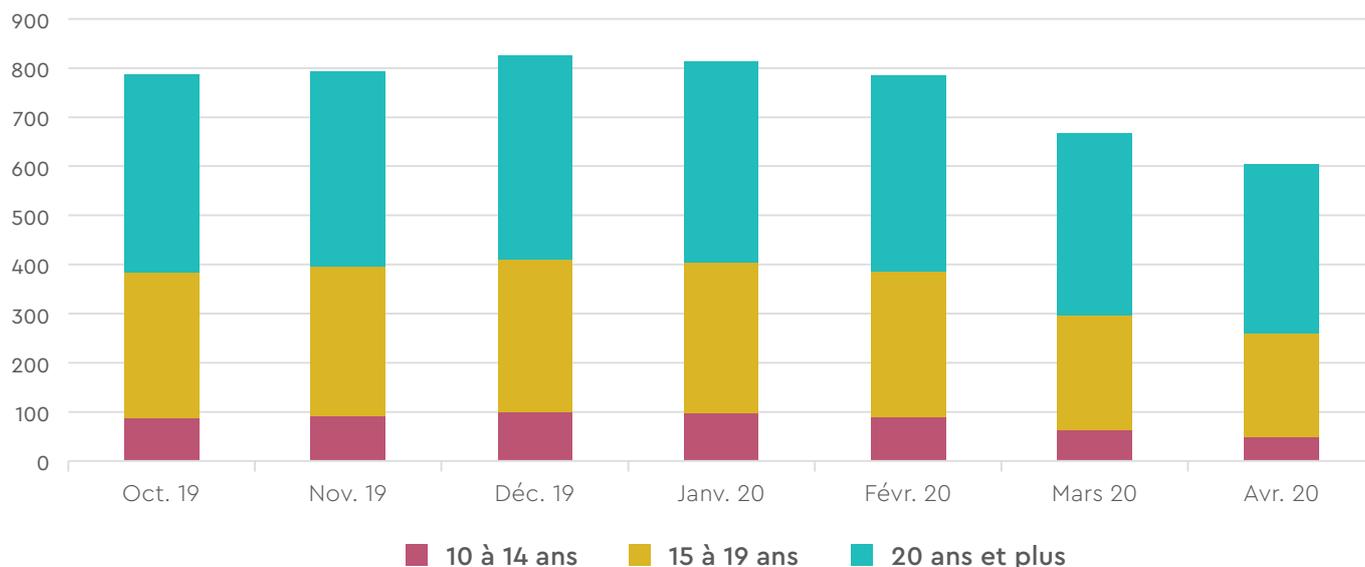
Source : Outil de suivi des services de surveillance nutritionnelle : impact de la COVID-19 sur la continuité des services, département Nutrition et Unité de gestion de l'information, Bureau de pays de l'OMS au Yémen (15).

Comparaison des groupes de population

L'accès aux services SRMNEA+N peut être plus difficile pour certains groupes que pour d'autres. Lorsque les données peuvent être ventilées, par exemple par tranche d'âge, sexe, catégorie de revenu, race/appartenance ethnique ou zone rurale ou urbaine, cette ventilation peut aider à déterminer la vulnérabilité de certains groupes, tels que les adolescents, ainsi que l'impact potentiel des perturbations des services.

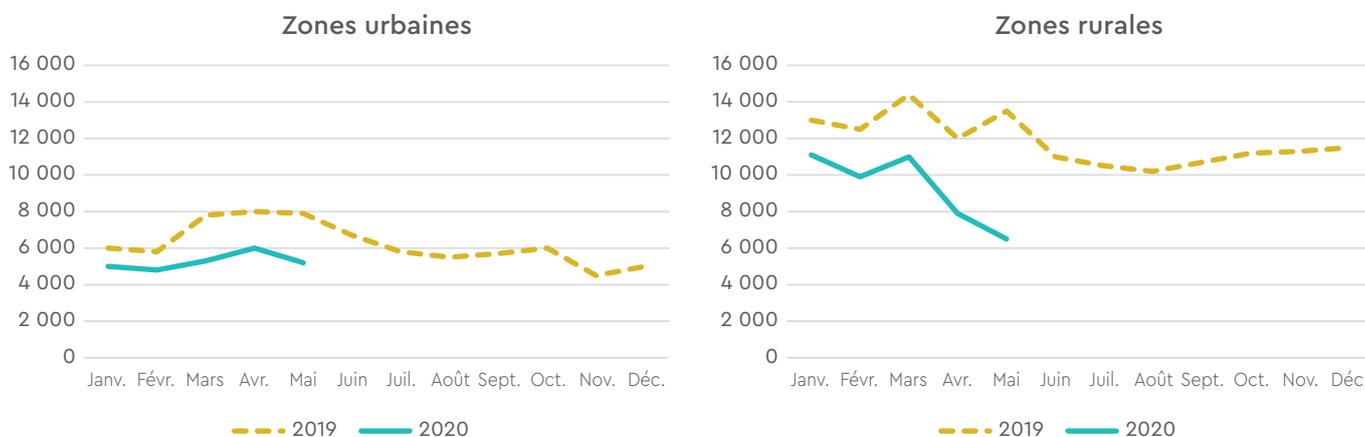
La Figure 2.7 présente des données d'exemple visualisant, par tranche d'âge, le nombre de sujettes recevant des contraceptifs oraux dans les établissements de santé. Tandis que le nombre total d'adolescentes et de femmes recevant des contraceptifs a commencé à baisser en février 2020, les filles se situant dans les tranches d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans ont été touchées de manière disproportionnée. Cela peut être dû aux difficultés créées par les horaires d'ouverture réduits des établissements de santé ou la réaffectation des établissements, les possibilités de transport réduites ou la nécessité d'être accompagnées par un gardien ou un partenaire.

Fig. 2.7. Nombre de sujettes acceptant des contraceptifs oraux dans les établissements de santé, ventilé par tranche d'âge



La Figure 2.8 présente quant à elle des données d'exemple concernant le nombre de naissances en établissement de santé dans les zones urbaines et rurales. Les données étant présentées sous forme de valeurs numériques, les comparaisons doivent être axées sur le résultat de l'indicateur pour chaque zone au regard du même mois de l'année précédente, plutôt que sur les différences entre les zones rurales et urbaines. Le nombre de naissances en établissement de santé a reculé aussi bien dans les zones rurales que dans les zones urbaines depuis 2019, toutefois l'écart est plus important dans les zones rurales.

Fig. 2.8 Nombre de naissances en établissement de santé dans les zones urbaines et rurales



Présentation juxtaposée des indicateurs

La présentation de plusieurs indicateurs dans un seul support visuel peut offrir un aperçu plus large des prestations de services SRMNEA+N et du recours à ces services, ou mettre en évidence les résultats d'un indicateur par rapport à d'autres indicateurs. Lorsque plusieurs indicateurs sont présentés en tant que pourcentages dans un même diagramme, ils doivent tous avoir le même dénominateur. Cette règle ne s'applique pas dans la même mesure aux tableaux de bord ou de notation qui combinent plusieurs indicateurs, sans considération d'échelle, mais ces tableaux doivent contenir des indicateurs connexes clairement libellés et des périodes cohérentes.

Dans l'exemple proposé dans la Figure 2.9, quatre indicateurs sont présentés pour montrer l'évolution par rapport à une valeur de référence dans plusieurs districts. Ils révèlent un déclin des prestations de soins prénatals, des naissances en établissement de santé, de la vaccination contre la rougeole et du traitement des enfants atteints de paludisme, donnant ainsi, dans un seul tableau de bord, un aperçu des résultats des principaux indicateurs de référence en matière de SRMNEA+N.

Fig. 2.9 Évolution des indicateurs SRMNE de la période de référence à la période de rapport en cours

Région	District	Services de soins prénatals	Naissances en établissement de santé	MCV1	Traitement d'enfants atteints de paludisme
Région 1	District 1	-20%	-15%	-22%	-25%
	District 2	-40%	-50%	-30%	-48%
	District 3	-30%	-25%	-35%	-50%
	District 4	-22%	-20%	-25%	-40%
Région 2	District 5	-10%	-11%	-8%	-15%
	District 6	-7%	-5%	7%	-12%
	District 7	-9%	-9%	-7%	-15%
	District 8	-11%	-8%	-12%	-10%
Région 3	District 9	-31%	-27%	-15%	-47%
	District 10	-25%	-30%	-28%	-45%
	District 11	-30%	-35%	-32%	-47%
	District 12	-35%	-40%	-30%	-38%
Nacional		-25%	-28%	-22%	-33%

MCV1 : première dose du vaccin à valence rougeole.

Le lien entre les différents indicateurs présentés dans un graphique doit être clair. Une option consiste à montrer les tendances séculaires d'un même service dans des graphiques distincts et selon la ventilation pertinente (par ex. par tranche d'âge, région, sexe). Lorsque la plupart des données comprennent des numérateurs, il peut être approprié d'utiliser des diagrammes temporels (ligne et/ou barre dans le temps). Une autre option consiste à comparer les informations relatives à la logistique et aux ressources humaines au service décrit.

Étape 3 : Utilisation des données pour éclairer l'action

La Figure 2.10 illustre comment des réductions dans plusieurs secteurs s'additionnent et entraînent une réduction globale de la couverture des services.

Fig. 2.10 Facteurs contribuant à la réduction de la couverture des services



Le suivi aide à déterminer si un programme fonctionne comme prévu et s'il est nécessaire d'y apporter des modifications (16). Cela est particulièrement important lorsque l'on s'attend à des perturbations, par exemple dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Une communication efficace entre les responsables des programmes SRMNEA+N, les équipes de suivi et d'évaluation et les équipes de riposte aux situations d'urgence est essentielle afin de garantir que les besoins en données sont formulés clairement, que la collecte de données est coordonnée et que les données sont analysées, diffusées et utilisées aux fins des prises de décisions.

