



ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district

DOCUMENT DE TRAVAIL, NOVEMBRE 2019

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district

DOCUMENT DE TRAVAIL, NOVEMBRE 2019



**Organisation
mondiale de la Santé**

© Organisation mondiale de la Santé 2019

Tous les droits sont réservés. Le présent document est un document de travail. Il ne doit pas être cité, reproduit, traduit ou adapté, en partie ou en totalité, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit.

MODULE 2. Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Le présent module fournit des orientations sur l'analyse et l'utilisation des données de routine collectées au niveau des établissements qui sont pertinentes pour tous les planificateurs et gestionnaires nationaux et sous-nationaux (de district). Le module présente les indicateurs de base des établissements pour une analyse globale du système de prestation de services aux niveaux national et / ou sous-national, et traite des problèmes de qualité des données ainsi que des considérations et des limites relatives à l'utilisation des données.

Le module comprend cinq sections :

- Introduction
- Mortalité
- Morbidité
- Prestation de services de santé de base : accès, couverture et qualité
- Intrants des services de santé

À la fin de ce module, les participants seront en mesure de :

- Réaliser un examen critique des indicateurs clés, des analyses et des visualisations de données pertinents pour les planificateurs et les gestionnaires nationaux et de district ;
- Concevoir des tableaux de bord montrant des analyses clés appropriées pour les publics nationaux et / ou sous-nationaux ;

PUBLIC

Ce module est pertinent pour tous les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district, y compris pour :

- Les décideurs et les gestionnaires du système de santé aux niveaux national et de district;
- Les membres du personnel en charge du suivi et de l'évaluation et les analystes aux niveaux national et de district;
- Le personnel en charge du système d'information de gestion de la santé;
- Les membres du personnel traitant les analyses des statistiques relatives à la mortalité et aux causes de décès; et
- Les consultants et membres du personnel travaillant dans des instituts de recherche en charge de l'analyse des données des établissements et / ou des efforts visant à améliorer la qualité des données des établissements.

PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

Ties Boerma | Doris Ma Fat | Kathryn O'Neill | Robert Pond | Chelsea Taylor | Wendy Venter | Kavitha Viswanathan |

Table des matières

MODULE 2. Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district	iii
Remerciements	vii
INTRODUCTION	3
1. Contexte.....	2
2. Indicateurs de base des établissements de santé	3
3. Catégories d'indicateurs de base des établissements pour les planificateurs et gestionnaires	9
4. Analyses clés et tableaux de bord	10
5. Considérations d'interprétation des données des établissements.....	14
6. Évaluation de la qualité des données.....	16
7. Tableaux récapitulatifs.....	19
MORTALITE	21
1. Introduction	22
2. A propos des données	23
3. Évaluation de la qualité des données.....	24
4. Indicateurs de base pour la mortalité en établissement	26
5. Tableaux de bord de mortalité	27
6. Analyse de base	29
MORBIDITE	35
1. Introduction	36
2. A propos des données	36
3. Evaluation de la qualité des données.....	37
4. Indicateurs de base pour la morbidité	39
5. Tableaux de bord sur la morbidité	40
6. Analyse de base	41
ACCÈS, COUVERTURE ET QUALITÉ DES SERVICES DE SANTE DE BASE	43
1. Introduction	44
2. A propos des données	45
3. Évaluation de la qualité des données.....	46
4. Indicateurs de base des établissements pour l'accès, la couverture et la qualité	47
5. Tableaux de bord pour l'accès, la couverture et la qualité	51
6. Analyse de base	57
7. Indicateurs de couverture de service CSU (SDG 3.8)	73
INTRANTS DES SERVICES DE SANTÉ	75
1. Introduction	76

2. A propos des données	76
3. Indicateurs de base des établissements	77
4. Analyse de base	78
Annexe 1. Métriques supplémentaires sur la qualité des données.....	89
Annexe 2. Autres considérations/problèmes d'interprétation.....	97

Remerciements

Le présent document d'orientation a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec le soutien des subventions de Bloomberg Philanthropies Data for Health Initiative, de Gavi, l'Alliance du vaccin, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'Agence norvégienne pour la coopération au développement.

INTRODUCTION

1. Contexte

Des données précises et fournies en temps opportun sont nécessaires pour permettre aux pays d'évaluer l'état de santé d'une population, d'établir des priorités et de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs, y compris les objectifs de développement durable (ODD) et la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Ces données sont obtenues à partir d'un certain nombre de sources de données différentes, telles que les systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS), les enquêtes auprès de la population, les évaluations des établissements de santé et les systèmes de rapports de routine des établissements de santé.

Les systèmes de rapports de routine des établissements sont également appelés systèmes d'information de santé de routine (SISR). Le SISR comprend à la fois des systèmes d'établissement de rapports généraux et spécifiques à un programme qui collectent des données sur les activités de services de santé de routine et les problèmes de santé. Ces données font l'objet de rapports réguliers (par exemple mensuellement ou trimestriellement) établis par les établissements de santé au niveau sous-national (par exemple de district), puis au niveau national du système de santé.

Le SISR est une source primaire de données pour évaluer la performance du secteur de la santé. Le ministère de la Santé compile régulièrement les données pour rendre compte des réalisations et des tendances par le biais des principaux indicateurs de performance des services de santé. En outre, les données du SISR fournissent un éclairage sur les modèles de morbidité et de mortalité qui façonnent les politiques, la planification et l'allocation des ressources.

2. Indicateurs de base des établissements de santé

Indicateurs de base	Définition	Ventilation *
MORTALITE		
Niveaux de mortalité		
1. Taux de mortalité en établissement	Décès en établissement (toutes causes confondues) pour 1000 admissions N : nombre de décès de patients hospitalisés x 1000 D : nombre d'admissions (ou de décharges + décès) (Décès en établissement = décès dans des établissements de santé = décès de patients hospitalisés)	Age (<5, ≥ 5) Sexe Cause de décès
2. Taux de mortalité néonatal en établissement	Décès néonataux (28 premiers jours de vie) pour 1000 naissances vivantes dans des établissements de santé N : nombre de décès néonataux dans les établissements de santé x 1000 D : nombre de naissances vivantes dans les établissements de santé (Comprend tout décès néonatal dans un établissement survenu dans les 28 premiers jours: pré-décharge après la naissance ou lors de la réadmission pour une maladie)	Cause de décès
3. Taux de mortinaissance dans les établissements de santé	Mortinaissances en pourcentage de toutes les naissances dans les établissements de santé N : nombre de mortinaissances dans les établissements de santé X 100 D : nombre de naissances vivantes + mort-nés dans les établissements de santé (Mortinaissance: bébé né sans signe de vie et pesant au moins 1000 g ou né après 28 semaines de gestation)	Frais, macéré
4. Décès maternels dans les établissements de santé	Nombre de décès maternels dans les établissements de santé	Age (10-14, 15-19, 20+) Cause de décès
Principales causes de décès		
5. Répartition en pourcentage des causes de décès dans les établissements de santé (mortalité proportionnelle)	Répartition des principales causes de décès dans les établissements de santé en pourcentage de tous les décès de patients hospitalisés N : nombre de décès de patients hospitalisés par cause X 100 D : nombre total de décès de patients hospitalisés	Age (<5, ≥ 5) Sexe
Mortalité due à des causes spécifiques		
6. Taux de létalité pour les principales causes	Décès de patients hospitalisés par cause spécifique pour 100 admissions pour cause majeure N : nombre de décès de patients hospitalisés par cause x 100 D : Nombre d'admissions par cause (Admissions = décharges + décès)	Age (<5, ≥ 5) Sexe
7. Incidence démographique des décès de patients hospitalisés (par exemple le paludisme)	Nombre de décès dus au paludisme chez des patients hospitalisés pour 100 000 habitants exposés au risque de paludisme N : Nombre de décès dus au paludisme chez les patients hospitalisés x 100 000 D : Population totale estimée des zones à risque de paludisme	Age (<5 vs ≥ 5)
8. Taux de mortalité périopératoire	Taux de mortalité toutes causes avant la décharge chez les patients qui ont subi une ou plusieurs procédures en salle d'opération au cours de l'admission concernée N : Nombre de décès avant la décharge chez les patients hospitalisés ayant subi une procédure chirurgicale x 1000 D : Nombre de patients hospitalisés ayant subi une procédure chirurgicale	Procédure; urgence, programmée Age

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
MORBIDITÉ		
Principales causes de morbidité		
1. Principaux diagnostics de décharge des patients hospitalisés (taux pour 1000 habitants et répartition en pourcentage)	<p>a. Diagnostics de décharge des patients hospitalisés (principales catégories de diagnostics) dans les établissements de santé pour 1000 habitants N : nombre de décharges et de décès par diagnostic X 1000 D : population totale</p> <p>b. Diagnostics de décharge des patients hospitalisés (principales catégories de diagnostics) dans les établissements de santé exprimés par une répartition en pourcentage du total des décharges N : nombre de décharges et de décès par diagnostic x 100 D : nombre total de décharges et de décès</p>	Age (<5, ≥ 5) Sexe
2. Principaux diagnostics de première / nouvelles consultations ambulatoires (taux pour 1000 habitants et répartition en pourcentage)	<p>a. Diagnostics de premières / nouvelles consultations ambulatoires (OPD) exprimés en taux pour 1000 habitants N : nombre de nouvelles / premières consultations OPD par diagnostic X 1000 D : population totale</p> <p>b. Diagnostics de premières / nouvelles consultations ambulatoires * (OPD) exprimés par une répartition en pourcentage du total des nouvelles / premières consultations N : nombre de nouvelles / premières consultations à l'OPD par diagnostic X 100 D : nombre total de nouvelles / premières consultations à l'OPD (*Seules les consultations curatives sont incluses (c'est-à-dire à l'exclusion des consultations de soins préventives, par exemple les soins anténatals, la vaccination)</p>	Age (<5, ≥ 5) Sexe
Morbidité due à des causes spécifiques		
3. Taux d'incidence des services des patients hospitalisés et contribution proportionnelle due à des conditions spécifiques	<p>Cet indicateur a la même définition que l'indicateur 1, mais présente un nombre limité de conditions spécifiques définies par le pays, par exemple paludisme (diagnostic confirmé / présumé), maladies évitables par la vaccination (nouveaux cas), (RSI) – maladies à déclaration obligatoire, maladies tropicales négligées, nouveaux cas de cancer, nouveaux cas d'infarctus du myocarde, nouveaux cas d'accident vasculaire cérébral, effets indésirables survenus après la vaccination (nombre)</p> <p>Référez-vous aux modules pertinents pour de plus amples détails.</p>	Age (<5, ≥ 5) Sexe
4. Taux d'incidence des services ambulatoires et contribution proportionnelle due à des conditions spécifiques	<p>Cet indicateur a les mêmes définitions que l'indicateur 2, mais présente un nombre limité de conditions spécifiques définies par le pays, par exemple paludisme (diagnostic confirmé / présumé), maladies évitables par la vaccination (nouveaux cas), maladies à déclaration obligatoire (de type RSI), maladies tropicales négligées, nouveaux cas de cancer ; nouveaux cas d'hypertension, nouveaux cas de diabète, effets indésirables survenus après la vaccination (nombre), etc.</p> <p>Référez-vous aux modules pertinents pour de plus amples détails.</p>	Age (<5, ≥ 5) Sexe

*L'implantation géographique n'est pas présentée comme un type de ventilation dans ce tableau. Toutes les données devraient être analysées par implantation géographique.