Ce module ne fournit pas d'orientations spécifiques concernant la modélisation de l'impact des différentes options de services, mais il offre néanmoins, dans l'Encadré 2.2, quelques repères sur l'utilisation de la modélisation dans le contexte des services de santé durant une pandémie.

L'interprétation précise des données dépend de l'appréciation du contexte, c'est-à-dire des événements (notamment la COVID-19) qui ont une incidence sur la demande de soins et le recours à ceux-ci, la disponibilité et la qualité des services ainsi que la communication des données. Celles-ci doivent être documentées dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire, dans des tableaux de bord ou d'autres outils appropriés. Il peut être possible d'ajouter des informations contextuelles aux visualisations des données existantes, par exemple en ajoutant les dates liées à la flambée de COVID-19 ou des changements de politique aux diagrammes illustrant l'utilisation des services dans le temps.

Encadré 2.2 Qu'est-ce que la modélisation dans le contexte des services de santé durant une pandémie ?

La modélisation est une méthode qui permet de rassembler des données sur les tendances passées de résultats sanitaires, la couverture des interventions en matière de santé et de nutrition et leur efficacité avérée, et d'appliquer des hypothèses (ou des données réelles, si elles sont disponibles) aux variations de la couverture des interventions pour effectuer des projections concernant l'impact sur les résultats sanitaires. La modélisation peut servir de méthode additionnelle pour examiner l'impact potentiel des perturbations des prestations de services. Les conclusions issues de la modélisation (17) peuvent être utilisées à des fins de plaidoyer, afin de sensibiliser à l'importance de maintenir les principales interventions vitales à destination des femmes et des enfants. Ces estimations peuvent éclairer les décisions concernant la hiérarchisation des modifications à apporter aux services essentiels. Les hypothèses et les données relatives à chaque modèle doivent être en phase avec le contexte et la portée des résultats du modèle, adaptées au contexte local, tenir compte des projections épidémiques et, dans la mesure du possible, utiliser des données réelles concernant l'utilisation et la couverture des services. Néanmoins, tout modèle a ses limitations et est tributaire des données et hypothèses utilisées. Une note explicative plus détaillée sur l'utilisation de la modélisation est en cours d'élaboration.

Le Tableau 2.2 présente les causes courantes de perturbations, ainsi que les questions à poser pour chacune. Des enquêtes nuancées (qualitatives) peuvent en outre s'avérer nécessaires pour faire la lumière sur les aspects contextuels des perturbations (78). De telles discussions sont plus productives lorsqu'y prennent part des responsables de la mise en œuvre, des membres de la communauté, des usagers des services et d'autres acteurs à même d'expliquer les raisons de la situation, ainsi que des responsables habilités à prendre les mesures correctives appropriées.

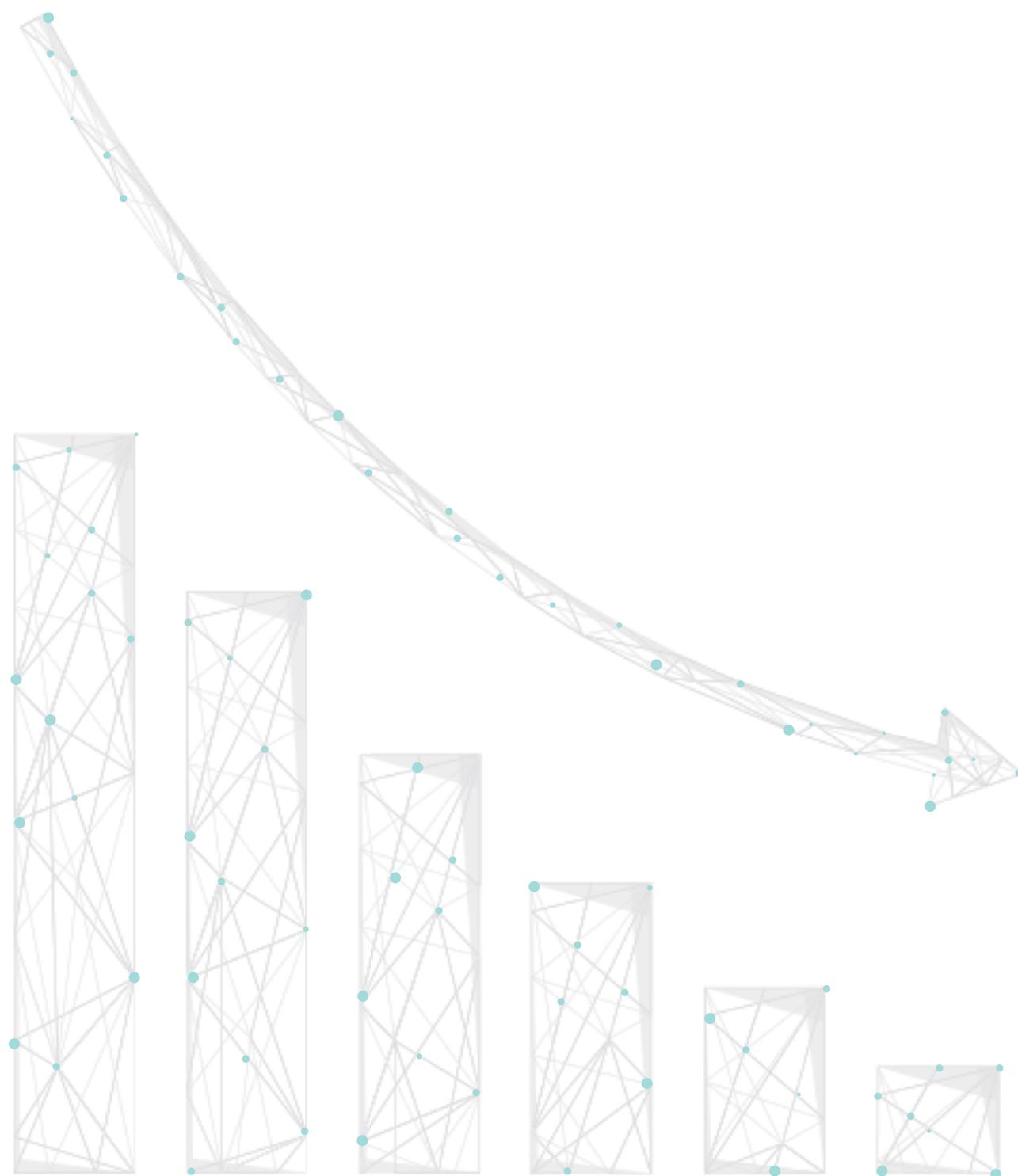
Tableau 2.2 Causes courantes des perturbations observées et questions à étudier

Type de perturbation	Questions d'orientation
COVID-19	<p>Quelles sont les dates des premiers cas de COVID-19 et des pics de flambée ?</p> <p>Où la COVID-19 est-elle concentrée – dans les zones urbaines ou rurales ?</p> <p>La situation affecte-t-elle négativement des sous-populations données ?</p> <p>Dans l'affirmative, pourquoi ?</p> <p>Les prestations de services ont-elles été adaptées (par ex. par le recours à des plateformes numériques) sans que cela soit reflété dans les rapports ?</p> <p>Les symptômes et cas de COVID-19 sont-ils notifiés en tant qu'infection respiratoire aiguë/pneumonie, fièvre, etc. ?</p>
Notification des données	<p>Les notifications sont-elles moins exhaustives que le niveau attendu ?</p> <p>Y a-t-il des perturbations connues au niveau de la notification ?</p> <p>Les données sont-elles typiquement sujettes à des variations saisonnières ?</p>
Approvisionnement	<p>Y a-t-il des perturbations des chaînes d'approvisionnement, notamment en ce qui concerne les équipements de protection individuelle ?</p> <p>Y a-t-il des ruptures de stock ?</p> <p>Les établissements ont-ils du mal à mettre en œuvre les pratiques de lutte anti-infectieuse de manière adéquate ?</p>
Personnel	<p>Des agents de santé ont-ils été déployés dans d'autres établissements (par ex. des centres de dépistage de la COVID-19) ?</p> <p>Y a-t-il des absences d'agents de santé dues à la maladie ou à la peur d'être infecté ?</p> <p>Quelles décisions ont été prises concernant l'utilisation des ressources ?</p> <p>Y a-t-il eu des transferts vers d'autres plateformes ?</p>
Accès et demande	<p>Y a-t-il des lacunes ou des faiblesses dans les messages sur la poursuite du recours aux services de santé essentiels ?</p> <p>Des cas de désinformation ou d'autres efforts visant à saper les messages de santé publique sur la COVID-19 ont-ils été signalés ?</p> <p>Les transports (locaux et/ou d'urgence) ont-ils été réduits ?</p> <p>Les obstacles financiers entravant l'accès ont-ils augmenté en raison de l'impact économique de la COVID-19 ?</p> <p>Y a-t-il des règles limitant la liberté de mouvement ? Est-il par exemple obligatoire de disposer d'une autorisation civile écrite pour fréquenter les lieux publics, notamment les établissements de santé ?</p>
Couverture et qualité	<p>Les horaires d'ouverture des établissements de santé/cliniques ont-ils été modifiés ou réduits ?</p> <p>Des patients ont-ils été renvoyés chez eux pour maintenir la distanciation physique ?</p>
Autres facteurs contextuels	<p>Y a-t-il d'autres événements sociopolitiques, tels que des élections, des conditions météorologiques extrêmes ou des migrations saisonnières, susceptibles d'avoir une incidence sur les prestations de services ?</p>

Références

1. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>, consulté le 22 octobre 2020).
2. *Continuing essential sexual reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID-19 pandemic*. New Delhi: Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331816>, consulté le 22 octobre 2020).
3. *Continuing essential sexual reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID-19 pandemic: practical considerations*. New Delhi: Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332162>, consulté le 22 octobre 2020).
4. 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. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/FacilityAnalysisGuidance_RMNCAH_FR.pdf?ua=1, consulté le 22 octobre 2020).
5. *Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs)*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>, consulté le 22 octobre 2020).
6. Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/every-newborn-action-plan/en/, consulté le 22 octobre 2020).
7. Stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/, consulté le 22 octobre 2020).
8. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Survivre, s'épanouir, transformer. Genève : Chaque femme, chaque enfant ; 2015 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf, consulté le 22 octobre 2020).
9. *Suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic* [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services>, consulté le 17 novembre 2020).
10. Vaccination, vaccins et produits biologiques. Programmes et systèmes nationaux. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/fr/, consulté le 5 novembre 2020).
11. *Global HIV, Hepatitis and STIs Programme. About us*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/about>, consulté le 5 novembre 2020).
12. *Polio networks preventing and responding to outbreaks and emergencies*. Genève: Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; 2017 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/Polio-Assets-for-Outbreak-and-Emergencies-22-03-2017-FINAL-A.pdf>, consulté le 23 octobre 2020).
13. *What are Global Goods?* Seattle (WA) : Digital Square ; 2020 (https://wiki.digitalsquare.io/index.php/What_are_Global_Goods, consulté le 23 octobre 2020).
14. *National Health Analytical Tool showing health service uptake during the COVID-19 pandemic*. Abuja : Ministère fédéral de la santé ; 2020 (<https://msdat.fmohconnect.gov.ng/covid/index.html>, consulté le 23 octobre 2020).
15. *Tracking tool for nutrition surveillance services: impact of COVID on service continuity*, Département Nutrition et unité de gestion de l'information, Bureau de pays de l'OMS au Yémen, juin 2020 (https://yemen.immap-mena.info/WHO/covid19_yemen/, consulté le 10 juin 2020).
16. Digital Campus Moodle. *Urban WASH: working with people. The importance of monitoring and evaluation* (<https://moodle.digital-campus.org/mod/page/view.php?id=32063>, consulté le 23 octobre 2020).
17. Robertson T, Carter RD, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(7):e901–e908. doi:10.1016/S2214-109X(20)30229-1.
18. Sundberg A. *Beyond the numbers: how qualitative approaches can improve monitoring of humanitarian action*. Londres : ALNAP ; 2019 (<https://www.alnap.org/help-library/beyond-the-numbers-how-qualitative-approaches-can-improve-monitoring-of-humanitarian>, consulté le 23 octobre 2020).

Annexes



Annexe 1 : Ressources supplémentaires pour la collecte, la compilation et l'utilisation des données

Les pays doivent examiner leurs sources de données et leurs outils de collecte de données, ainsi que leurs procédures, notamment les flux de données et les calendriers de notification, pour déterminer ce qui est disponible et, au besoin, modifier ces paramètres ou rechercher des solutions additionnelles pour répondre à leurs besoins en matière de données.

Il est important d'examiner en quoi les sources de données ont éventuellement changé ou se sont développées dans le contexte de la riposte à la COVID-19. Par exemple, le niveau de collecte des données peut être passé des établissements de santé au niveau virtuel, auquel cas cela doit être reflété dans les systèmes d'information sanitaire de routine.

Dans le contexte d'une situation d'urgence sanitaire systémique, plusieurs questions essentielles doivent être prises en considération.

1. Quels sont les besoins en matière de données ? Quelle est la fréquence de notification adéquate ? Quels niveaux de ventilation sont requis et possibles ?

Les pays peuvent identifier les données les plus adaptées à leurs besoins en se concentrant sur l'analyse des incidences secondaires de la situation d'urgence et la liste des indicateurs recommandés. Il s'agit notamment de déterminer si les données normalement disponibles dans les systèmes d'information de routine doivent être collectées plus fréquemment ou de manière plus urgente.

En fonction des besoins en données et de l'évolution de la situation, on peut envisager une fréquence de notification en temps réel ou quasi réel, hebdomadaire, bihebdomadaire ou mensuelle. De la même manière, les flux de données et les processus connexes peuvent contribuer à déterminer la fréquence de notification d'un niveau à l'autre. Il est important d'examiner les besoins à chaque niveau, parallèlement aux phases de l'épidémie, et de déterminer si la détection précoce de certains événements déclencherait une action ou la priorisation des services, par exemple une hausse locale des cas de rougeole exigeant une enquête rapide.

Afin d'appuyer l'utilisation des données et les actions ciblées, il est important d'établir quel niveau de ventilation géographique, par exemple la zone couverte par les établissements de santé ou les districts, permettra de mieux rendre compte des perturbations des services essentiels de routine.

Les outils de santé numériques dotés de capacités de géolocalisation (par ex. ODK Collect (1), OpenSRP (2), DHIS2 COVID-19 tracker (3), medic-collect (4)) peuvent fournir davantage de souplesse en termes de ventilation des données, dans la mesure où les données géographiques peuvent être groupées selon l'unité géographique désirée. Lorsque les données sont collectées par des sondages par SMS (par ex. RapidPro (5)), la disponibilité de la géolocalisation dépend de l'information géographique fournie par les répondants incluse dans le sondage, ou des liens avec les listes maîtresses contenant l'information de géolocalisation pour les registres des établissements de santé, des agents de santé communautaires, etc.

2. Quels outils et processus de collecte et de notification des données et sources de données déjà en place peuvent être utilisés ?

Les systèmes d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) du pays constituent la source de données principale à prendre en considération lorsque l'on évalue comment répondre aux besoins en données. Ces systèmes devraient déjà être la source principale utilisée par les gestionnaires et les décideurs pour suivre la fourniture de services de santé et d'interventions et prendre leurs décisions.

- Outre les systèmes d'information pour la gestion sanitaire, les pays doivent examiner les autres sources de données et outils de collecte et de notification existants, notamment les systèmes de surveillance (tels que l'outil intégré de surveillance des maladies et de riposte [IDSR], les outils des systèmes communautaires d'information sanitaire [CHIS] utilisés par les agents de santé communautaires, les systèmes d'information pour la gestion logistique [LMIS] utilisés pour les produits, et les systèmes d'information sanitaire en matière de ressources humaines [HRHIS]).
- S'ils sont disponibles, les outils de santé numérique peuvent être mis à profit à tous les niveaux pour suivre le fonctionnement de la surveillance des maladies, notamment les diagnostics de laboratoire, le suivi de la fourniture de services dans la communauté, la continuité de la chaîne d'approvisionnement et la détection des ruptures de stock.
- D'autres sources de données peuvent être envisagées, telles que les registres des personnels de santé ou des établissements de santé. Les évaluations d'établissements de santé et les enquêtes auprès de ceux-ci peuvent fournir des données qui ne sont pas disponibles au travers des systèmes de collecte de données de routine. Les systèmes d'enregistrement des échantillons ou sentinelles, les systèmes nationaux de surveillance ou des études spéciales sont d'autres sources possibles.

Il convient d'examiner les flux de données, les processus et mécanismes de traitement des données, notamment les modes opératoires normalisés relatifs à la gestion des retards de notification. Cela aide à déterminer quelles données doivent être soumises à qui et à quelles fins, en termes de prise de décision et d'action.

- La coordination entre les programmes de santé, les responsables du suivi-évaluation et les équipes d'intervention d'urgence est importante afin de garantir que les besoins en données sont clairs et que la collecte et la compilation des données sont coordonnées et régulièrement partagées.
- Au besoin, des mécanismes de diffusion des données/de retour doivent être créés ou les systèmes existants doivent être renforcés, et un examen doit être effectué afin de déterminer comment les rapports récapitulatifs doivent être générés et utilisés.

3. Quels outils/ressources pourraient, si nécessaire, être adaptés pour répondre à l'évolution des besoins en données ? Y a-t-il d'autres plateformes numériques en place qui pourraient être converties aux fins de la collecte et de la notification des données ?

Les outils et ressources humaines connexes des programmes verticaux peuvent être adaptés dans une situation émergente. Dans une situation d'urgence, les plateformes existantes peuvent être adaptées, permettant ainsi des gains de temps dans la mesure où le personnel ne doit pas se familiariser avec une nouvelle plateforme.

Les pays ne disposant pas de systèmes d'information sanitaire de routine fiables, où le déploiement rapide d'une solution de notification sanitaire numérique n'est pas réaliste, peuvent envisager la faisabilité de la collecte de données en personne ou par téléphone auprès d'un échantillon d'établissements de santé. Une telle décision doit tenir compte des coûts relatifs et de la disponibilité des ressources humaines sur une période de 12 à 24 mois, ainsi que de la possibilité que cette méthode de collecte de données puisse être remise en cause par des changements en matière de mobilité, de transport et de distanciation physique. Si la collecte de données en personne s'avère nécessaire, réduire les enquêtes auprès des établissements de santé à une fréquence trimestrielle, par exemple, peut faciliter les choses. L'Encadré A1.1 fournit des liens vers des référentiels d'outils et de plateformes numériques.

Encadré A1.1 Liens vers des référentiels d'outils existants

- [Cartographie des plateformes numériques](#) (6)
- [Cartographie des partenaires](#) (7)
- [Atlas de la santé numérique de l'OMS](#) (8)
- [OMS – Innovations en matière de COVID-19](#) (9)
- [Liste d'ouvrages informatiques](#) (10)
- [Publications de l'OMS en matière de santé numérique](#) (11)

3a. Dispose-t-on de capacités suffisantes au sein des pouvoirs publics pour adapter, adopter ou reconvertir d'autres solutions ?