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
ACCES		
1. Disponibilité de services spécifiques	<p>1) Nombre d'établissements de santé offrant des services spécifiques pour 10 000 habitants N : nombre d'établissements offrant le service X 10 000 D1: population totale OU 2) Pourcentage d'établissements offrant le service N : nombre d'établissements offrant le service X 100 D2: nombre total d'établissements</p> <p>(Les services spécifiques peuvent inclure: des services curatifs ambulatoires généraux; des services spécifiques: VIH, TB, MNT, santé mentale, services généraux de santé maternelle et infantile, vaccination, soins obstétricaux et néonataux d'urgence basiques (BEmONC), soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEmONC); soins chirurgicaux basiques et complets, etc.)</p>	Type d'établissements Propriété des établissements
2. Utilisation des services ambulatoires	<p>Nombre de consultations en ambulatoire (OPD) par personne et par an N : nombre de nouvelles consultations et de consultations subséquentes à l'OPD en un an D : population</p>	Age (<5, >5) Sexe
3. Taux d'admission à l'hôpital (utilisation des services des patients hospitalisés)	<p>Nombre d'admissions à l'hôpital pour 100 habitants par an N : nombre de nouvelles admissions et de réadmissions au cours d'une année X 100 D : population</p>	Age (<5, >5) Sexe
4. Taux de césarienne	<p>Pourcentage d'accouchements par césarienne a) Taux de césariennes dans la population: N : nombre de césariennes X 100 D1: nombre estimé de naissances vivantes dans la population b) Taux de césarienne dans l'établissement: N : nombre de césariennes X 100 D2: nombre d'accouchements dans des établissements de santé</p>	Age (10-14;15-19; 20+)
5. Volume chirurgical	<p>Nombre de procédures chirurgicales pratiquées en salle d'opération pour 100 000 habitants par an N : nombre de procédures chirurgicales au cours d'une année X 100 000 D : population (Une procédure chirurgicale est définie comme une incision, une excision ou une manipulation de tissu nécessitant une anesthésie locale ou générale ou une sédation profonde pour maîtriser la douleur.)</p>	Type de procédure; urgence, programmée
COUVERTURE		
1. Utilisatrices nouvelles de la contraception (Approximation pour la CSU)	<p>Personnes qui acceptent pour la première fois de leur vie une méthode de contraception N : nombre de personnes qui acceptent pour la première fois de leur vie une méthode de planification familiale moderne</p>	Age (10-14, 15-19, 20+) Sexe
2. Première consultation de patientes des services anténatals avant 12 semaines	<p>Pourcentage de patientes des services anténatals avec 1ère consultation avant 12 semaines de gestation N : nombre de premières consultations de patientes des services anténatals avant 12 semaines D : nombre de premières consultations de patientes des services anténatals</p>	Age (10-14, 15-19, 20+)
3. Accouchements dans des établissements de santé (Lié à la CSU)	<p>Pourcentage d'accouchements effectués dans un établissement de santé N : nombre d'accouchements dans un établissement de santé X 100 D : nombre de naissances vivantes dans la population</p>	Age (10-14, 15-19, 20+)

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
4. Couverture DPT3 (CSU) Egalement couverture d'autres vaccins	Pourcentage de la population cible ayant reçu la troisième dose de vaccin contenant le DPT3 N : nombre de nourrissons de moins d'un an recevant la troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche X 100 D : nombre estimé de nourrissons de moins d'un an (nourrissons survivants)	Par vaccin / dose de vaccin Age (<1 an, ≥ 1 an pour la vaccination des nourrissons; ≤ 2 ans, ≥ 2 ans pour la vaccination des tout-petits) Etat (femmes enceintes, autres) pour TT (vaccin contre le tétanos)
5. Couverture du traitement antirétroviral (TAR) (CSU)	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement un traitement antirétroviral (à la fin de la période de notification spécifiée) par rapport au nombre estimé de PVVIH N : nombre d'adultes et d'enfants qui suivent actuellement un traitement antirétroviral à la fin de la période de référence X 100 D : nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH	Age (<15; 15+) Sexe (m, f, TG) Populations clés
6. Taux de notification de la TB (Lié à la CSU)	Cas de tuberculose notifiés au cours d'une période donnée, généralement un an, pour 100 000 habitants N : nombre de cas de tuberculose notifiés au cours d'une période donnée x 100 000 D : population estimée au cours de la même période	Par type de cas: pulmonaire: bactériologiquement confirmée ou pulmonaire: cliniquement diagnostiquée; Par antécédents de traitement: nouveaux cas et rechutes (cas incidents) ou déjà traités, à l'exclusion des rechutes
7. Ratio des tests de diagnostic du paludisme	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant reçu un test de diagnostic pour le paludisme N : nombre de tests du paludisme réalisés x 100 D : nombre de cas suspects de paludisme (Tests du paludisme = nombre de TDR + nombre de microscopies Cas suspects de paludisme = nombre de tests du paludisme réalisés + nombre de cas suspects de paludisme rapportés)	Microscopie, TDR Age (<5, 5-14, 15+)
8. Début du traitement de l'hypertension (Lié à la CSU)	INDICATEUR PRÉSENTÉ COMME ÉBAUCHE POUR DISCUSSION : Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre l'hypertension	Age Sexe
9. Début du traitement du diabète (Lié à la CSU)	INDICATEUR PRÉSENTÉ COMME ÉBAUCHE POUR DISCUSSION : Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre le diabète	Age Sexe
10. Dépistage du cancer du col de l'utérus (Lié à la CSU)	INDICATEUR SISR EN DÉVELOPPEMENT Nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de référence	Age

CSU: Couverture Sanitaire Universelle

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
QUALITE, SECURITE ET EFFICACITE		
1. Dépistage anténatal de la syphilis chez des patientes	<p>Pourcentage de patientes bénéficiant de soins anténatals ayant subi un dépistage de la syphilis</p> <p>N : nombre de patientes bénéficiant de soins anténatals ayant subi un dépistage de la syphilis X 100</p> <p>D : nombre de premières consultations de patientes bénéficiant de soins anténatals</p>	Age (10-14, 15-19, 20+)
2. Taux d'abandon de la vaccination	<p>Pourcentage de nourrissons ayant reçu le DTC1 mais n'ayant pas reçu le vaccin DTC3</p> <p>N : (doses de DPT1 - doses de DPT3) x 100</p> <p>D : doses de DPT1</p> <p>Pourcentage de nourrissons ayant reçu le BCG mais n'ayant pas reçu la première dose de vaccin antirougeoleux</p> <p>N : (doses de BCG - doses de MCV1) x 100</p> <p>D : doses de BCG</p> <p>Pourcentage de nourrissons ayant reçu le VCM1 mais n'en ayant pas reçu le MCV2</p> <p>N : (doses MCV1 - doses MCV2) x 100</p> <p>D : doses de MCV1</p>	
3. Cascade du VIH	<p>Nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH contre</p> <p>Nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH ayant débuté un traitement contre</p> <p>Nombre de personnes poursuivant un traitement antirétroviral après une période déterminée parmi celles qui ont commencé un traitement antirétroviral</p>	<p>Age (<1, >1)</p> <p>Sexe (M, F, TG)</p> <p>Populations spéciales (populations clés)</p> <p>Durée spécifiée (actuelle / depuis le début du programme, 12, 24, 36, 48, 60 mois)</p>
4. Taux de réussite du traitement antituberculeux (Approximation pour la CSU)	<p>Pourcentage de cas de tuberculose traités avec succès (guéris et traitements terminés) parmi les cas de tuberculose notifiés aux autorités sanitaires nationales au cours d'une période donnée, généralement un an.</p> <p>N : nombre de cas de tuberculose notifiés au cours d'une période donnée et ayant été traités avec succès X 100</p> <p>D : nombre de cas de tuberculose notifiés au cours de la même période</p>	Reportez-vous au module TB pour les ventilations recommandées
5. Cas de paludisme confirmés traités avec ACT (Approximation pour la CSU)	<p>Pourcentage de cas confirmés de paludisme recevant un traitement antipaludique de première intention: thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT)</p> <p>N : nombre de cas confirmés de paludisme traités par TCA x 100</p> <p>D : nombre de cas de paludisme confirmés</p> <p>(Nombre de cas confirmés = nombre de cas positifs avec les TDR + nombre de cas positifs par microscopie)</p>	TDR, microscopie; Age (<5, 5-14, 15+); zone géographique / résidence / cible; établissement / communauté
6. Taux d'occupation des lits (BOR)	<p>Pourcentage de lits disponibles occupés pendant une période donnée</p> <p>N : nombre de jours avec lits occupés X 100</p> <p>D : nombre total de jours avec lits disponibles</p>	Type d'établissement
7. Durée moyenne de séjour (ALOS)	<p>Nombre moyen de jours que les patients ont passé à l'hôpital sur une période donnée</p> <p>N : nombre de jours avec lits occupés</p> <p>D : nombre d'admissions</p> <p>(Admissions = décharges + décès)</p>	Type d'établissement

<i>Indicateurs de base</i>	<i>Définition</i>	<i>Ventilations</i>
INTRANTS DES SERVICES DE SANTÉ		
Infrastructure		
Densité d'établissements de santé	Nombre total d'établissements de santé pour 10 000 habitants (nombre total d'hôpitaux pour 100 000 habitants)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Type d'établissement (hôpital, centre de santé, etc.) ■ Autorité de gestion (publique, privée, etc.) ■ Position géographique ■ Services spécifiques
Densité des lits d'hôpitaux (CSU)	Nombre total de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Type de lits ■ Autorité de gestion (publique, privée, etc.) ■ Position géographique
Densité des dispositifs médicaux et des technologies de bse (CSU)	Densité d'équipement médical / technologies essentielles par million d'habitants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Par type (IRM, tomodensitométrie, etc.)
Personnel de santé		
Densité et répartition du personnel de santé (CSU)	Nombre d'agents de santé pour 1000 habitants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cadre: principaux professionnels (médecins, infirmières, sages-femmes); cadres spécifiques: spécialistes (chirurgiens, psychiatres, etc.); autres cadres (dentistes, pharmaciens, techniciens de laboratoire) ■ Répartition: lieu de travail (urbain / rural; SSP / hôpital) ■ Position géographique
Médicaments et produits de base		
Disponibilité des médicaments et produits de base (CSU)	Pourcentage d'établissements de santé dépourvus de stocks d'un ensemble de médicaments et de produits de base de traçage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Type d'établissement (hôpital, centre de santé, etc.) ■ Autorité de gestion (publique, privée, etc.) ■ Type de médicament / produit spécifique (vaccins, planification familiale, tuberculose, VIH, MNT, antibiotiques, etc.)
Informations sur la santé		
L'exhaustivité des rapports	Pourcentage d'établissements ayant soumis des rapports	<ul style="list-style-type: none"> ■ Type d'établissement
Management		
Visites de supervision	Pourcentage d'établissements ayant reçu une visite de supervision au cours des 3 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> ■ Type d'établissement ■ Position géographique

3. Catégories d'indicateurs de base des établissements pour les planificateurs et gestionnaires

Ce module adopte une approche transversale eu égard aux données des établissements de santé, en présentant un ensemble limité d'indicateurs de base, d'analyses standard et de tableaux de bord offrant aux planificateurs et gestionnaires un aperçu rapide et facilement accessible de l'état général de la fourniture des services de santé. Les indicateurs représentent plusieurs programmes de santé clés ainsi que des composantes de prestation de services communes à de nombreux programmes. Les indicateurs sélectionnés sont destinés à servir de traceurs pouvant mettre en évidence les domaines nécessitant plus d'attention.

Indicateurs de base des établissements de santé

Cet ensemble d'indicateurs peut être adapté en fonction des besoins spécifiques du pays, un pays peut par exemple inclure des indicateurs liés au plan stratégique national du secteur de la santé.

Les indicateurs sont organisés en catégories qui se rapportent globalement à une chaîne de résultats ou à un modèle de théorie du changement :



Tableau 1. Catégories d'indicateurs de base des établissements

Mortalité :	<ul style="list-style-type: none"> les maladies et les conditions dans lesquelles les personnes décèdent après admission dans un établissement de santé
Morbidité :	<ul style="list-style-type: none"> les maladies et conditions pour lesquelles les personnes se rendent ou sont admises dans des établissements de santé
Fourniture de services de santé de base :	
Accès :	<ul style="list-style-type: none"> la disponibilité des services et la mesure dans laquelle les utilisateurs les utilisent
Couverture :	<ul style="list-style-type: none"> la mesure dans laquelle la population bénéficie d'interventions sanitaires de base
Qualité, sécurité, efficacité :	<ul style="list-style-type: none"> le degré de qualité selon lequel les services sont fournis
Intrants des services de santé :	<ul style="list-style-type: none"> les ressources utilisées pour fournir des services de santé de base

Dans les sections correspondantes de ce module, chaque indicateur est décrit en termes d'objet/but, de calcul, d'interprétation et de limites potentielles. Les analyses et visualisations clés recommandées pour montrer l'indicateur sont présentées côte à côte.

4. Analyses clés et tableaux de bord

Le module présente des méthodes standard d'analyse et de visualisation des données pour chaque indicateur clé ainsi que des tableaux de bord standard montrant des groupes d'indicateurs. Notez que, dans ce module, les analyses, visualisations et tableaux de bord recommandés visent spécifiquement les gestionnaires et planificateurs qui ont besoin d'une vue d'ensemble des performances des services de santé. Des tableaux de bord pour des programmes spécifiques relatifs aux maladies sont présentés dans d'autres modules.

Analyses et visualisations de base:

- **tableaux récapitulatifs** présentant plusieurs indicateurs comparés sur différentes périodes ou zones géographiques / établissements;
- **daigrammes linéaires** indiquant les tendances temporelles;
- **diagrammes en barres** comparant la charge ou la performance de la maladie (par ordre de classement) au sein des zones géographiques / établissements;
- **cartes** identifiant les différences entre des zones géographiques;
- analyses supplémentaires spécifiques indicateur, si pertinentes.

(Remarque : en général, les graphiques linéaires sont utilisés pour les tendances temporelles, les diagrammes en barres pour les comparaisons et les tableaux pour illustrer plusieurs indicateurs. Toutefois, d'autres visualisations peuvent également être utilisées.)

Dans ce module, la tendance nationale pour les quatre dernières années est présentée pour chaque indicateur, ainsi qu'une comparaison des districts pour l'année la plus récente.

Ces analyses de base peuvent aider les planificateurs et les gestionnaires à identifier :

- si l'apparition d'une maladie ou d'un problème de santé évolue avec le **temps** et si la performance des services de santé s'améliore avec le temps;
- les **endroits** où surviennent des maladies ou des problèmes de santé particuliers et où les programmes ou les interventions sont les plus ou les moins efficaces;
- les types de **personnes** touchées par des problèmes de santé ou bénéficiant des services (sexe, groupes d'âge).

A l'aide de ces informations, les gestionnaires peuvent décider où cibler le soutien et les ressources et où des leçons peuvent être tirées des domaines les plus performants afin de renforcer les performances dans d'autres domaines.

Tableaux de bord pour différents niveaux de système de santé

Une surveillance est nécessaire à tous les niveaux du système de santé et doit être adaptée aux besoins spécifiques en informations à chaque niveau. Des variantes des analyses de base et des tableaux de bord peuvent être générées pour différents niveaux du système de santé, en fonction des besoins en matière de prise de décision et de la fréquence à laquelle les informations sont requises à chaque niveau. Des tableaux de bord peuvent également être créés pour des publics spécifiques ou des domaines techniques, par exemple pour les soins primaires, les hôpitaux, les CHU. Dans ce module,

trois niveaux de système de santé sont utilisés à titre d'illustration: national, de district et d'établissement.

■ **Tableaux de bord nationaux**

Le suivi au niveau national compile les données sous-nationales pour suivre les tendances nationales globales, les progrès par rapport aux objectifs et comparer les zones sous-nationales. Les données du SISR peuvent être utilisées pour appuyer les études du secteur de la santé et façonner la planification et la gestion aux niveaux national et sous-national. Un sous-ensemble de données nationales peut faire l'objet de rapports, globalement, pour être comparé avec d'autres pays et dans le temps. Les tableaux de bord nationaux de ce module présentent principalement les tendances nationales annuelles et les comparaisons de district. Ces tableaux de bord sont principalement destinés à être utilisés lors d'examen périodiques ayant lieu tous les ans ou étalés sur quelques années, par exemple en lien avec le cycle de planification stratégique du secteur national de la santé. Les tableaux de bord nationaux peuvent également être adaptés à des besoins de surveillance plus fréquents, par exemple des examens semestriels. Dans ce cas, des données trimestrielles ou mensuelles pour l'année en cours peuvent être fournies. Certains indicateurs peuvent nécessiter un suivi plus fréquent, même au niveau national, par exemple la surveillance des maladies à potentiel épidémique.

■ **Tableaux de bord de district**

Le suivi au niveau sous-national (par exemple le district) compile, agrège et examine les données provenant de différents établissements du district afin de suivre les tendances globales du district, de comparer les performances entre les établissements, d'identifier les problèmes potentiels de performance des établissements sur le plan individuel et de façonner la planification et la gestion du district. Un sous-ensemble d'indicateurs de district est transmis au niveau national. Au cours du processus de planification annuelle du district, les gestionnaires de district peuvent utiliser les données du SISR pour justifier les ressources de leur district au niveau national, pour décider de la répartition des ressources (par exemple le personnel) dans le district et pour hiérarchiser les activités de l'année à venir. Les gestionnaires de district s'occupent également du fonctionnement actuel du système de prestation de services dans le district. Ils doivent surveiller la situation sanitaire et la performance des services plus fréquemment afin d'être en mesure de détecter en temps opportun les problèmes qui nécessitent une action.

Deux principaux types de tableaux de bord de district sont nécessaires:

- tableau de bord d'examen annuel: présente les tendances annuelles, trimestrielles ou mensuelles pour l'année la plus récente ainsi que des comparaisons entre établissements.
- tableau de bord d'examen trimestriel: présente les analyses trimestrielles des tendances en matière de mortalité et de morbidité, de l'utilisation des services, des performances du district par rapport aux objectifs trimestriels et / ou annuels et des comparaisons entre établissements pour certains indicateurs.

Les gestionnaires de district peuvent également avoir besoin de tableaux de bord illustrant les tendances mensuelles ou hebdomadaires pour certaines maladies ou affections importantes en termes de santé publique.

■ Tableaux de bord d'établissement

Le suivi au niveau de l'établissement consiste à agréger des rapports sur les activités de l'établissement et certaines données relatives aux patients ainsi que des ressources clés. Ces informations sont nécessaires pour évaluer les performances des établissements, façonner les processus d'amélioration de la qualité et prendre des décisions en matière de planification et de gestion des services. Un sous-ensemble d'indicateurs des établissements est transmis au niveau du district. Les gestionnaires d'établissements de santé peuvent procéder à des examens annuels des performances des établissements et être tenus de soumettre des plans annuels et exigences en termes de ressources. Cependant, les gestionnaires d'établissements s'occupent principalement d'un suivi plus fréquent du nombre et des types de morbidités constatées dans l'établissement ainsi que des activités et performances de l'établissement.

Deux principaux types de tableaux de bord sont nécessaires:

- tableau de bord d'examen annuel: présente les tendances annuelles ou mensuelles des établissements pour l'année la plus récente.
- tableau de bord d'examen mensuel: présente les analyses mensuelles des tendances de la morbidité (et des tendances de la mortalité dans les établissements pour patients hospitalisés), de l'utilisation des services et des performances des établissements par rapport aux objectifs.

Remarque: les établissements de santé (et parfois aussi les districts et autres zones sous-nationales) ne disposent souvent pas de données fiables sur un bassin de population. En conséquence, pour les indicateurs nécessitant des dénominateurs de population, par exemple les indicateurs de couverture, il est difficile de produire des informations significatives. Dans ce cas, il peut être plus utile de présenter les tendances du numérateur plutôt que de calculer les indicateurs.

Le tableau 2 récapitule les types d'analyses et de visualisations utilisés dans les tableaux de bord pour chacun des trois niveaux du système de santé.

Tableau 2. Analyses et visualisations pour trois niveaux de système de santé

Type d'analyse :	Résumé de l'indicateur	Tendances temporelles	Comparaisons géographiques	Ventilations proportionnelles
Type de visualisation :	Tableau	Graphique linéaire	Diagramme en barres ou carte	Diagramme en barres
Tableaux de bord nationaux				
Tableau de bord périodique d'examen et de planification:	Données annuelles, 5 dernières années Données annuelles, dernière année, tous les districts	Données annuelles, 5 dernières années Données trimestrielles ou mensuelles pour la dernière année si nécessaire	Données annuelles, dernière année	Données annuelles, dernière année
Tableau de bord de suivi pour l'année en cours:	Données trimestrielles	Données trimestrielles Comparer avec le même trimestre de l'année précédente Tendances hebdomadaires / mensuelles pour des indicateurs définis, par ex. surveillance	Données du dernier trimestre	Données du dernier trimestre pour la mortalité et la morbidité proportionnelles Voir note 1

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Type d'analyse :	Résumé de l'indicateur	Tendances temporelles	Comparaisons géographiques	Ventilations proportionnelles
Type de visualisation :	Tableau	Graphique linéaire	Diagramme en barres ou carte	Diagramme en barres
Tableaux de bord de district				
Tableau de bord annuel d'examen et de planification:	Données annuelles, 5 dernières années Données annuelles, dernière année, tous les établissements	Données annuelles, 5 dernières années Données trimestrielles ou mensuelles, dernière année	Données annuelles, dernière année	Données annuelles, dernière année
Tableau de bord de suivi pour l'année en cours:	Données trimestrielles	Données trimestrielles Comparer avec le même trimestre de l'année précédente Tendances hebdomadaires / mensuelles pour des indicateurs définis, par ex. surveillance	Données du dernier trimestre	Données du dernier trimestre pour la mortalité et la morbidité proportionnelles Voir note 1
Tableaux de bord d'établissement de santé				
Tableau de bord annuel d'examen et de planification:	Données annuelles, 5 dernières années	Annuels, 5 dernières années Mensuels, dernière année	Parmi les salles d'hôpitaux (indicateurs sélectionnés)	Données annuelles, dernière année Voir note 3
Tableau de bord de suivi pour l'année en cours:	Progrès trimestriels eu égard aux objectifs de l'établissement	Mensuels (ou trimestriels pour certains programmes) Hebdomadaires ou mensuels pour des indicateurs de surveillance définis	Parmi les salles d'hôpitaux (indicateurs sélectionnés)	Voir notes 1, 2 et 2

Remarques :

1. Les proportions de ventilation par âge et par genre peuvent ne nécessiter qu'une présentation annuelle, à moins que des raisons ne justifient un suivi plus fréquent. Si un suivi plus fréquent est nécessaire, des diagramme en barres empilées peuvent être un moyen plus utile de présenter les données, afin de faciliter la comparaison avec le trimestre ou le mois précédent.
2. Pour le suivi mensuel de la mortalité et de la morbidité proportionnelles, des diagrammes en barres empilées peuvent également être utilisés.
3. Lorsque des estimations fiables du bassin de population ne peuvent être utilisées comme dénominateur car indisponibles, les tendances du numérateur doivent être illustrées.

5. Considérations d'interprétation des données des établissements

Les données du SISR sont un élément clé du système d'information sanitaire d'un pays. Cependant, un certain nombre de problèmes doivent être pris en compte lors de l'analyse et de l'interprétation des données des établissements de santé.

Dans quelle mesure les données du SISR sur les services de santé dans un pays sont-elles représentatives?

Les données nationales sur le SISR ne représentent que les établissements déclarants dans le SISR. Dans certains pays, tous les établissements de santé sont tenus de faire des rapports dans le SISR national. Dans d'autres pays, seuls les établissements du ministère de la Santé font partie du système. Le secteur privé (y compris les prestataires privés à but lucratif, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations confessionnelles) fournit souvent une partie substantielle des services de santé d'un pays, mais peut être mal représenté dans le SISR. Alors que les établissements gérés par des ONG présentent généralement de bons taux en matière d'établissement de rapports, le secteur privé à but lucratif constitue souvent un défi.

Il n'est pas facile de résoudre ce problème, mais il est possible de se faire une idée de l'ampleur du problème lié aux faibles taux d'établissement de rapports du secteur privé. La proportion des établissements (par type) et des lits d'hôpitaux appartenant à des intérêts privés fournit une indication générale du rôle de ces prestataires, en particulier pour les services aux hospitalisés.

Une liste maîtresse nationale mise à jour des établissements devrait idéalement fournir une liste de tous les établissements de santé (par type et par propriété) dans le pays. Les données d'enquête peuvent également être utilisées pour avoir une idée de l'importance de la part du secteur privé dans la fourniture de services pour des interventions spécifiques. Les enquêtes DHS et socio-économiques peuvent fournir des données sur l'utilisation générale des établissements privés en tant que première source de soins de santé (par exemple «Où êtes-vous allé lors de votre dernière consultation dans un établissement de santé?»). Les enquêtes DHS et MICS fournissent des données plus détaillées sur le rôle du secteur privé en matière de méthodes de planification familiale, de soins anténatals / d'accouchement et postnatals et de services de traitement pédiatriques. Ainsi, la contribution relative du secteur privé à la fourniture de services spécifiques peut être estimée.

Les analyses du SISR doivent indiquer clairement quels prestataires sont inclus et fournir également une indication du nombre / de la proportion d'établissements (avec leur propriété) qui ne sont pas inclus.

Il est également essentiel de disposer d'informations sur l'exhaustivité des rapports des établissements du SISR pour l'interprétation des données, comme indiqué dans les sections sur la qualité des données de ce module. De plus, les données sur les établissements fournissent uniquement des informations sur les personnes qui les utilisent. Une partie importante de la population peut ne pas avoir accès aux établissements ou peut choisir d'utiliser d'autres options de soins, par exemple l'auto-médication, les guérisseurs traditionnels.