Les scénarios et calendriers les plus probables d'évolution de la situation d'urgence de santé publique doivent être pris en considération, de même que les mesures de renforcement des capacités requises en cas de modification de la collecte de données. Il convient de tenir compte des aspects suivants :

- coût ;
- matériel et achats ;
- disponibilité et compétences du personnel ;
- formation et appui technique ;
- calendrier ; et
- manière dont les rapports récapitulatifs seront générés et utilisés (en particulier lorsque les outils sont adaptés ou que des solutions de remplacement sont utilisées, par ex. des sondages rapides (12)).

3b. Quand et comment faut-il envisager des outils et procédures supplémentaires ?

Lorsque les systèmes existants ne répondent pas aux exigences de communication des données, et si des contraintes en termes de temps ou de ressources excluent la possibilité d'adapter les ressources existantes, il convient de trouver d'autres solutions. Il faut pour cela envisager les étapes suivantes :

- définir clairement les données clés nécessaires avant de proposer des solutions, calendriers, procédures de gestion des données et ressources humaines concernant la collecte des données, ainsi que le niveau d'effort anticipé ; décider s'il est ou non important de prendre en compte les tendances temporelles, étant donné qu'aucune comparaison ne sera disponible avec les nouveaux outils ;
- envisager de brefs sondages par téléphone ou SMS basés sur les registres communautaires ou des établissements de santé ;

- envisager d'adapter les logiciels existants utilisés par [Global Goods](#) (13) plutôt que de mettre au point une nouvelle solution sur une nouvelle plateforme ;
- s'assurer que la solution proposée est conforme aux stratégies et politiques du pays en matière de cybersanté ou de systèmes d'information pour la gestion sanitaire ;
- envisager d'utiliser un outil d'évaluation comme [Digital Health Investment Review Tool](#) (14), le [Digital Investment Tool](#) (15), le [Digital Principles Maturity Matrix](#) (16) ou [Digital Implementation Investment Guide](#) (17) pour éclairer le processus de sélection et respecter les meilleures pratiques en matière de développement numérique ; et
- envisager d'exploiter des plateformes d'autres secteurs que celui de la santé, comme les secteurs de l'agriculture ou de l'éducation (18).

Des exemples d'outils de collecte de données aux fins de l'analyse des effets indirects des perturbations de services dues à la flambée de COVID-19 sont présentés dans le Tableau A1.1.

Tableau A1.1 Outils de collecte de données pour l'analyse des effets indirects des perturbations de services dues à la flambée de COVID-19

Outil de collecte de données	Source/liens
Évaluation des établissements de santé	https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services (19)
Surveillance rapide de la mortalité	https://www.who.int/publications/i/item/revealing-the-toll-of-covid-19 (20)
CommCare	https://www.dimagi.com/blog/covid-19-response-template-apps/ (21)
Community Health Toolkit	https://communityhealthtoolkit.org/ (22)
DHIS2	https://www.dhis2.org/covid-19 (3)
RapidPro	https://community.rapidpro.io/ (5)

Éléments à prendre en considération concernant l'utilisation des données

4a. Quelles sont les mesures de contrôle de la qualité des données mises en place ? La qualité des données est-elle suffisante pour répondre aux besoins en données ?

Toutes les données ont des limitations qui ont une incidence sur leur fiabilité et leur interprétation. Il peut s'agir de valeurs manquantes, de biais, d'erreurs de mesure ou encore d'erreurs humaines lors de la saisie et du traitement des données (23).

Les systèmes existants relatifs à la qualité des données doivent être utilisés dans toute la mesure possible afin de fournir un examen de l'exhaustivité, de la ponctualité et de la cohérence des données notifiées (24). Dans des situations évoluant rapidement, lorsque l'accent est mis sur les prestations de services, les données peuvent être plus difficiles à obtenir ou être moins exhaustives. Le recoupement des différentes sources de données peut être un autre moyen d'évaluer la qualité des données. En tout état de cause, en particulier les situations changeantes, la qualité des données doit être évaluée aussi souvent que nécessaire.

Encadré A1.2 Utilisation de cartes SIG

Les visualisations les plus courantes de données géographiques sont les *cartes choroplèthes* et les *cartes en symboles proportionnels*. Dans les cartes choroplèthes, la valeur de l'indicateur concerné détermine la couleur dans laquelle chaque zone est représentée. Ces seuils doivent être sélectionnés en fonction de la considération programmatique des niveaux escomptés de réduction et d'intérêt envers la riposte.

Les cartes en symboles proportionnels permettent de visualiser les indicateurs selon la variation de la taille des symboles. Ces cartes conviennent généralement pour montrer des différences subtiles entre régions qui, sur une carte choroplèthe, pourraient être amalgamées dans une même couleur. Étant donné qu'elles ne permettent pas de distinguer facilement les valeurs positives des valeurs négatives, les cartes en symboles proportionnels ne sont pas recommandées lorsque les indicateurs contiennent à la fois des valeurs négatives et des valeurs positives.

Afin de fournir davantage de contexte aux fins de l'interprétation, des informations supplémentaires peuvent être indiquées au moyen d'étiquettes (nom de lieu, nombre de cas confirmés, date du premier cas notifié, etc.) ou de motifs permettant de mettre en évidence des facteurs qui ne peuvent pas être représentés de manière quantitative, tels que des zones en conflit ou à transmission communautaire connue.

Tous les indicateurs doivent être représentés selon le même niveau géographique de détail (unités administratives, par ex.). L'aptitude à percevoir des tendances de manière visuelle est hautement subjective, et influencée par le choix d'échelle de couleurs et de symboles. C'est pourquoi il est généralement recommandé d'accompagner les cartes de diagrammes à barres montrant des informations analogues.

4b. Les données peuvent-elles et doivent-elles être ventilées ?

Lorsque les systèmes permettent de ventiler les données, cela peut révéler des différences et inégalités significatives et permet d'identifier les lieux ou sous-populations particulièrement vulnérables.

Par exemple, quelle est la ventilation géographique (établissement de santé, zone couverte, district) la plus appropriée pour indiquer les perturbations potentielles ou réelles des services essentiels de routine ? Cela dépend, en partie au moins, du niveau auquel le suivi a lieu ou du mécanisme de suivi appliqué. Les outils de santé numériques dotés d'une fonction de géolocalisation¹ peuvent offrir une certaine souplesse en termes de ventilation des données. Les cartes peuvent aider à visualiser les différences entre zones géographiques (voir l'Encadré A1.2).

La ventilation peut aider à tenir compte des caractéristiques de populations données, notamment de l'âge, du sexe, de la situation en zone urbaine ou rurale, ou encore de l'appartenance raciale ou ethnique. L'outil d'évaluation de l'équité en santé HEAT Plus de l'OMS (25) permet aux pays d'introduire leurs propres données, notamment aux niveaux infranationaux, à des fins d'analyse de l'équité.

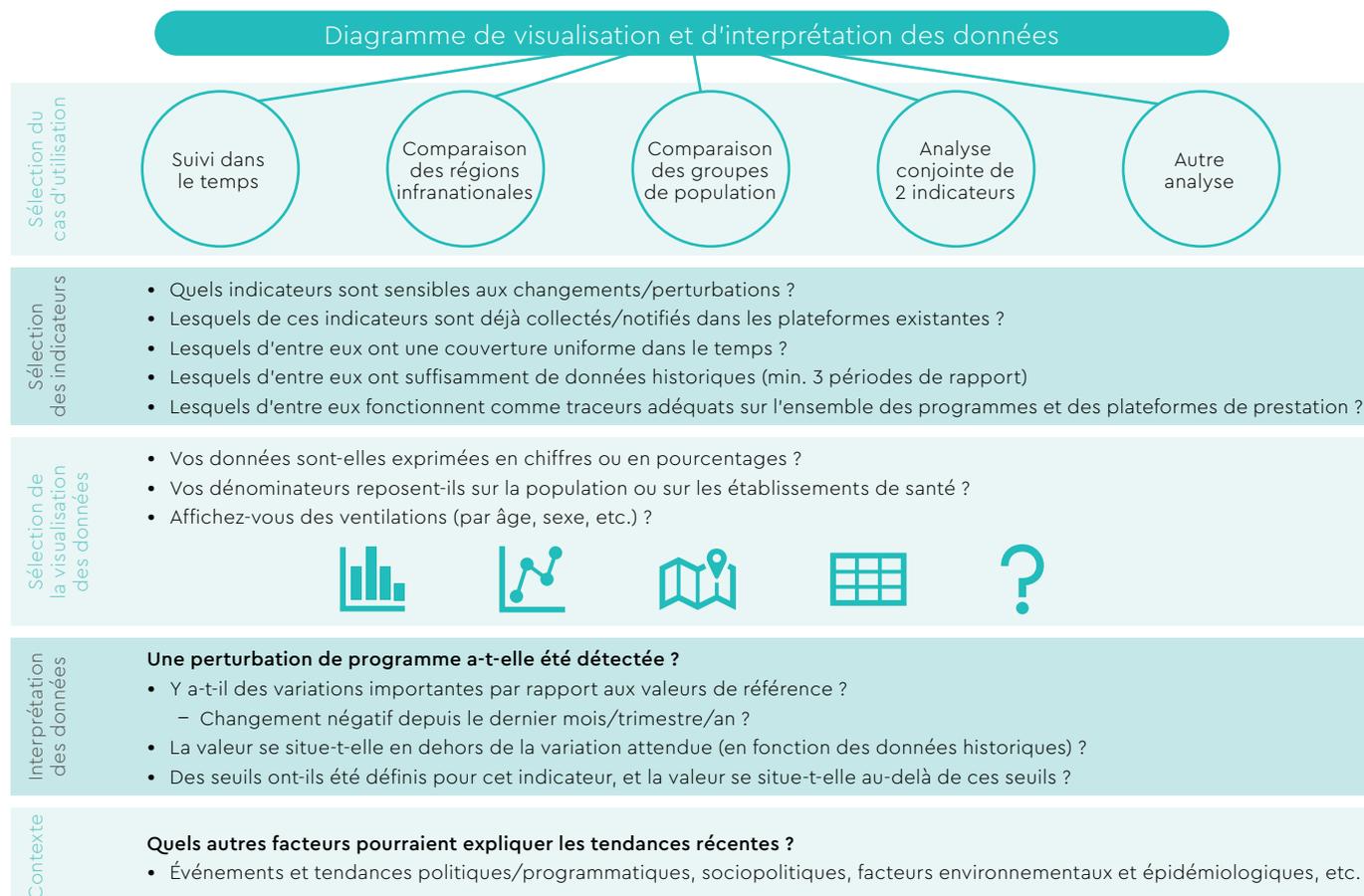
4c. Quels éléments convient-il de prendre en compte lors de la visualisation et de l'interprétation des données ?