Dénominateurs

Les données démographiques servent de dénominateur pour le calcul des taux, des pourcentages et de la couverture. L'obtention du bon dénominateur (la population cible) pour les indicateurs d'établissement nécessitant un dénominateur de population est un défi permanent dans de nombreux contextes.

Les estimations démographiques nationales officielles sont généralement des projections basées sur le dernier recensement et le taux de croissance annuel officiel de la population. Cependant, ces projections peuvent être problématiques lorsque, par exemple, le dernier recensement a eu lieu il y a plus de 10 ans; la méthodologie de recensement ne répondait pas aux normes internationales ou ne fournissait pas d'estimations suffisantes sur la population sous-nationale, par exemple pour les districts; des augmentations ou des diminutions substantielles de la population totale se sont produites, par exemple avec des personnes migrant dans ou hors du pays; des changements relatifs à la répartition de la population dans le pays sont survenus, par exemple en cas d'urbanisation.

Pour les indicateurs de couverture, les dénominateurs basés sur les projections démographiques du recensement donnent souvent des taux de couverture nettement supérieurs à 100%, en particulier au niveau sous-national. Dans certains cas, ces taux peuvent être vrais (par exemple les personnes vivant dans une zone sous-nationale peuvent utiliser des services situés dans une zone voisine), mais une cause commune est la sous-estimation de la population cible en raison de projections de recensement incorrectes ou obsolètes. L'inverse (couverture beaucoup plus faible que dans la réalité) se produit probablement aussi souvent, mais est beaucoup plus difficile à détecter qu'une couverture supérieure à 100%. Les changements imprévus des estimations de la couverture d'une année à l'autre sont parfois le résultat d'ajustements apportés aux estimations de la population cible lorsque les résultats d'un nouveau recensement sont disponibles. Pour montrer l'influence de ces ajustements sur les dénominateurs, au lieu d'illustrer la couverture par année, il est utile de montrer les numérateurs et les dénominateurs par année.

Diverses méthodes ont été proposées pour améliorer les estimations de dénominateur et les calculs de couverture. Le module 1 (Principes généraux) de la boîte à outils traite également de l'évaluation globale de la qualité des données, de l'ajustement et de l'estimation du dénominateur.

Ventilation

La mesure dans laquelle la ventilation par âge et par sexe recommandée est disponible influe à la fois sur l'interprétation des données et sur la qualité des données. L'absence de ventilation peut masquer des différences importantes dans les types de maladies parmi les différents groupes d'âge et sexes. Cependant, une ventilation excessive peut entraîner une détérioration de la qualité des données en raison de la charge que représente la production de rapports.

Bien que le besoin de données désagrégées ne soit pas contesté, les objectifs spécifiques et la fréquence à laquelle des ventilations spécifiques sont requises méritent un examen attentif. Cet aspect revêt une importance particulière concernant la ventilation en plusieurs groupes d'âge / sexuels, car la charge que représente l'établissement de rapports peut être considérablement alourdie (et la qualité des données en conséquence diminuée), en particulier dans les systèmes sur support papier. Si des variations à court terme sont peu probables, le SISR pourrait ne pas être le moyen le plus approprié pour obtenir des données détaillées et désagrégées. D'autres méthodes de collecte de données devraient être envisagées, par exemple les sites sentinelles, les études périodiques ou les enquêtes auprès de la population. L'extrait suivant concernant les données relatives à la vaccination en fournit une illustration:

«... Parfois, les doses administrées sont davantage désagrégées, par exemple selon le sexe de l'enfant, la stratégie utilisée pour le vacciner (c'est-à-dire fixe ou mobile) ou selon si l'enfant vit ou non dans le bassin de population de l'établissement de santé. Ces ventilations supplémentaires ne sont pas recommandées car il existe peu de preuves que des données fiables désagrégées de cette manière peuvent être collectées ou utilisées de manière significative. De plus, la charge de travail pour enregistrer ces données et établir des rapports double chaque fois qu'un nouveau niveau de ventilation est introduit. Par conséquent, la décision de ventiler davantage les données sur la vaccination doit être soigneusement pesée par rapport aux avantages liés à l'utilisation des données recueillies. Ceux qui conçoivent des formulaires de rapports de routine devraient avoir pour objectif de limiter le nombre de cellules et de s'appuyer sur les résultats des enquêtes effectuées auprès des ménages pour répondre de manière plus fiable à de nombreuses questions.... »¹

6. Évaluation de la qualité des données

Toutes les données ont des points faibles de qualité qui affectent la fiabilité et l'interprétation des données. Les données du SISR présentent souvent des problèmes de qualité et de nombreux utilisateurs ne font pas confiance à ces données. Les données ne peuvent être interprétées sans connaître au préalable leur degré d'exhaustivité, puis, dans un second temps, sans avoir été examinées quant aux éventuelles incohérences et erreurs qu'elles pourraient contenir. Il est possible que les données doivent être ajustées avant de pouvoir être analysées de manière significative. Les résultats de l'examen de la qualité des données et les explications de tout ajustement des données doivent toujours être présentés de manière explicite et transparente avec les analyses.

La qualité du SISR doit être régulièrement examinée dans le cadre du processus d'analyse de routine des données ainsi que périodiquement par le biais d'examen spécifiques portant sur la qualité des données.

Un examen de routine de la qualité des données devrait avoir lieu tous les mois. Pour les pays qui utilisent le logiciel DHIS2 pour gérer leurs données de routine, l'OMS a également développé l'Outil de Qualité des Données, une application qui peut être installée sur le système national DHIS2 et qui génère automatiquement des résultats sur la qualité des données au niveau national ou sous-national. Un examen périodique de la qualité des données (DQR) comprend deux volets: un contrôle documentaire et une enquête de vérification des données. Le contrôle documentaire consiste à effectuer des contrôles de qualité sur les données disponibles dans le système électronique. L'enquête de vérification des données évalue un échantillon de districts et d'établissements de santé afin de déterminer dans quelle mesure les données faisant l'objet de rapports correspondent aux documents sources (par exemple les registres des établissements et les feuilles de pointage). L'OMS a développé une boîte à outils² pour l'examen de la qualité des données (Data Quality Review, DQR) afin de faciliter l'évaluation des données de routine des établissements.

L'évaluation de la qualité des données comporte quatre dimensions: l'exhaustivité et la promptitude, cohérence interne, cohérence externe avec d'autres sources de données et comparaison externe avec des données relatives à la population.

¹ OMS. Analyse et utilisation des données des établissements de santé. Orientations pour les gestionnaires du programme de vaccination. P. 13. Document de travail, février 2018 [Confirm the title. Note that this title is not consistent with those of the French translations of the other modules]

² https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/

Dimension 1: exhaustivité et la promptitude

- L'*exhaustivité* comporte deux composantes: i) la mesure dans laquelle les établissements ou les districts tenus de soumettre des formulaires de rapport mensuels / trimestriels le font réellement, et ii) l'exhaustivité d'éléments de données spécifiques dans les formulaires de rapport. Les rapports sur les données des établissements de consultations externes sont souvent plus complets que ceux des hôpitaux.
- La promptitude détermine si un établissement ou un district soumet le formulaire de rapport dans les délais requis, par exemple le 5 du mois suivant.

Les indicateurs de l'exhaustivité des données et de la promptitude incluent:

- pourcentage d'établissements / de districts qui effectuent des rapports chaque mois;
- pourcentage d'établissements ayant soumis des données complètes pour un élément de données / un ensemble d'éléments de données spécifique;
- pourcentage d'établissements ayant soumis des rapports en temps opportun.

Dimension 2: cohérence interne

- • *Présence de valeurs aberrantes*: les valeurs aberrantes sont des valeurs rapportées inhabituellement élevées ou basses par rapport aux tendances historiques ou à d'autres critères relatifs aux rapports établis.
- • *Cohérence dans le temps*: les tendances sont évaluées pour déterminer si les valeurs rapportées semblent inhabituelles par rapport aux autres valeurs rapportées au cours de l'année ou sur plusieurs années. Ceci est utile pour comprendre si les variations représentent des problèmes de qualité des données ou une variation saisonnière prévue.
- • *Cohérence entre les éléments de données / indicateurs*: les éléments de données / indicateurs qui ont une relation prévisible sont examinés pour vérifier si la relation attendue existe entre ces indicateurs, par exemple le nombre de cas confirmés de paludisme devrait être égal au nombre de tests positifs pour le paludisme.
- • *Cohérence entre les données rapportées et les registres originaux*: elle est mesurée par un exercice de vérification des données qui évalue dans quelle mesure les données rapportées correspondent aux documents sources dans les établissements de santé.

Dimension 3: cohérence externe avec d'autres sources de données

Cette dimension compare le niveau de cohérence entre deux sources de données mesurant le même indicateur. Un indicateur SISR est généralement comparé au même indicateur obtenu dans le cadre d'une enquête de population.

Dimension 4: comparaisons externes des données relatives à la population

Il s'agit d'un examen des données du dénominateur utilisées pour calculer les indicateurs SISR. Deux sources différentes d'estimations de population (pour lesquelles les valeurs sont calculées différemment) sont comparées. Si les deux estimations sont très différentes, les estimations de la couverture pour un indicateur peuvent être très différentes même si le résultat du programme (numérateur) est identique. Plus la cohérence entre les dénominateurs de différentes sources est grande, plus il est probable qu'ils représentent la valeur réelle de la population.

Tableau 3. Mesures de la qualité des données et fréquence d'examen suggérée

Dimension	Mesure de la qualité des données	Fréquence
Exhaustivité et promptitude	Exhaustivité et promptitude pour l'établissement des rapports (rapports soumis)	Mensuelle, annuelle
	Exhaustivité des éléments de données / indicateurs	Mensuelle, annuelle
Cohérence interne	Présence de valeurs aberrantes	Mensuelle, annuelle
	Cohérence dans le temps (tendances)	Mensuelle, annuelle
	Cohérence entre les éléments de données / indicateurs associés	Annuelle
	Cohérence entre les données rapportées et les registres originaux	Annuelle
Cohérence externe avec d'autres sources de données	Cohérence entre les données du SISR et les sources telles que les enquêtes basées sur la population, les études spéciales	Annuelle
Comparaisons externes des données relatives à la population	Cohérence entre les données démographiques utilisées pour calculer les indicateurs des établissements et les autres sources d'estimations démographiques	Annuelle

Les chapitres suivants décrivent les problèmes de qualité des données spécifiques au sujet du chapitre. Des informations complémentaires sont également disponibles dans l'annexe 1 ainsi que dans le module Principes généraux.