Il convient de prendre les éléments suivants en compte lors de la visualisation et de l'interprétation des données :

- détermination de la finalité de l'analyse/la visualisation ;
- évaluation de la disponibilité et du format des données ;
- sélection du type de visualisation des données ;
- choix du ou des indicateurs ; et
- identification des facteurs contextuels pour une interprétation correcte.

Le diagramme de la Figure A1.1 expose la procédure à suivre pour visualiser et interpréter les données.

Fig. A1.1 Diagramme de visualisation et d'interprétation des données



Pour des indications supplémentaires concernant la sélection des visualisations des données, voir la Figure 3 du document intitulé *Analyse et utilisation des données des établissements de santé. Principes généraux* (23).

1. Exemples : ODK Collect (1), OpenSRP (2), DHIS2 Covid-19 tracker (3), Medic Collect (4).

Références

1. ODK Collect [site Web] (<https://docs.getodk.org/collect-intro/>, consulté le 24 octobre 2020).
2. OpenSRP [site Web] (<https://smartregister.org/>, consulté le 24 octobre 2020).
3. dhis2. Covid-19 Surveillance Digital Data Package [site Web] (<https://www.dhis2.org/covid-19>, consulté le 24 octobre 2020).
4. medic-collect (<https://github.com/medic/medic-collect>, consulté le 5 novembre 2020).
5. RapidPro [site Web] (<https://community.rapidpro.io/>, consulté le 24 octobre 2020).
6. Cartographie des technologies numériques pertinentes des pays de l'UNICEF. Solutions de santé numérique pour les soignants de première ligne (<http://uni.cf/mapping-digital-health>, consulté le 24 octobre 2020).
7. Paysage des partenaires de mise en œuvre qui appuient les outils numériques pour les soignants de première ligne (www.digitalhealthcoe.org, consulté le 24 octobre 2020).
8. Organisation mondiale de la Santé. Atlas sanitaire numérique (https://digitalhealthatlas.org/en/covid-19/dashboard/?page_size=10&page=1&ordering&stage&donor@ion&hfa=143&sc=1&sc=2&sc=3&sc=4&sc=5&sc=6&sc=7&sc=8&sc=9&sc=10&sc=11, consulté le 24 octobre 2020).
9. Organisation mondiale de la Santé. WHO Digital & Innovations for Health Community: fight COVID-19 (<https://innovate.who.int/>, consulté le 24 octobre 2020).
10. Coronavirus solutions (responses) (https://docs.google.com/spreadsheets/d/15hkhdTGNzx7oHkO8Y2MOiY83JsHjxL4MhMGvIA_J6I/edit#gid=579623365, consulté le 24 octobre 2020).
11. Organisation mondiale de la Santé. Santé sexuelle et reproductive. Santé numérique. Diverses publications (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/en/>, consulté le 24 octobre 2020).
12. Principles for Digital Development. How to calculate total lifetime costs of enterprise software solutions (<https://digitalprinciples.org/resource/howto-calculate-total-cost-enterprise-software/>, consulté le 24 octobre 2020).
13. What are Global Goods? Seattle (WA) : Digital Square; 2020 (https://wiki.digitalsquare.io/index.php/What_are_Global_Goods, consulté le 23 octobre 2020).
14. Principles for Digital Development. Digital Health Investment Review Tool (DHIRT) (<https://digitalprinciples.org/resource/digital-health-investment-review-tool-dhirt/>, consulté le 24 octobre 2020).
15. Principles for Digital Development. USAID's Digital Investment Tool: an approach to incorporating digital development best practices in your activity (<https://digitalprinciples.org/resource/usaids-digital-investment-tool-an-approach-to-incorporating-digital-development-best-practices-in-your-activity/>, consulté le 24 octobre 2020).
16. Principles for Digital Development. Digital Principles Maturity Matrix for program design and proposal evaluation (<https://digitalprinciples.org/resource/digital-principles-maturity-matrix-for-program-design-and-proposal-evaluation/>, consulté le 24 octobre 2020).
17. Digital implementation investment guide: integrating digital interventions into health programmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334306>, consulté le 8 décembre 2020).
18. SDG Digital Investment Framework and Call to Action. Washington D.C. : Digital Impact Alliance ; 2018 (<https://digitalimpactalliance.org/research/sdg-digital-investment-framework/>, consulté le 24 octobre 2020).
19. Suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services>, consulté le 17 novembre 2020).
20. Révéler le bilan de la COVID-19 : Un dossier technique pour la surveillance rapide de la mortalité et la réponse aux épidémies. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/05/RMS-Technical-Package-French.pdf>, consulté le 24 octobre 2020).
21. Template applications to support all phases of COVID-19 response. Cambridge (MA) : CommCare ; 2020 (<https://www.dimagi.com/blog/covid-19-response-template-apps/>, consulté le 24 octobre 2020).
22. Community Health Toolkit [site Web] (<https://communityhealthtoolkit.org/>, consulté le 24 octobre 2020).
23. Analyse et utilisation des données des établissements de santé. Principes généraux. Document de travail, novembre 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/FacilityAnalysis_GeneralPrinciples_FR.pdf?ua=1, consulté le 24 octobre 2020).
24. Data Quality Review (DQR) Toolkit. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/, consulté le 24 octobre 2020).
25. Données de l'Observatoire mondial de la Santé. Health Equity Assessment Toolkit. HEAT Plus, édition téléchargeable de la base de données. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://www.who.int/data/gho/health-equity/assessment_toolkit, consulté le 24 octobre 2020).

Annexe 2 : Exemples d'indicateurs à utiliser pour la surveillance des services de santé essentiels durant la pandémie de COVID-19

La liste ci-après d'exemples d'indicateurs est extraite de la publication *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19* (1).

- Nombre total de consultations externes ou visites en soins primaires
- Nombre total de sorties d'hôpital, incluant les décès (liés et non liés à la COVID-19)
- Nombre d'agents de santé disponibles, ventilé par catégorie professionnelle (c'est-à-dire selon la classification internationale type des professions, ou classification CIP-8)
- Nombre d'agents de santé infectés par la COVID-19, ventilé par catégorie professionnelle, incluant les agents de santé ou de soins dans les maisons de retraite et les établissements de soins de longue durée
- Pourcentage des services d'urgences hospitalières disposant d'un outil de triage validé
- Ratio des décès hospitaliers dus à des lésions aiguës par rapport à l'ensemble des décès dus à des lésions aiguës
- Nombre d'hospitalisations pour des urgences cardiovasculaires et cérébrovasculaires aiguës
- Pourcentage de patients COVID-19 souffrant d'une maladie non transmissible sous-jacente existante
- Nombre d'admissions et de sorties d'hôpital (incluant les décès) dues à une hypoglycémie et à une hyperglycémie
- Médicaments ou fournitures essentiels pour lesquels il y a moins de 2 mois de stock sans confirmation de réapprovisionnement dans les délais ou avec ou sans confirmation de réapprovisionnement
- Nombre de femmes et de jeunes filles recevant a) des contraceptifs oraux et b) des contraceptifs injectables
- Nombre de femmes se présentant dans l'établissement de santé avec des complications liées à un avortement
- Nombre de femmes enceintes avec au moins une visite pour soins prénatals
- Nombre de prises de contact pour soins prénatals pour lesquels des femmes enceintes ont reçu/se sont vues prescrire des suppléments contenant du fer
- Nombre de naissances en établissement
- Nombre de naissances par césarienne
- Incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 g) chez les nouveau-nés
- Nombre de nourrissons à terme qui ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance
- Nombre de femmes recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement
- Nombre de nouveau-nés recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement
- Nombre de nouveau-nés d'un poids inférieur ou égal à 2000 g recevant des soins kangourou
- Nombre de nouveau-nés admis à l'unité néonatale de soins intensifs
- Nombre d'enfants se présentant dans l'établissement avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë
- Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) ou leur première dose de vaccin contre la rougeole
- Taux de couverture vaccinale par vaccin pour chaque vaccin du calendrier national
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois admis dans un établissement de santé pour le traitement d'une émaciation sévère et d'un œdème bilatéral prenant le godet
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant fait l'objet d'un dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois souffrant d'une émaciation sévère et d'un œdème bilatéral prenant le godet qui ont été autorisés à quitter l'établissement, qui ont été guéris ou qui ont reçu un traitement
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A adaptée à leur âge au cours de chaque semestre
- Pourcentage de cas de paludisme confirmés traités par des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
- Nombre de nouveaux cas de tuberculose ou de cas de tuberculose récidivante notifiés
- Pourcentage d'adultes vivant avec le VIH recevant actuellement une thérapie antirétrovirale dont le traitement se trouve perturbé

- Pourcentage de personnes vivant avec l'hépatite B et sous traitement de longue durée dont le traitement se trouve perturbé
- Nombre de femmes ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus
- Nombre de cas de violences exercées contre des femmes et des filles (physiques, sexuelles, autres), par type d'auteur, enregistrés au niveau des établissements de santé
- Nombre de personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale (p. ex., dépression modérée à sévère, psychose, trouble affectif bipolaire, troubles liés à l'abus de substances psychoactives) qui ont recours à des services de conseil
- Taux de suicide
- Nombre de nouveaux diagnostics de cancer
- Nombre de patients COVID-19 et de patients sans COVID-19 nécessitant des soins palliatifs
- Nombre de personnes âgées se présentant dans l'établissement avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë
- Nombre de décès chez les adultes de plus de 60 ans dus à des affections non liées à la COVID-19

Références

1. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>, consulté le 22 octobre 2020).

Annexe 3 : Métadonnées relatives aux indicateurs SRMNEA+N

Remarque : Le choix d'utiliser des pourcentages ou des nombres dépend du niveau d'analyse et de la disponibilité des données pour le dénominateur. Il peut s'avérer plus utile d'utiliser des numérateurs lorsqu'il s'agit d'interpréter un nombre réduit de cas, et des pourcentages lorsque l'on analyse des données provenant d'un plus grand nombre d'intrants, c'est-à-dire des données au niveau national. Pour de plus amples informations sur les dénominateurs, veuillez vous reporter à la référence (7).

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques	Correspondance avec Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 (2)	
Santé reproductive									
1	Distribution de contraceptifs oraux (nombre)	Nombre de sujets qui acceptent des contraceptifs oraux dans l'établissement de santé ou dans la communauté	Suivi du recours aux contraceptifs oraux ; indicateur indirect sur l'accès à la contraception	Nombre de femmes et de jeunes filles recevant des contraceptifs oraux	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Point de service : établissement de santé/communauté ; utilisateurs nouveaux/existants ; âge (par ex. 10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et plus, selon les possibilités du système de notification du pays)	Les définitions des utilisateurs nouveaux/existants dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire ne sont pas toujours harmonisées. Il convient d'utiliser les définitions de votre système. Le terme « nouveau » peut s'entendre d'un nouveau cas, d'un nouvel accepteur, d'un nouvel utilisateur ou d'un nouveau sujet. Le terme « existant » ou « ancien » peut s'entendre d'un sujet à nouveau hospitalisé, d'un sujet ancien, d'un renouvellement, d'un accepteur récurrent, d'une deuxième consultation, d'un utilisateur régulier, d'un ancien cas, d'un sujet de suivi.	En phase
2	Distribution de contraceptifs injectables (nombre)	Nombre de sujets qui acceptent des contraceptifs injectables dans l'établissement de santé ou dans la communauté	Suivi du recours aux contraceptifs injectables ; indicateur indirect sur l'accès à la contraception	Nombre de femmes et de jeunes filles recevant des contraceptifs injectables	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Point de service : établissement de santé/communauté ; utilisateurs nouveaux/existants ; âge (par ex. 10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et plus, selon les possibilités du système de notification du pays)	Les définitions des utilisateurs nouveaux/existants dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire ne sont pas toujours harmonisées. Il convient d'utiliser les définitions de votre système. Le terme « nouveau » peut s'entendre d'un nouveau cas, d'un nouvel accepteur, d'un nouvel utilisateur ou d'un nouveau sujet. Le terme « existant » ou « ancien » peut s'entendre d'un sujet à nouveau hospitalisé, d'un sujet ancien, d'un renouvellement, d'un accepteur récurrent, d'une deuxième consultation, d'un utilisateur régulier, d'un ancien cas, d'un sujet de suivi.	En phase
Santé de la mère et du nouveau-né									
3	Fourniture de services de soins prénatals (nombre)	Nombre de consultations/prises de contact pour soins prénatals assurés par un prestataire formé au cours de la période de référence	Suivi de la fourniture de services de soins prénatals ; indicateur indirect sur la demande de services aux femmes enceintes	Nombre de prises de contact pour soins prénatals, quel que soit le prestataire	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Lieu de la prestation de service (établissement de santé ou communauté) ; âge (par ex. 10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et plus, selon les possibilités du système de notification du pays)	Les prises de contact ou consultations doivent être définies selon les normes nationales. Il se peut que les pays ne collectent ou calculent pas cet indicateur de cette manière, mais qu'ils notifient le nombre de premières consultations pour soins prénatals, le nombre de quatrièmes consultations, etc. Ils doivent continuer de suivre cet indicateur au format auquel il est déjà régulièrement notifié.	En phase

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques
4 Femmes enceintes ayant reçu un test de dépistage du VIH (nombre/%)	Nombre ou pourcentage de femmes enceintes fréquentant un centre de soins prénatals ou accouchant dans un établissement de santé qui ont reçu un test de dépistage du VIH pendant leur grossesse	Suivi du nombre de femmes enceintes qui ont reçu un test de dépistage du VIH ; indicateur indirect du fonctionnement de la première étape de la cascade de prévention de la transmission de la mère à l'enfant	N : Nombre de femmes enceintes fréquentant un centre de soins prénatals ou accouchant dans un établissement de santé qui ont reçu un test de dépistage du VIH durant leur grossesse ou à l'accouchement, ou qui savaient déjà qu'elles étaient séropositives pour le VIH à leur première consultation de soins prénatals D : Nombre de femmes enceintes qui ont fréquenté un centre de soins prénatals ou accouché dans un établissement de santé	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle		
5 Femmes enceintes vivant avec le VIH ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (nombre)	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant	Suivi du nombre de femmes enceintes bénéficiant de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant ; indicateur indirect du fonctionnement des programmes de traitement du VIH	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Distribution de traitements dans la communauté/dans les établissements de santé	Si les femmes reçoivent une quantité suffisante de médicaments pour plusieurs mois lors d'une consultation, elles doivent être considérées comme traitées pour chaque mois pour lequel elles ont leurs médicaments.
6 Naissances en établissement (nombre)	Nombre de femmes accouchant dans un établissement de santé, quelle que soit l'issue	Suivi des variations éventuelles du nombre d'accouchements en établissement de santé ; indicateur indirect de l'accès aux services d'obstétrique	Nombre de femmes accouchant dans un établissement de santé	HMIS/registres des établissements	Mensuelle ou hebdomadaire	Type d'établissement ; âge (par ex. 10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et plus, selon les possibilités du système de notification du pays)	En phase
7 Prévalence des césariennes (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'accouchements par césarienne en établissement de santé	Suivi des perturbations possibles de l'accès à l'accouchement par césarienne ; indicateur indirect de l'accès aux soins chirurgicaux et du fonctionnement des systèmes d'orientation-recours	N : Nombre d'accouchements par césarienne en établissement de santé D : Nombre d'accouchements en établissement de santé	HMIS/registres des établissements	Mensuelle ou hebdomadaire	Zone rurale/urbaine (pour le niveau national)	En phase

								Correspondance avec Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 (2)
Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/ dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques	
8 Soins postnatals aux femmes (nombre/%)	Nombre ou pourcentage de femmes recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement	Suivi de la fourniture de soins postnatals aux femmes ; indicateur indirect concernant les prestations de services aux femmes ayant accouché récemment	N : Nombre de femmes recevant des soins postnatals D : Nombre d'accouchements en établissement de santé	HMIS/registres des établissements	Mensuelle		Le numérateur inclut à la fois les femmes qui ont accouché dans un établissement de santé et celles qui ont accouché ailleurs. Le moment des soins postnatals peut varier en fonction de la politique nationale.	En phase
9 Soins postnatals aux nouveau-nés (nombre/%)	Nombre ou pourcentage de nouveau-nés recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement	Suivi de la fourniture de soins postnatals aux nouveau-nés	N : Nombre de nouveau- nés recevant des soins postnatals D : Nombre de naissances vivantes en établissement de santé	HMIS/registres des établissements	Mensuelle		Le numérateur inclut à la fois les nouveau-nés nés dans un établissement de santé et ceux nés ailleurs. Le moment des soins postnatals peut varier en fonction de la politique nationale.	En phase
10 Nouveau-nés hospitalisés pour soins hospitaliers (nombre)	Nombre de nouveau- nés hospitalisés, toutes causes confondues (y compris naissance prématurée, anomalies congénitales, complications à la naissance, dont asphyxie et infections néonatales).	Suivi de la couverture des soins hospitaliers aux nouveau-nés ; indicateur indirect de la demande de traitement de maladies graves chez les nouveau-nés	Nombre de nouveau-nés (de 0 à 28 jours) hospitalisés pour soins hospitaliers, toutes causes confondues	HMIS/registres des établissements	Mensuelle		Cet indicateur inclut les nouveau-nés hospitalisés pour soins hospitaliers soit directement après la naissance, soit dans les 28 jours suivants.	En phase
Santé de l'enfant et vaccination								
11 Vaccin DTC3 (nombre)	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur troisième dose de DTC3	Suivi de la vaccination par le DTC3	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur troisième dose de DTC3	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle			En phase
12 MCV1 (nombre)	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur première dose de vaccin contre la rougeole	Suivi de la vaccination contre la rougeole	Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur première dose de vaccin contre la rougeole	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle		Étant donné que certains pays recommandent la vaccination contre la rougeole à 12 mois, lorsque le calendrier recommandé est de 12 mois, cet indicateur peut signaler la vaccination avant deux ans.	En phase
13 Consultations liées à des infections respiratoires aiguës (nombre)	Nombre d'enfants se présentant dans un établissement de santé avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë	Suivi des consultations dans les établissements de santé visant les enfants atteints d'infections aiguës des voies respiratoires ; indicateur indirect de flambées possibles, par exemple de grippe, pouvant présenter les mêmes symptômes que la COVID-19	Nombre d'enfants se présentant dans un établissement de santé avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle			En phase