7. Tableaux récapitulatifs

Tableau récapitulatif 1 : niveau national

Indicateur	2015	2016	2017	2018
Mortalité				
Décès de patients hospitalisés / 1000 admissions au total	33	36	43	41
<5 décès / 1000 <5 admissions				
Décès néonataux / 1000 naissances vivantes dans des établissements	9	10	11	9
Mortinaissances / 1000 naissances dans des établissements	53	22	24	21
Décès maternels dans des établissements (nombre)	199	155	254	329
Décès maternels / 100 000 accouchements dans des établissements	1,3	0,9	1,4	1,8
Les 5 principales causes de décès (tous âges confondus)				
Accès				
Consultations OPD par personne et par an (n)	0,9	1,1	1	1
Admissions pour 100 personnes par an (n)	4,2	4,6	4	4
Taux de césarienne – population (%)	2,6	3	3,4	3,6
Taux de césarienne – établissement (%)	6,1	6,2	6,2	6,9
Chirurgies majeures / 100 000 habitants (n)	161	156	124	98
Couverture				
Utilisatrices nouvelles de la contraception (n)	19 783	20 652	18 601	21 714
Première consultation de patientes bénéficiant de soins anténatals <12 semaines (%)	17	22	21	24
Accouchement dans la zone de couverture de l'établissement (%)	42	47	53	50
Couverture BCG (%)	84	83	81	77
Couverture DTP3 (%)	88	86	86	79
Couverture MR1 (%)	84	85	73	67
Couverture MR 2 (%)	10	23	27	25
Couverture TAR (PVVIH: % estimé)	80	50	58	65
Taux de notification de la tuberculose pour 100 000 habitants	63	58	44	46
Cas suspects de paludisme testés (%)		52	90	65
Début du traitement de l'hypertension* (n)	141 598	159 117	168 738	178 032
Dépistage du cancer du col de l'utérus* (n)	13 468	15 876	20 853	25 981
Qualité, sécurité et efficacité				
Taux de dépistage de la syphilis chez des patientes bénéficiant de soins anténatals (%)	52	56	57	57
Abandon du DPT 1-3 (%)	9	9	9	9
Abandon du BCG-MR1 (%)	15	12	8	10
Abandon du MR 1-2 (%)	89	73	64	62
Tests VIH positifs – nouveau (n)	208 407	161 479	152 353	128 856
Nouveau sous TAR (n)	59 569	99 596	77 338	102 363
Maintenu sous TAR pendant 12 mois (n)			38271	75586

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Indicateur	2015	2016	2017	2018
Taux de réussite du traitement antituberculeux (%)	81	84	83	87
Cas de paludisme confirmés ayant bénéficié de la TCA (%)			15	29
Taux d'occupation des lits (%)	45	55	51	42
Durée moyenne du séjour (jours)	2,7	2,9	2,8	2,2

*Indicateur présenté comme ébauche pour discussion

Tableau récapitulatif 2: accès, couverture et qualité des services de santé de base – Niveau du district, 2018

Indicateur	Baringo	Bungoma	Busia	Kakamega	Siaya	Trans Nzoia	Turkana	Vihiga	West Pokot
Accès									
Consultations OPD par personne et par an (n)	1,2	0,8	1,4	1,4	1,4	1	0,36	1	1,2
Admissions pour 100 personnes par an (n)	2,4	4,6	4,4	4,9	10,6	2,4	1,3	3,6	2,9
Taux de césarienne – population (%)	3,8	4	2,9	4	2,8	3,7	3,1	3,5	3,3
Taux de césarienne – établissement (%)	9	7	6	7	5	12	6	8	7
Chirurgies majeures / 100 000 habitants (n)	59	165	143	87	128	148	31	88	60
Couverture									
Utilisatrices nouvelles de la contraception (n)									
Première consultation de patientes bénéficiant de soins anténatals <12 semaines (%)									
Accouchement dans la zone de couverture de l'établissement (%)	43	56	51	59	59	30	56	44	42
Couverture BCG (%)	62	72	72	81	66	62	146	59	94
Couverture DTP3 (%)	82	76	81	83	86	75	83	81	67
Couverture MR1 (%)	66	63	69	77	78	57	59	66	69
Couverture MR 2 (%)	40	21	30	35	28	16	12	36	19
Couverture TAR (PVVIH: % estimé)	47	91	98	87	55	37	25	73	50
Taux de notification de la tuberculose pour 100 000 habitants									
Cas suspects de paludisme testés (%)	44	74	53	66	62	74	69	74	68
Début du traitement de l'hypertension* (n)									
Dépistage du cancer du col de l'utérus* (n)									
Qualité, sécurité et efficacité									
Taux de dépistage de la syphilis chez des patientes bénéficiant de soins anténatals (%)	58	68	54	51	71	63	40	66	47
Abandon du DPT 1-3 (%)	8	9	5	7	5	11	11	4	16
Abandon du BCG-MR1 (%)	4	17	5	5	-4	17	7	-5	32
Abandon du MR 1-2 (%)	39	67	57	54	65	72	80	46	73
Tests VIH positifs – nouveau (n)	1163	4016	418	8401	137	353	2790	2504	808
Nouveau sous TAR (n)	835	4595	493	9239	141	281	2533	2428	898
Maintenu sous TAR pendant 12 mois (n)	709	2901	341	5689	983	416	1561	1961	804
Taux de réussite du traitement antituberculeux (%)	75	78	84	89	87	81	85	80	75
Cas de paludisme confirmés ayant bénéficié de la TCA (%)	5	28	13	10	77	53	86	31	101
Taux d'occupation des lits (%)	43	47	28	60	21	65	41	19	28
Durée moyenne du séjour (jours)	2,9	2,4	2,2	3,6	1	3,2	3	1,4	1,6

* Indicateur présenté comme ébauche pour discussion

MORTALITE

1. Introduction

Des statistiques fiables sur la mortalité sont essentielles pour orienter les politiques et les priorités nationales, régionales et mondiales en matière de santé et de développement. La connaissance des schémas de mortalité par cause dans une population, avec ventilation par âge, sexe et lieu géographique, est essentielle pour l'élaboration des politiques, l'allocation des ressources et la personnalisation des interventions dans le but d'optimiser leur impact sur la santé publique.

Les statistiques de l'état civil extraites du système d'état civil constituent la seule source d'information représentative sur la mortalité et les causes de décès au niveau national, à condition que les services d'état civil soient universels, continus et permanents³. Toutefois, dans de nombreux pays, les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil ne permettent pas toujours de couvrir toutes les populations, et, même lorsque les populations sont couvertes, l'enregistrement des décès peut ne pas être complet. La complétude de l'enregistrement des décès est particulièrement difficile à réaliser pour les décès dans la communauté, en particulier ceux qui surviennent dans des régions éloignées et chez des populations vulnérables.

Dans les pays où les systèmes CRVS ne fonctionnent pas complètement, les informations sur la mortalité et les causes de décès sont obtenues plus facilement des décès survenus dans les établissements de santé⁴, où un médecin qualifié est généralement présent pour certifier le fait et la cause de décès sur la base de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM)⁵. Pour ces décès en établissement, les pays devraient avoir mis en place des procédures par lesquelles un informateur désigné notifie officiellement le décès au bureau de l'état civil aux fins d'enregistrement légal. Les analystes et autres utilisateurs de données doivent comprendre que les données sur la mortalité obtenues directement auprès des établissements de santé, plutôt que du système CRVS officiel, sont des données opérationnelles utiles pour générer des statistiques relatives aux hôpitaux, mais ne constituent pas la meilleure source de calcul pour les statistiques officielles basées sur la population car elles ne sont pas représentatives de tous les décès dans la population.

Pour les décès dans les établissements de santé, les informations relatives à chaque patient décédé doivent être consignées sur le formulaire de certificat médical de la cause de décès (MCCD)⁶. Ce formulaire contient des données administratives sur l'établissement de santé, des données démographiques sur le patient, les causes de décès certifiées par un médecin et d'autres circonstances liées au décès. Le formulaire est conçu conformément aux règles et instructions de la CIM afin d'identifier la cause sous-jacente du décès (UCD). L'UCD est considérée comme l'élément de données le plus informatif sur la cause de décès du point de vue de la santé publique, il est donc utilisé pour les tableaux et comparaisons. Pour faciliter le traitement, l'archivage et l'analyse des données sur la mortalité, les informations provenant du MCCD devraient être systématiquement transcrites dans une base de données électronique répertoriant les registres de décès individuels.

³ Nations Unies. (2014a). Principes et recommandations pour un système de statistiques de l'état civil, révision 3. Département des affaires économiques et sociales, division des statistiques, documents statistiques, série M, n° 19/Rev.3. New York, NY: Nations Unies. Repris de <http://unstats.un.org/unsd/Demographic/standmeth/principles/M19Rev3en.pdf>

⁴ Le terme «hôpital» est utilisé dans ce document en tant que terme générique pour décrire tous les établissements dotés de services d'hospitalisation et présentant des rapports sur les admissions, les décharges et les décès. Il est reconnu que la désignation précise des établissements peut différer d'un pays à l'autre.

⁵ <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

⁶ <https://crvsgateway.info/The-International-Form-of-Medical-Certificate-of-Cause-of-Death~356>

Ces données constituent la base des statistiques hospitalières qui fournissent des informations sur le fardeau des maladies, la qualité des soins et la gravité des cas admis ainsi que sur l'impact des interventions en matière de santé publique et de soins aux patients. Les types d'indicateurs pouvant être suivis comprennent : i) les taux de mortalité par âge et par sexe, ii) les taux de mortalité chirurgicale, iii) la répartition en pourcentage des causes de décès et iv) le pourcentage de décès en établissement parmi tous les décès attendus dans la population.

2. A propos des données

Idéalement, les données primaires sur le défunt sont enregistrées à l'aide du formulaire international MCCD. Ces données peuvent être saisies directement dans un MCCD électronique ou transcrites du MCCD sur support papier dans un dossier individuel normalisé. La compilation de tous les dossiers de décès électroniques fournit une base de données électronique qui peut être utilisée pour des tableaux statistiques et d'autres analyses. Les variables minimales requises pour l'analyse de base de la mortalité hospitalière sont : le sexe, l'âge au moment du décès, l'identifiant de l'établissement, la date du décès et la cause sous-jacente du décès, codée par le CIM. La disponibilité d'éléments de données supplémentaires provenant du MCCD, notamment relatifs à une opération récente, la manière dont le patient est décédé, le lieu de survenue de l'évènement, des informations sur le fœtus et des informations sur la grossesse d'une femme décédée en âge de procréer, permettrait une analyse plus riche et plus complète.

Pour la base de données décrite ci-dessus, les hypothèses suivantes sont implicites :

- les médecins ou le personnel médical désigné complètent le récapitulatif de décharge du patient décédé avec suffisamment de détails pour enregistrer les causes immédiates, les antécédents et les causes sous-jacentes du décès dans le MCCD.
- les médecins remplissent un formulaire MCCD conforme au formulaire international de certificat médical de la cause de décès de l'OMS.
- le codage CIM de toutes les causes de décès et la sélection de la cause sous-jacente du décès suivent les règles de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM); toutefois, les établissements disposant de ressources limitées devraient envisager d'utiliser la liste de mortalité Start-Up de l'OMS (SMoL) qui recense un peu plus de 100 causes de décès, avec des règles de sélection simplifiées pour déterminer la cause sous-jacente du décès.

Autres types de données sur les causes de décès

Certains pays utilisent une liste restreinte de causes de décès qui ne correspond pas aux causes ICD ou à une liste restreinte de causes CIM approuvée par l'OMS. Dans ce cas, la fiabilité des résultats est compromise et les autorités devraient planifier et mobiliser des ressources pour moderniser leur système de collecte de données sur la mortalité.

Autres formats de données sur la mortalité

Dans certains pays, il n'existe pas de base de données basée sur les dossiers de décès individuels, mais des rapports agrégés sur les décès dans les établissements de santé sont disponibles. Dans ce cas, les analyses sur la mortalité, et en particulier sur les causes de décès, se limitent à des agrégations dans les rapports standard des établissements. Celles-ci incluent probablement le sexe, les groupes d'âge et éventuellement certaines informations sur les causes de décès, qui sont probablement incompatibles

avec les causes sous-jacentes du décès selon le CIM si les décès sont classés en catégories causales prédéfinies.

3. Évaluation de la qualité des données

Les données sur la mortalité sont évaluées en fonction des principales dimensions de la qualité des données. Les résultats doivent être présentés dans le même tableau de bord ou rapport que celui présentant les statistiques de mortalité et de causes de décès, afin d'aider le lecteur à comprendre les points forts et les limites des données et d'en éclairer l'interprétation.

Exhaustivité des données sur la mortalité provenant des rapports des hôpitaux

- *Pourcentage des rapports des hôpitaux:*
Les rapports de routine des hôpitaux sont parfois très incomplets. Le rapport doit également indiquer explicitement si les données proviennent de tous les hôpitaux ou seulement d'un groupe sélectionné d'hôpitaux sentinelles. La mortalité proportionnelle par cause est moins influencée par les rapports incomplets que les taux de mortalité en établissement, mais peut être affectée par des modifications apportées aux types d'hôpitaux établissant les rapports (par exemple si les hôpitaux de référence sont inclus ou non).
- *Disponibilité de la ventilation par âge et par sexe*
- *Disponibilité des décès par cause*

Cohérence interne

- *Tendances du nombre de décès au fil du temps:*
Cela fournit des informations supplémentaires sur l'exhaustivité et la qualité des rapports, dans la mesure où de fortes variations sur plusieurs années ne sont pas attendues. La présentation de données sur trois à cinq ans est recommandée.
- *Tendances saisonnières des décès par mois:*
Cela est utile pour comprendre si les variations représentent des problèmes de qualité des données ou la variation saisonnière attendue, en particulier si elles sont évaluées en association avec les admissions.
- *Causes relatives au sexe erronées ou causes de décès non plausibles pour l'âge:*
Il est nécessaire de procéder à ces contrôles, en particulier si le système d'enregistrement des causes de décès ne comprend pas de contrôles de validation automatiques au point de saisie des données. Si des erreurs potentielles sont identifiées, le certificat médical de la cause de décès doit être examiné et corrigé avant de poursuivre les analyses. Les exemples comprennent:
 - Décès d'hommes dus à des affections maternelles, au cancer du col de l'utérus, au cancer de l'utérus, au cancer de l'ovaire;
 - Décès de femmes par cancer de la prostate, hypertrophie bénigne de la prostate;
 - Décès dus à des affections maternelles en deçà de l'âge de 10 ans ou à partir de 49 ans;
 - Décès par suicide en deçà de l'âge 5 ans;
 - Décès dus à des affections périnatales à partir d'âge de 5 ans.