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques		
14	Traitement d'enfants atteints de diarrhée (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'enfants atteints de diarrhée traités avec des sels de réhydratation orale, du zinc ou une combinaison des deux	Suivi de la fourniture de traitements contre la diarrhée (prise en charge des enfants) ; indicateur indirect de la disponibilité des services	N : Nombre d'enfants de moins de 5 ans recevant un traitement contre la diarrhée D : Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle			
15	Traitement d'enfants atteints de paludisme (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme traités par CTA	Suivi de la fourniture de traitements contre le paludisme (prise en charge des enfants) ; indicateur indirect de la disponibilité des services	N : Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme traités par CTA D : Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Établissement (soins ambulatoires) ou communauté	En phase	
16	Consultations de santé infantile (nombre)	Nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues	Suivi de la fourniture de services aux enfants malades ; indicateur indirect de la disponibilité des services	Nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Établissement (soins ambulatoires) ou communauté	Cet indicateur est axé sur la fourniture de services aux enfants malades ; cependant, les systèmes de notification de certains pays peuvent être capables de suivre les consultations de contrôle en tant qu'indicateur distinct.	En phase
Nutrition									
17	Supplémentation en fer pour femmes enceintes (nombre/%) (3)	Nombre et pourcentage de prises de contact pour soins prénatals pour lesquels des femmes enceintes ont reçu/se sont vues prescrire des suppléments contenant du fer	Suivi de la fourniture de suppléments contenant du fer aux femmes enceintes ; indicateur indirect des services et produits clés en matière de soins prénatals à chaque prise de contact	N : Nombre de prises de contact pour soins prénatals durant la période de référence pour lesquels des femmes enceintes ont reçu/se sont vues prescrire des suppléments contenant du fer D : Nombre total de prises de contact pour soins prénatals durant la période de référence	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Établissement, communauté		En phase

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques		
18	Dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet chez les enfants (nombre) ¹ (4, 5)	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant fait l'objet d'un dépistage ² de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet Notification du nombre relatif aux nourrissons âgés de 0 à 5 mois là où ce dépistage est pratiqué	Suivi du dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet chez l'enfant ; indicateur indirect dans le cadre de la surveillance de la malnutrition	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant fait l'objet d'un dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle	Dépistage en établissement, dans la communauté, à domicile ²	Si les nourrissons âgés de 0 à 5 mois font l'objet d'un dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet, ils doivent être inclus dans les nombres notifiés. ¹ Il s'agit du même indicateur que l'indicateur standard concernant le dépistage de la malnutrition aiguë sévère, l'émaciation sévère étant identifiée par le périmètre brachial à mi-hauteur, l'œdème bilatéral prenant le godet ou le poids par rapport à la taille. La terminologie relative à la malnutrition aiguë sévère évolue vers l'émaciation sévère et l'œdème bilatéral prenant le godet. ² Le dépistage des enfants peut se faire au moyen du périmètre brachial à mi-hauteur, du poids par rapport à la taille ou de l'œdème bilatéral prenant le godet. ³ À noter que le dépistage à domicile au moyen de rubans fournis aux ménages pour mesurer le périmètre brachial à mi-hauteur est envisagé, étant donné que les activités communautaires de dépistage (rassemblement de personnes ou porte à porte) ne respectent pas les règles de distanciation physique.	En phase
19	Hospitalisations pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet (nombre) ⁴ (4,5)	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois hospitalisés ⁵ pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet Notification du nombre relatif aux nourrissons âgés de 0 à 5 mois là où ce dépistage est pratiqué	Suivi de l'hospitalisation des enfants en cas d'émaciation sévère et d'œdème bilatéral prenant le godet ; indicateur indirect de l'accès et du recours aux soins pour les enfants	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois hospitalisés pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet	HMIS : registres de prestations de services	Deux fois par mois (ou chaque semaine)	Patients hospitalisés, communauté	Si les nourrissons âgés de 0 à 5 mois sont traités pour l'émaciation sévère et l'œdème bilatéral prenant le godet, ils doivent être inclus dans les nombres notifiés. ⁴ Il s'agit du même indicateur que l'indicateur standard concernant les hospitalisations pour malnutrition aiguë sévère, l'émaciation sévère étant identifiée par le périmètre brachial à mi-hauteur, l'œdème bilatéral prenant le godet ou le poids par rapport à la taille. La terminologie relative à la malnutrition aiguë sévère évolue vers l'émaciation sévère et l'œdème bilatéral prenant le godet. ⁵ Comprend les nouvelles admissions, les réadmissions (facultatif), les bénéficiaires transférés d'un autre programme et la catégorie « autre » permettant de comptabiliser les petits nombres qui ne correspondent à aucune catégorie donnée.	En phase

								Correspondance avec Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 (2)
Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/ dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques	
20 Sorties d'hôpital d'enfants rétablis d'une émaciation sévère et d'un œdème bilatéral prenant le godet (%) ⁶ (4,5)	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois sortis rétablis de programmes de traitement de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet Notification du nombre relatif aux nourrissons âgés de 0 à 5 mois là où ce dépistage est pratiqué	Suivi du rétablissement des enfants hospitalisés pour émaciation sévère et œdème bilatéral prenant le godet	N : Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois sortis rétablis de programmes de prise en charge de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet D : Nombre total d'enfants âgés de 6 à 59 mois sortis de programmes de prise en charge de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet	HMIS : registres de prestations de services	Deux fois par mois	Patients hospitalisés, communauté	Si les nourrissons âgés de 0 à 5 mois sont traités pour l'émaciation sévère et l'œdème bilatéral prenant le godet, ils doivent être inclus dans les nombres notifiés. ⁴ Il s'agit du même indicateur que l'indicateur standard concernant les sorties d'hôpital après malnutrition aiguë sévère, l'émaciation sévère étant identifiée par le périmètre brachial à mi-hauteur, l'œdème bilatéral prenant le godet ou le poids par rapport à la taille. La terminologie relative à la malnutrition aiguë sévère évolue vers l'émaciation sévère et l'œdème bilatéral prenant le godet.	En phase
21 Mise en route précoce de l'allaitement au sein des nouveau- nés (nombre/%) (3)	Nombre et pourcentage de nouveau-nés qui ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance	Suivi de la mise en route précoce de l'allaitement au sein des nouveau-nés ; indicateur indirect de la qualité des services d'appui à l'allaitement au sein	N : Nombre de nouveau- nés qui ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance durant la période de référence D : Nombre total de nouveau-nés durant la période de référence	HMIS : registres de prestations de services ou évaluation rapide des établissements	Mensuelle	Établissement, communauté		En phase
22 Couverture de la supplémentation en vitamine A à dose élevée (nombre/%) (6)	Nombre et pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A adaptée à leur âge au cours de chaque semestre	Suivi de la supplémentation en vitamine A chez l'enfant	N : Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A adaptée à leur âge au cours de chaque trimestre ⁸ dans le cadre des prises de contact ⁷ du système de santé ordinaire D : Dénominateur convenu au niveau national pour les enfants âgés de 6 à 59 mois concernant la supplémentation en vitamine A dans le cadre des services du système de santé ordinaire ⁹	HMIS : registres de prestations de services	Mensuelle (au moins, pour chaque semestre)	Établissement, communauté ; enfants atteints dans le cadre d'événements et enfants atteints dans le cadre des services de routine ; Semestre 1 (janvier à juin), semestre 2 (juillet à décembre)	⁷ Créer un indicateur double pour la distribution par l'intermédiaire d'événements, le nombre d'enfants atteints dans le cadre d'événements et dans le cadre de prises de contact de routine ne devant pas être comptabilisés ensemble, pour éviter de comptabiliser deux fois les mêmes enfants atteints par différents mécanismes au cours d'un même semestre. Le Guide de l'Alliance mondiale pour la vitamine A (GAVA) (6) cite des indicateurs distincts pour les prises de contact de routine et dans le cadre d'événements. Par souci de concision, un seul est repris ici. ⁸ Le semestre 1 (janvier à juin) et le semestre 2 (juillet à décembre) doivent être des indicateurs distincts notifiés indépendamment l'un de l'autre. ⁹ Pour l'indicateur double relatif aux événements, utiliser le dénominateur convenu au niveau national pour les événements, qui est souvent différent du dénominateur relatif aux prises de contact de routine.	En phase