Cohérence externe

- *Comparaison avec des données de programme spécifiques à une maladie:*
Les taux de mortalité spécifiques à une maladie obtenus à partir des données hospitalières doivent être comparés à ceux des programmes spécifiques à une maladie, lesquels peuvent utiliser d'autres systèmes d'établissement de rapports.
- *Comparaison avec les estimations sur la mortalité de la population:*

La répartition en pourcentage des causes de décès obtenue à partir des données hospitalières peut également être comparée aux estimations – pour l'ensemble de la population – obtenues par modélisation statistique, telles que les estimations sur la santé mondiale de l'OMS et sur la Charge mondiale des maladies de l'IHME. De telles comparaisons sont moins destinées à évaluer la qualité des données qu'à informer sur la mesure dans laquelle les causes de décès en milieu hospitalier indiquent ce dont la population meure, dans la population générale. En l'occurrence, le principal défi consiste à s'assurer que les catégories de causes de décès utilisées dans les hôpitaux sont comparables à celles utilisées dans les estimations. Voir l'annexe 1 pour plus de détails.

Problèmes de qualité supplémentaires

La proportion de décès dont les causes sont mal définies est une mesure essentielle de la qualité des données. Bien qu'il ne soit pas possible d'éviter complètement des codes mal définis, la part de ces codes doit être surveillée. Il existe deux types de causes de décès mal définies: (1) les symptômes, signes et résultats cliniques anormaux non définis ailleurs (CIM-10, chapitre XVIII); et (2) les diagnostics vagues ou non spécifiques que l'on peut trouver dans la plupart des autres chapitres CIM-10.

Une large proportion de causes de décès mal définies compromet la qualité des données car elles ne sont d'aucune utilité pour façonner les politiques et les interventions de santé publique. Si des causes mal définies représentent une part importante (> 20%) de tous les décès, cela suggère de graves problèmes de certification et / ou de codage. La qualité des données sur les causes de décès dépend en grande partie de la précision avec laquelle les certificateurs enregistrent correctement les diagnostics et la séquence des causes ayant conduit au décès. Des certificats de décès mal remplis empêchent les codeurs ou les responsables de l'information de bien choisir la cause sous-jacente du décès. Pour minimiser le nombre de décès mal définis, les meilleures pratiques recommandent à des codeurs spécialement formés, distincts du certificateur médical, d'attribuer des codes CIM aux causes de décès médicalement certifiées par causes codifiées.

4. Indicateurs de base pour la mortalité en établissement

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
Niveau de mortalité		
1. Taux de mortalité en établissement	Décès en établissement (toutes causes confondues) pour 1000 admissions N : nombre de décès en établissement x 1000 D : nombre d'admissions (ou de décharges + décès) ^a Décès en établissement = décès dans les établissements de santé = décès des patients hospitalisés	Age (<5, ≥ 5) Sexe Cause de décès
2. Taux de mortalité néonatal dans les établissements de santé	Décès néonataux (28 premiers jours de vie) pour 1000 naissances vivantes dans des établissements de santé N : nombre de décès néonataux dans des établissements de santé x 1000 D : nombre de naissances vivantes dans des établissements de santé (Comprend tout décès néonatal survenu dans un établissement dans les 28 jours après la naissance, avant la décharge après la naissance ou lors de la réadmission pour une maladie)	Cause de décès
3. Taux de mortinaissance dans les établissements de santé	Mortinaissances ^a en pourcentage de toutes les naissances dans les établissements de santé N : nombre de mortinaissances dans les établissements de santé X 100 D : nombre de naissances vivantes + mort-nés dans les établissements de santé Mortinaissance: bébé né sans signe de vie et pesant au moins 1000 g ou né après 28 semaines de gestation	Frais, macéré
4. Décès maternels dans les établissements de santé	Nombre de décès maternels dans des établissements de santé	Age (10-14, 15-19, 20+) Cause de décès
Principales causes de décès		
5. Répartition en pourcentage des causes de décès (mortalité proportionnelle)	Répartition des principales causes de décès dans les établissements de santé en pourcentage de tous les décès de patients hospitalisés N : nombre de décès de patients hospitalisés par cause X 100 D : nombre de décès de patients hospitalisés	Age (<5, ≥ 5) Sexe
Mortalité due à des causes spécifiques		
6. Taux de létalité pour les principales causes	Décès de patients hospitalisés par cause spécifique pour 100 admissions pour des raisons majeures N : nombre de décès de patients hospitalisés par cause x 100 D : Nombre de (décharges + décès) par cause	Age (<5, ≥ 5) Sexe
7. Incidence démographique des décès de patients hospitalisés (par exemple le paludisme)	Nombre de décès dus au paludisme de patients hospitalisés pour 100 000habitants exposés au risque de paludisme N : nombre de décès dus au paludisme de patients hospitalisés x 100 000 D : population totale estimée des zones à risque de paludisme	Age (<5 vs ≥ 5)
8. Taux de mortalité périopératoire	Taux de mortalité toutes causes confondues avant la décharge chez les patients ayant subi une ou plusieurs procédures en salle d'opération au cours de l'admission concernée N : nombre de décès avant la décharge chez des patients hospitalisés ayant subi une procédure chirurgicale x 1000 D : nombre de patients hospitalisés ayant subi une procédure chirurgicale	Procédure Urgence vs programmée Age

5. Tableaux de bord de mortalité

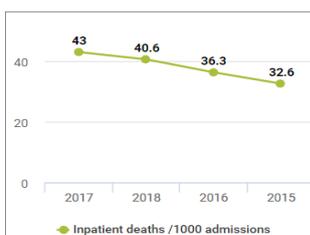
5.1 TABLEAU DE BORD DES NIVEAUX DE MORTALITÉ

Tableaux récapitulatifs des niveaux de mortalité

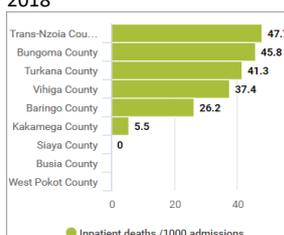
Indicator summary - Mortality - national				
National				
Data / Period	2015	2016	2017	2018
Inpatient deaths / 1000 admissions	32.6	36.3	43	40.6
Neonatal deaths / 1000 live births in facilities	8.6	9.8	10.7	8.8
Stillbirths / 1000 births in health facilities	53.3	22.2	24.1	21.3
Maternal deaths in facilities	199	155	254	329
Maternal deaths / 100,000 deliveries in facilities	1.3	0.93	1.4	1.8

Indicator summary - Mortality - Districts 2018									
2018									
Data / Organisation unit	Baringo County	Bungoma County	Busia County	Kakamega County	Siaya County	Trans-Nzoia County	Turkana County	Vihiga County	West Pokot County
Inpatient deaths / 1000 admissions	26.2	45.8		5.5	0	47.7	41.3	37.4	
Maternal deaths in facilities	18	39	85	49	29	22	37	17	33
Stillbirths / 1000 births in health facilities	22.7	15.5	26.2	19.7	21.3	22.1	22	23	35.5
Neonatal deaths / 1000 live births in facilities	6.5	9	8.3	7.1	8.9	13.5	11.6	5.9	11.3
Maternal deaths / 100,000 deliveries in facilities	1.5	1	5.1	1.2	1.2	1.6	3	1.6	3.1

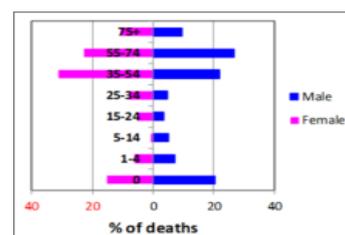
Institutional mortality rate - National



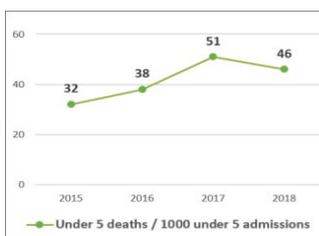
Institutional mortality rate - Districts 2018



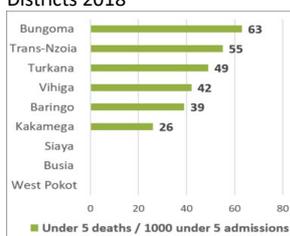
Proportion of deaths by age and sex



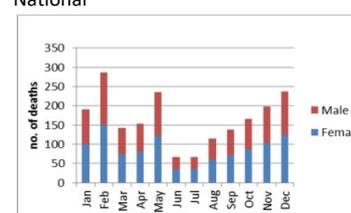
Institutional under 5 mortality rate - National



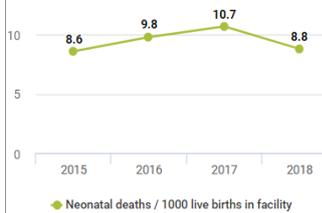
Institutional under 5 mortality rate - Districts 2018



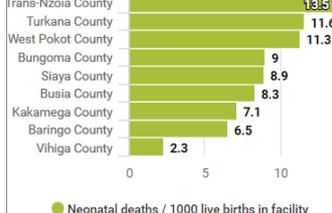
Number of institutional deaths by month - National



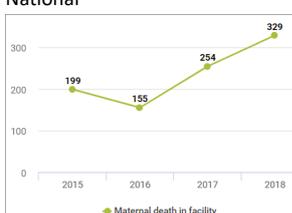
Institutional neonatal mortality rate - National



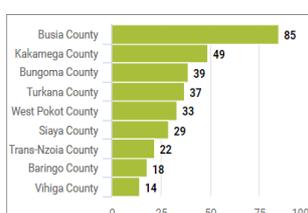
Institutional neonatal mortality rate - Districts 2018



No. of maternal deaths in health facilities - National



No. of maternal deaths in health facilities - Districts 2018

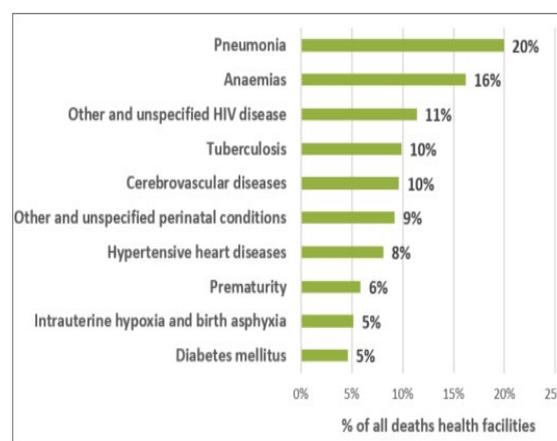


5.2 TABLEAU DE BORD DES PRINCIPALES CAUSES DE DECES

20 leading causes of death, all ages, both sexes - National

Cause of death	no. of deaths	% of total deaths
1 Pneumonia	1173	12.1
2 Anaemias	986	10.1
3 Other and unspecified HIV disease	680	7.0
4 Tuberculosis	629	6.5
5 Cerebrovascular diseases	612	6.3
6 Other and unspecified perinatal conditions	578	5.9
7 Hypertensive heart diseases	493	5.1
8 Prematurity	357	3.7
9 Intrauterine hypoxia and birth asphyxia	306	3.1
10 Other diseases of the digestive system	289	3.0
11 Diabetes mellitus	289	3.0
12 Other heart diseases	238	2.4
13 Other and unspecified infectious diseases	221	2.3
14 Symptoms, signs & abnormal clinical & laboratory findings, not elsewhere classified	221	2.3
15 Septicemia	221	2.3
16 Malaria, parasitologically confirmed	204	2.1
17 Other direct obstetric deaths	204	2.1
18 Other and unspecified diseases of the respiratory system	187	1.9
19 Other and unspecified external causes	153	1.6
20 Other and unspecified malignant neoplasms	136	1.4