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques		
Indicateurs transversaux									
23	Exhaustivité de la notification par le HMIS ou le CHIS (%)	Pourcentage de rapports complets reçus au travers d'un HMIS ou d'un CHIS	Suivi de la disponibilité des rapports de HMIS ou de CHIS ; indicateur indirect de la disponibilité et de la qualité des données	N : Nombre de rapports HMIS ou CHIS complets reçus, toutes sources confondues D : Nombre de rapports HMIS ou CHIS attendus, toutes sources confondues	HMIS ou CHIS	Mensuelle	Lieu de notification (établissement de santé ou ASC)	Le type de rapports doit être le même pour le numérateur et le dénominateur (par ex. rapports mensuels principaux, tous rapports, rapports des ASC).	
24	Ruptures de stock de produits SRMNEA+N (nombre/%)	Nombre ou pourcentage d'établissements de santé et/ou d'ASC connaissant des ruptures de stock de médicaments ou fournitures SRMNEA+N essentiels	Suivi de la disponibilité des fournitures et médicaments essentiels ; indicateur indirect des perturbations de la chaîne d'approvisionnement	N : Nombre d'établissements de santé et/ou d'ASC notifiant des ruptures de stock de produits, médicaments, tests de diagnostic et équipements SRMNEA+N D : nombre d'établissements de santé et/ou d'ASC communiquant des informations sur les produits traceurs	LMIS/sondage SMS	Hebdomadaire	Point de service (établissement de santé/ACS) ; produits de base	Doivent être inclus les médicaments ou fournitures essentiels pour lesquels il y a moins de 2 mois de stock sans confirmation de réapprovisionnement dans les délais ou avec ou sans confirmation de réapprovisionnement : planification familiale : préservatifs masculins, contraceptifs oraux, contraceptifs injectables, contraception d'urgence ; soins prénatals : vaccination à l'anatoxine tétanique ; accouchement : utérotonique (oxytocine, misoprostol), antibiotiques ; soins néonataux : antibiotiques injectables contre le sepsis néonatal ; maladies infantiles : CTA, tests de dépistage du paludisme, amoxicilline ; SRO, zinc ; VIH : dépistage du VIH et de la syphilis ; nutrition : suppléments en fer et acide folique, vitamine A, lait thérapeutique F-75, lait thérapeutique F-100, aliments thérapeutiques prêts à l'emploi Les pays doivent surveiller quelques produits de base de la liste proposée ci-dessus, en fonction de ce qui est déjà collecté et notifié dans le pays.	En phase
Indicateurs de résultats et d'impact									
25	Complications post-avortement (nombre)	Nombre de femmes se présentant dans un établissement de santé pour des indications gynécologiques liées à [des complications dues à] un avortement	Suivi des besoins en soins post-avortement et de l'accès à ceux-ci ; indicateur indirect de la prévention des complications	Nombre de femmes se présentant dans un établissement de santé avec des complications liées à un avortement	HMIS/registres des établissements	Mensuelle	Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et plus) ; patients hospitalisés ou ambulatoires		En phase

Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques		
26	Mortinaissances (%)	Mortinaissances en tant que pourcentage des naissances en établissement de santé (mortinaissances/mortinaissances plus naissances vivantes)	Suivi de la proportion des mortinaissances parmi les naissances ; indicateur indirect de la qualité des soins lors de l'accouchement ou prénatals	N : Nombre de mortinaissances dans l'établissement de santé D : Nombre total de naissances dans l'établissement de santé	HMIS/registres des établissements	Mensuelle	Fraîches ou macérées		
27	Faible poids de naissance (<2 500 g) parmi les nouveau-nés (nombre/%) (7)	Nombre et pourcentage de naissances vivantes pesant moins de 2 500 g	Suivi de la prévalence du faible poids de naissance ; indicateur indirect en matière de nutrition maternelle et de naissance prématurée	N : Nombre d'enfants nés vivants pesant moins de 2 500 g à la naissance D : Nombre de naissances vivantes pour lesquelles un poids de naissance a été enregistré ¹⁰	HMIS/registres des établissements	Mensuelle	Établissement, communauté	¹⁰ Dans les zones où le poids de nombreux nouveau-nés vivants n'est pas enregistré, cet indicateur doit être associé à une estimation du pourcentage de nouveau-nés vivants dont le poids de naissance est enregistré.	En phase
28	Décès maternels (nombre)	Nombre de décès de femmes survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni involontaire ni fortuite (8)	Suivi des décès de femmes enceintes et de nouvelles mères ; indicateur indirect des effets indirects d'une pandémie/situation d'urgence sanitaire en raison de la disponibilité réduite de services de santé maternelle exhaustifs et de qualité et de l'accès réduit à ces services	Nombre de femmes décédées dans un établissement de santé ou dans la communauté au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours suivant la fin de la grossesse	HMIS/registres des établissements CHIS	Mensuelle	Lieu de notification (établissement de santé ou ASC) ; type d'établissement ; âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-34 ans, 35 ans et plus)		
29	Cas suspects de rougeole identifiés (nombre) et cas confirmés (nombre)	Nombre d'enfants classés atteints de rougeole dans un établissement de santé ou dans la communauté	Suivi de la surveillance de la rougeole et de l'incidence de la rougeole ; indicateur des perturbations potentielles de la surveillance et de la survenue des maladies	Nombre de cas suspects de rougeole identifiés et nombre de cas confirmés	HMIS/sondage SMS	Hebdomadaire	Point d'identification (établissement de santé ou ACS)	Les cas identifiés dans la communauté et orientés vers un établissement de santé ne doivent être comptabilisés qu'une seule fois. Cet indicateur peut être déclaré séparément en tant que nombre de cas identifiés et nombre de cas confirmés.	
Indicateurs supplémentaires									
30	Violence à l'égard des femmes et des enfants notifiée à un établissement de santé (nombre)	Nombre de cas de violences exercées contre des femmes et des enfants notifiés dans un établissement de santé	Suivi des taux de violence à l'égard des femmes et des enfants	Nombre de cas de violences exercées contre des femmes et des enfants notifiés dans un établissement de santé	HMIS/registres des établissements	Mensuelle	Âge (moins de 15 ans ; 15 ans et plus) ; sexe (moins de 15 ans) ; type de violence signalée (sexuelle, physique) ; type d'auteur signalé		En phase

							Correspondance avec Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 (2)
Intitulé de l'indicateur	Définition	Finalité	Calcul (numérateur [N]/ dénominateur [D])	Source(s) des données ^a	Fréquence recommandée ^b	Ventilation suggérée ^c	Remarques
31	Consultations maternelles et infantiles assurées par des ASC (nombre)	Nombre de consultations de femmes et d'enfants assurées par des ASC	Suivi de la fourniture de services et de consultations dans la communauté assurés par les ASC ; indicateur indirect des modèles de services ajustés	Nombre de consultations de femmes et d'enfants assurées par des ASC	CHIS	Mensuelle	
32	Accouchements à domicile (nombre)	Nombre d'accouchements n'ayant pas lieu en établissement de santé	Suivi des glissements potentiels du lieu d'accouchement entre un établissement de santé et la communauté	Nombre d'accouchements ayant lieu à la maison, en transit ou dans un autre lieu autre qu'un établissement de santé	HMIS/CHIS : registres de prestations de services ou évaluation rapide des établissements	Mensuelle	Âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20 ans et plus)
33	Couverture des soins kangourou pour les nouveau- nés de faible poids de naissance (%)	Pourcentage de nouveau-nés pour lesquels des soins kangourou ont été mis en route dans un établissement de santé (ou admis dans un service de soins kangourou si un tel service séparé existe)	Suivi de la mise en route de soins de qualité en établissement de santé pour les nouveau-nés de faible poids de naissance ; indicateur indirect de la qualité des soins aux nouveau- nés	N : Nombre de nouveau- nés pour lesquels des soins kangourou ont été mis en route dans un établissement de santé (ou admis dans un service de soins kangourou si un tel service séparé existe) D : Nombre de naissances vivantes dans un établissement de santé	HMIS/registres de prestations de services ou évaluation rapide des établissements	Mensuelle	Poids de naissance (< 2 000 g ; ≥ 2 000 g) En phase

CTA : combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ; CHIS : système communautaire d'information sanitaire ; DTC3 : diphtérie, tétanos, coqueluche ; HMIS : système d'information pour la gestion sanitaire ; LMIS : système d'information pour la gestion de la logistique ; MCV1 : première dose de vaccin à valence rougeole ; SRO : sels de réhydratation orale ; SRMNEA+N : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, vaccination et nutrition comprises

a. Source des données : HMIS – registres de prestations de services s'entend de l'ensemble des registres de prestations de services, quel que soit le point de service. Il peut s'agir de registres d'établissements de santé, de registres communautaires, de livres-journaux, ou encore de registres de soins prénatals ou de vaccination qui désignent un centre ou un service particuliers.

b. Tous les indicateurs doivent utiliser la même période de référence pour le numérateur et le dénominateur.

c. Toutes les ventilations sont des suggestions à prendre en considération en fonction de la faisabilité dans le cadre du système de notification du pays.

Références

1. Analyse et utilisation des données des établissements de santé. Principes généraux. Document de travail, novembre 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/FacilityAnalysis_GeneralPrinciples_FR.pdf?ua=1, consulté le 24 octobre 2020).
2. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>, consulté le 22 octobre 2020).
3. Orientations à paraître sur le module du DHIS2 consacré à la nutrition
4. Navarro-Colorado C, Andert C, Mates E, Vazquez L, Martin J Shoham J et al. Standardised indicators and categories for better CMAM reporting. Londres : Save the Children ; 2015 (<https://www.cmamreport.com/sites/all/themes/stc/cmam-assets/STANDARDISED%20CATEGORIES%20AND%20INDICATORS%20FOR%20BETTER%20CMAM%20REPORTING%20%20FINAL%20Apr%202015.pdf>, consulté le 26 octobre 2020).
5. Le manuel Sphère. La Charte humanitaire et les Standards minimum de l'intervention humanitaire. Genève : The Sphere Association ; 2018 (<https://spherestandards.org/fr/manuel/editions/>, consulté le 26 octobre 2020).
6. The Global Alliance for Vitamin A. Monitoring of vitamin A supplementation: a guide for national programme managers. Ottawa : Micronutrient Initiative ; 2017 (http://www.gava.org/content/user_files/2017/08/GAVA-national-vas-monitoring-guide-2.pdf, consulté le 26 septembre 2020).
7. Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 26 octobre 2020).
8. Surveillance des décès maternels et riposte. Directives techniques. Prévention des décès maternels – Informations au service de l'action. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194270/9789242506082_fre.pdf?sequence=1, consulté le 26 octobre 2020).



**Organisation
mondiale de la Santé**

Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse

L'OMS dans les situations d'urgence :
www.who.int/emergencies/en