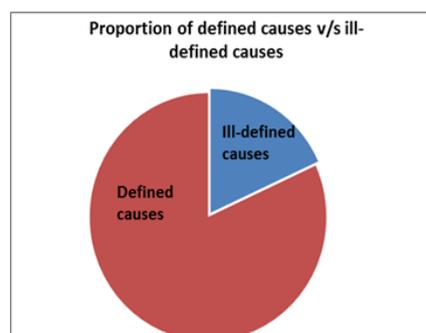
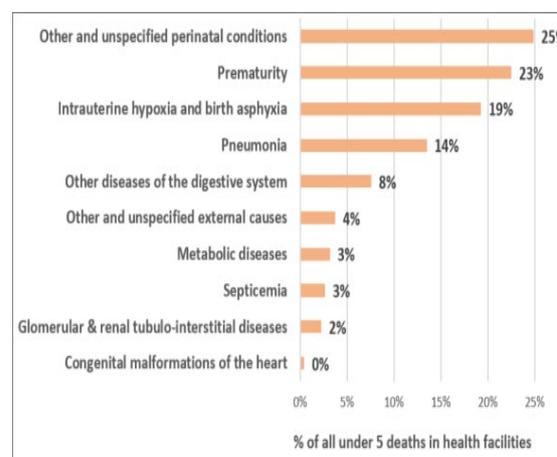
Proportionate mortality: 10 leading causes of death, all ages, both sexes - National



10 leading causes of death, 0-4 years, both sexes - National

Cause of death	no. of deaths	% of total deaths
1 Other and unspecified perinatal conditions	693	24.9
2 Prematurity	627	22.5
3 Intrauterine hypoxia and birth asphyxia	537	19.3
4 Pneumonia	376	13.5
5 Other diseases of the digestive system	211	7.6
6 Other and unspecified external causes	104	3.7
7 Metabolic diseases	88	3.2
8 Septicemia	74	2.7
9 Glomerular and renal tubulo-interstitial diseases	63	2.3
10 Congenital malformations of the heart	12	0.4

Proportionate mortality, 10 leading causes of death, 0-4 years, both sexes - National



6. Analyse de base

6.1 NIVEAUX DE MORTALITÉ

Objectif

Les taux de mortalité en établissement sont les mesures les plus simples de la mortalité. La mortalité globale en établissement fournit un aperçu de la qualité de la prestation des services de santé, de l'état de santé de la population utilisant les établissements de santé et, indirectement, de la santé de la population. La ventilation par établissement ou par région peut mettre en évidence des épidémies potentielles ou d'autres problèmes de santé. L'analyse des tendances de la mortalité sur plusieurs années peut fournir des informations sur les tendances épidémiologiques.

Analyse

Quatre indicateurs de la mortalité en établissement fournissent un tableau général de la qualité du service et de l'état de santé des utilisateurs du service:

- taux de mortalité en établissement;
- taux de mortalité néonatale en établissement;
- taux de mortinaissance en établissement;
- décès maternels en établissement.

L'analyse des niveaux de mortalité dans les établissements de santé devrait inclure:

- tendances en termes de niveaux de mortalité sur plusieurs années;
- ventilation par zones géographiques et établissements de santé;
- niveaux de mortalité par âge et par sexe;
- proportion de décès dus à des causes mal définies et non spécifiées / inconnues;
- informations sur la qualité des données.

Tendances pour les décès enregistrés et répartition par établissement

L'interprétation des données doit prendre en compte un certain nombre de questions, notamment leur exhaustivité et leur qualité. De nombreux décès peuvent ne jamais être constatés ou rapportés par les agents de santé. Le problème peut être aggravé par des variations entre les établissements de santé, entre les zones géographiques et entre les problèmes de santé liés à l'expertise, aux tests de laboratoire et au matériel requis pour diagnostiquer les maladies de manière fiable. Si la plupart des décès ne sont pas rapportés par les établissements de santé et si l'exhaustivité de ces rapports varie de manière significative dans le temps et entre les zones géographiques, tout rapport d'analyse des tendances et de comparaison géographique doit prendre en compte ces considérables points faibles.

Répartition par âge et par sexe

Si les données sur la mortalité sont disponibles par âge et par sexe, l'exhaustivité ou la couverture des décès par les établissements peut être évaluée plus en détail pour des groupes d'âge/sexuels spécifiques. L'examen de la répartition par âge des décès rapportés est utile pour détecter toute irrégularité dans la déclaration de l'âge du décès, si la répartition ne correspond pas à ce qui est

attendu sur la base des tendances historiques. La « préférence numérique » ou l'« entassement d'âges », qui désigne la préférence à déclarer l'âge comme un nombre se terminant par 0 ou par 5 (par exemple 45, 50 ou 55), est un exemple de l'une de ces irrégularités. Il est également courant que les familles signalent que la personne décédée était plus âgée qu'elle ne l'était réellement. Cela souligne l'importance de vérifier la plausibilité des modèles d'âge pour la mortalité (voir aussi la section sur la mortalité par cause).

1. Taux de mortalité en établissement (toutes causes confondues)

Le numérateur est le nombre total de décès survenus dans un établissement de santé au cours d'une période définie. Pour le dénominateur, il est préférable d'utiliser le nombre de décharges plus le nombre de décès plutôt que le nombre d'admissions. Les décharges comprennent : les décharges autorisées, les transferts en externe et les décharges non autorisées (« fugitifs »). Les données doivent être désagrégées par sexe et, au minimum, doivent également montrer les résultats pour les enfants de moins de 5 ans. Si des données au niveau individuel sont disponibles, une analyse plus détaillée de la répartition des décès par âge et par sexe peut être utile.

2. Décès maternels dans les établissements de santé

Les femmes qui ont accouché en dehors d'un établissement de santé ou dans un autre établissement de santé sont également incluses. En outre, le nombre de décès maternels en établissement doit inclure les décès anténatals, les décès lors de l'accouchement et les décès post-partum. Les décès avant et après l'accouchement sont probablement « sous-déclarés », car ils ne sont souvent pas répertoriés dans les registres de maternité. Les décès maternels en établissement étant un événement relativement rare, il est recommandé de présenter le nombre absolu de décès en plus du ratio de mortalité maternelle en établissement (nombre de décès maternels en établissement pour 100 000 naissances vivantes en établissement). Le calcul du ratio de mortalité maternelle en établissement peut toutefois aider à évaluer et à interpréter les ratios de mortalité maternelle basés sur la population. Cet indicateur est utilisé pour mesurer la qualité et la sécurité des soins dans l'établissement.

3. Taux de mortalité néonatale dans les établissements de santé

Cet indicateur est également appelé taux de mortalité néonatale avant la décharge et inclut tout décès néonatal survenu dans un établissement au cours des 28 premiers jours de la vie (avant la décharge, après la naissance ou lors d'une nouvelle admission pour une maladie). Il diffère du taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes « classique », pour lequel tous les nouveau-nés sont observés jusqu'à la fin de la période néonatale. La plupart des nouveau-nés quittent l'hôpital quelques jours après l'accouchement, les décès néonataux sur le lieu de résidence ne sont donc pas pris en considération. Le taux est mieux connu sous le nom de « mortalité du premier jour » (décès dans les premières 24 heures) lorsque très peu de nouveau-nés ont quitté l'hôpital. Il peut également être étendu à la mortalité dans les 2 à 3 premiers jours si la très grande majorité des femmes ne quittent pas l'hôpital auparavant.

Cet indicateur reflète la qualité des soins anténatals, des soins d'accouchement et des soins néonataux. Des estimations fiables pour des établissements individuels ne peuvent être obtenues que pour de très grands établissements avec de nombreux accouchements et admissions en néonatalogie. Les comparaisons entre les établissements doivent être interprétées avec prudence, car le taux de mortalité néonatale dans les établissements dépend très fortement du mélange des cas d'accouchements et d'admissions en néonatalogie.

4. Taux de mortinaiance dans les établissements de santé

Les mortinaiances peuvent survenir avant ou pendant l'accouchement. La ventilation des mortinaiances antepartum (macérées) par rapport aux mortinaiances intrapartum (fraîches) est importante. Le pourcentage de mortinaiances fraîches ne doit normalement pas varier beaucoup d'une année à l'autre dans les données des établissements de santé, à moins d'interventions très fortes pour réduire les problèmes intrapartum. Il est moins probable que des changements rapides surviennent dans les taux de mortinaiance antepartum du fait d'interventions plus difficiles à mettre en œuvre pendant la grossesse. Les niveaux et tendances du taux de mortinaiance, en général, et le pourcentage de mortinaiances intrapartum peuvent être utilisés comme un indicateur de qualité. Au niveau de la population, les taux de mortinaiance peuvent varier de moins de 0,5 % à 4 %. Des études menées dans des contextes de forte mortalité ont montré que le pourcentage intrapartum variait de 30 à 50 %.

6.2 PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS

Objectif

Les informations sur les causes de décès des patients hospitalisés dans les établissements de santé sont nécessaires pour comprendre ce qui se passe dans les établissements et pour effectuer les ajustements éventuels nécessaires à la fourniture des services. Le tableau de bord des causes de décès doit fournir 10 à 20 causes de décès principales, avec une ventilation par âge et par sexe, comme indiqué ci-dessous. Le nombre absolu de décès et les décès exprimés en pourcentage du nombre total de décès survenus en établissement doivent être fournis. Les données sur la cause de décès doivent être présentées et interprétées ainsi que des informations sur la qualité des données, comme décrit précédemment.

Analyse

1. Répartition en pourcentage des principales causes de décès

Les analyses clés doivent inclure:

- décès par cause, tous âges confondus et pour les deux sexes;
- décès par cause, tous âges confondus, hommes et femmes séparément;
- décès par cause chez les enfants de moins de cinq ans (les deux sexes ensemble);
- comparaison des décès par cause au sein des principales zones géographiques.

La mortalité proportionnelle pour les 10 principales causes de décès est souvent présentée sous forme de diagrammes circulaires (les diagrammes circulaires comportant plus de 5 à 10 segments sont difficiles à lire). Les 20 causes principales (ou 10 causes principales) peuvent également être présentées sous forme de liste basée sur un classement. Il est utile de présenter plusieurs années pour montrer comment le classement change avec le temps (cela n'est possible que si les mêmes catégories ou groupes de codage sont utilisés au fil du temps). Les classements dépendent du degré de regroupement des codes, par ex. tous les cancers EN GROUPE, quel que soit leur type, représenteront un pourcentage de décès supérieur à celui d'un seul cancer tel que le cancer du poumon ou du sein.

L'évaluation des tendances mensuelles des principales causes de décès est également importante. Par exemple une augmentation mensuelle du pourcentage de décès en établissement dus au paludisme

peut indiquer une épidémie. La saisonnalité doit être examinée pour rechercher des causes spécifiques (par exemple diarrhée, pneumonie, paludisme) en analysant le nombre de décès par mois. Les données recueillies sur plusieurs années sont nécessaires pour identifier les tendances saisonnières.

Le pourcentage de causes inconnues et mal définies peut fournir une indication de la qualité des données. Les tendances, sur le plan de la proportion de causes mal définies, doivent être évaluées au fil du temps car les changements affecteront les proportions de maladies d'origine connue. Une cause inhabituellement classée parmi les 10 principales causes de décès peut également indiquer des problèmes de qualité des données.

Les schémas âge-sexe pour des causes spécifiques de décès peuvent fournir des informations sur l'épidémiologie des maladies. Cet aspect est utile pour les causes de décès telles que le VIH ou le paludisme associés à des schémas d'âge spécifiques. Si les chiffres sont importants et des données individuelles disponibles pour l'analyse, les schémas d'âge par sexe peuvent se concentrer sur des groupes d'âge de 5 ou 10 ans, ou sur des groupes d'âge plus grands, par exemple <5, 5-19, 20-49, etc. Les irrégularités dans la répartition par âge doivent être prises en compte, par ex. la surdéclaration systématique des âges ou la préférence numérique pour les multiples de 5 ou 10. Ce dernier élément est toutefois peu susceptible d'affecter les grands schémas par âge et par sexe pour les principales causes. Les schémas âge-sexe doivent au moins être examinés pour les principales causes (à l'exclusion des décès néonataux).

Des différences significatives entre la mortalité proportionnelle dans les établissements de santé et les schémas de causes attendus sur la base des estimations modélisées de la population peuvent indiquer:

- que des décès dus à des causes spécifiques survenant dans des hôpitaux sont liés aux caractéristiques particulières du problème de santé ou de la maladie, par exemple les blessures peuvent être une cause de décès moins fréquente dans les hôpitaux car de nombreux décès surviennent avant d'arriver à l'hôpital; d'autres causes peuvent être plus courantes dans les hôpitaux, par exemple les maladies chroniques;
- des problèmes possibles de qualité des données, par exemple irrégularités dans la certification et le codage des causes de décès; ou
- un possible changement véritable dans la fréquence d'apparition d'une certaine cause de décès qui n'est pas correctement identifié par les modèles statistiques des causes de décès dans la population.

La liste générale des 10 ou 20 principales causes de décès ne peut se concentrer que sur de grands groupes de causes. Afin de générer davantage d'informations guidant les politiques et les programmes nationaux, il est important de fournir des détails supplémentaires sur, par exemple, les causes néonatales (complications des naissances prématurées, asphyxie intrapartum, sepsis néonatale, etc.), les maladies cardiovasculaires et certains cancers.

6.3 MORTALITÉ DUE À DES CAUSES SPÉCIFIQUES

Le choix de maladies spécifiques à analyser de manière plus approfondie dépend de la situation de la santé publique du pays. Dans tous les cas, les résultats doivent tenir compte de l'exhaustivité des données et doivent également faire référence à des données supplémentaires pour d'établir la différence entre une mortalité élevée en raison d'un taux de mortalité élevé et une mortalité élevée en raison de taux d'admission élevés. Certaines estimations de la mortalité spécifiques par cause nécessitent des considérations spécifiques, par ex. régimes pluviométriques et endémicité du paludisme.

Le choix des maladies et des conditions à analyser dépend du fardeau des maladies dans la région et peut inclure :

- les priorités pour la santé publique ;
- les maladies à déclaration obligatoire ;
- les maladies sous surveillance ;
- celles liées aux ODD ou aux objectifs stratégiques nationaux.

1. Taux de létalité (CFR) pour les principales causes

Les calculs et considérations sont similaires à ceux du taux de mortalité en établissement. Le dénominateur est le nombre de décharges plus le nombre de décès pour un diagnostic spécifique. Les décharges (plutôt que les admissions) sont utilisées car elles sont liées au diagnostic final à la décharge tandis que les diagnostics d'admission sont souvent suspects jusqu'à ce qu'ils soient confirmés par un examen plus poussé. Cela introduit une incertitude supplémentaire dans l'indicateur car la qualité des diagnostics de décharge peut être plus variable que pour la cause de décès. Les décharges comprennent les décharges autorisées, les transferts en externe et les décharges non autorisées (« fugitifs »). Les taux de létalité peuvent être difficiles à interpréter car ils peuvent varier en fonction de nombreux facteurs, par exemple l'âge, l'état nutritionnel, d'autres maladies sous-jacentes, le temps écoulé depuis l'apparition de la maladie, etc. Cependant, une augmentation soudaine du CFR peut représenter un changement dans la qualité des soins ou dans la diversité des patients admis. Un CFR élevé ou toute modification substantielle du CFR justifie une enquête plus approfondie.

2. Incidence démographique des décès de patients hospitalisés (exemple: paludisme)

Cet indicateur utilise un dénominateur de population estimé. Dans ce cas, c'est la population à risque de paludisme. Cependant, le dénominateur fait souvent référence à l'ensemble de la population, par exemple à des indicateurs relatifs à l'incidence démographique des décès dus aux maladies diarrhéiques ou aux maladies respiratoires aiguës. Il s'agit d'un taux de mortalité minimum car une partie importante des décès est susceptible de se produire dans la communauté.

3. Taux de mortalité périopératoire

Le dénominateur nécessite un registre des opérations majeures pratiquées dans les hôpitaux. Pour le numérateur, le formulaire international de certificat médical de la cause de décès de l'OMS inclut une question sur la chirurgie afin de déterminer si le défunt a subi ou non une intervention chirurgicale. La mortalité périopératoire est un indicateur important de la qualité et de la sécurité des soins.

MORBIDITE

1. Introduction

Les systèmes de données basés sur la population, par exemple les enquêtes sur la population, constituent la source primaire d'information sur la morbidité dans la population. Cependant, pour de nombreuses maladies et affections, il est difficile d'obtenir des données sur la population, en particulier pour les affections aiguës telles que la pneumonie et la diarrhée. Par conséquent, les systèmes d'information sanitaires de routine des établissements constituent une source importante de données et l'association de données sur les patients hospitalisés et venus consulter en ambulatoire donne un aperçu de la santé de la population.

Les données sur les établissements ne sont pas représentatives des schémas des maladies dans la population globale. Les cas rapportés par les établissements de santé peuvent ne représenter qu'un sous-ensemble de cas dans la population, en fonction des comportements en cas (de recherche) de traitement. Par conséquent, dans la plupart des contextes, les taux d'incidence ou de prévalence calculés à partir des données des établissements de santé ne sont pas des taux d'incidence ou de prévalence démographiques. Reportez-vous à la section 1 pour plus de détails.

2. A propos des données

Pour les données sur la morbidité en ambulatoire, la base de l'analyse est souvent une liste standard de diagnostics courants fournie aux établissements de santé servant à l'établissement de rapports sur la morbidité. Les hôpitaux doivent de préférence utiliser le codage ICD. La première consultation OPD par diagnostic et les autres consultations pour le même diagnostic doivent faire l'objet de rapports séparés. Les nouvelles admissions et réadmissions pour le même problème de santé doivent également être consignées séparément.

Les données sur les patients hospitalisés reflètent généralement une morbidité plus grave et peuvent également fournir des diagnostics plus précis que les établissements de soins ambulatoires. Cependant, les données sur la morbidité pour les soins ambulatoires informent sur un large éventail de maladies et d'affections provenant d'un nombre beaucoup plus élevé d'établissements de santé que les hôpitaux.

Les données sur la morbidité doivent être collectées conformément aux normes acceptées. Pour les patients en ambulatoire, le diagnostic est déterminé par l'agent de santé qui voit le patient, lequel est ensuite codé par le prestataire de services ou ultérieurement par un codeur. Pour les patients hospitalisés, la norme pour la collecte des diagnostics est à la décharge, et non à l'admission. Lorsque le codage CIM n'est pas utilisé, il convient d'utiliser des définitions de cas normalisées.

Pour les données sur les patients hospitalisés, les informations sur le patient sont idéalement enregistrées sous la forme d'un dossier individuel unique. La compilation de tous les dossiers individuels dans une base de données constitue le point de départ de l'analyse. Les variables minimales requises pour l'analyse sont les suivantes: sexe, âge, identifiant de l'établissement, date d'admission, nouvelle admission ou réadmission, date de décharge et diagnostic de décharge. Cependant, dans de nombreux pays, il n'existe pas de base de données sur les admissions individuelles. Dans ce cas, les analyses sur la morbidité sont basées sur les rapports agrégés des établissements de santé et districts. La ventilation est souvent limitée à deux groupes d'âge (moins de 5 ans; 5 ans et plus) et au sexe.

3. Evaluation de la qualité des données

Pour les données sur la morbidité en ambulatoire, les principaux contrôles de la qualité des données incluent l'exhaustivité des rapports, la cohérence des modèles de diagnostic dans le temps et le pourcentage de diagnostics mal définis ou erronés.

Pour les données sur la morbidité des patients hospitalisés, les principaux contrôles relatifs à la qualité des données portent sur l'exhaustivité des rapports et la qualité des diagnostics de décharge, et notamment sur le pourcentage de diagnostics mal définis ou «erronés».

Les données sur la qualité relatives à la morbidité sont évaluées en fonction des quatre dimensions du contrôle de la qualité des données, en utilisant des procédures similaires à celles suivies pour la mortalité et les causes de décès (voir la section sur la mortalité). Les informations sur la qualité des données doivent être présentées dans le même tableau de bord ou rapport que les statistiques sur la morbidité, afin d'aider le lecteur à comprendre les points forts et les points faibles des données et d'en éclairer l'interprétation.

Exhaustivité des rapports

- *Pourcentage des établissements établissant des rapports:*
- L'exhaustivité et la fourniture en temps opportun des rapports des établissements (pourcentage d'établissements de santé déclarants) ont une incidence sur la capacité à interpréter les tendances eu égard au nombre de personnes souffrant de diverses maladies ou affections. L'exhaustivité des rapports sur des causes spécifiques de morbidité doit également être évaluée.
- *Disponibilité de la ventilation par âge et par sexe;*
- *Rapports séparés pour les nouvelles consultations en ambulatoire et les consultations subséquentes;*
- *Rapports séparés pour les nouvelles admissions et réadmissions de patients hospitalisés.*

Cohérence interne

- *Présence de valeurs aberrantes:* des valeurs aberrantes extrêmes sont souvent le signe de données erronées.
- *Tendances au fil du temps:* l'analyse doit porter sur plusieurs années. Les tendances, eu égard à l'incidence de cas de maladies spécifiques auxquels les établissements de santé doivent faire face, sont censées rester raisonnablement cohérentes au fil du temps, et suivre les tendances saisonnières. Des variations inattendues peuvent représenter des problèmes de qualité des données, mais peuvent également indiquer une épidémie, par exemple.
- *Cohérence entre les éléments de données / indicateurs:* pour les données relatives aux soins ambulatoires, lorsqu'un test de laboratoire spécifique est requis pour confirmer un diagnostic, le nombre de tests positifs peut être vérifié par rapport au nombre de diagnostics confirmés, par exemple le nombre de cas confirmés de paludisme doit être égal au nombre de TDR positifs et au nombre d'exams de microscopie positifs.
- *Plausibilité du diagnostic de décharge:* les problèmes de cohérence interne à vérifier incluent les diagnostics féminins pour les patients masculins et inversement ainsi que les diagnostics peu probables pour l'âge, par exemple:
 - les décharges chez les hommes souffrant de problèmes de santé maternels, de cancer du col de l'utérus, de l'utérus et de l'ovaire;

- les décharges chez les femmes atteintes d'un cancer de la prostate et d'une hypertrophie bénigne de la prostate.

Cohérence externe

- *Comparaison avec des données de programme spécifiques à une maladie:* les données spécifiques à une maladie des rapports de routine sur la morbidité émanant des établissements doivent être comparées à celles collectées dans le cadre de programmes et de systèmes de surveillance spécifiques à une maladie.

Autres problématiques relatives à la qualité

La qualité des données sur la morbidité dépend de l'utilisation cohérente des définitions de cas et de la capacité des agents de santé à diagnostiquer avec précision. Pour certains diagnostics courants, la mesure dans laquelle le diagnostic a été confirmé par une analyse en laboratoire est incluse, cet aspect peut considérablement améliorer la qualité des données. Par exemple, les diagnostics de paludisme sont souvent spécifiés comme diagnostics confirmés en laboratoire ou diagnostics cliniques uniquement. Plus la proportion de diagnostics confirmés en laboratoire est importante, meilleure est la qualité des données.

Pour plus de détails sur l'évaluation de la qualité des données relatives à la morbidité, voir l'annexe 1.

4. Indicateurs de base pour la morbidité

Principales causes de morbidité		
1. Principaux diagnostics de décharge des patients hospitalisés (taux pour 1000 habitants et répartition en %)	<p>a. Diagnostics de décharge des patients hospitalisés (principales catégories de diagnostics) dans les établissements de santé pour 1000 habitants N : nombre de décharges et de décès par diagnostic X 1000 D : population totale</p> <p>b. Diagnostics de décharge des patients hospitalisés (principales catégories de diagnostic) dans les établissements de santé exprimés en pourcentage du total des décharges N : nombre de décharges et de décès par diagnostic x 100 D : nombre total de décharges et de décès</p>	Age (<5, ≥ 5) Sexe
2. Principaux diagnostics en ambulatoire (taux pour 1000 habitants et répartition en %)	<p>a. Diagnostics de première / nouvelle consultations en ambulatoire (OPD) exprimés en taux pour 1000 habitants N : nombre de nouvelle / première consultations en ambulatoire par diagnostic X 1000 D : population totale</p> <p>b. Diagnostics des premières / nouvelles consultations en ambulatoire* (OPD) exprimés en pourcentage du total des nouvelles / premières consultations N : nombre de nouvelle / première consultations en ambulatoire par diagnostic X 100 D : nombre total de nouvelle / première consultations en ambulatoire</p> <p>(*Seules les consultations curatives sont incluses (c'est-à-dire à l'exclusion des consultations de soins préventifs, telles que les soins anténatals, la vaccination))</p>	Age (<5, ≥ 5) Sexe
Morbidité dues à des affections spécifiques		
3. Taux d'incidence des services des patients hospitalisés et contribution proportionnelle due à des affections spécifiques	Cet indicateur a la même définition que l'indicateur 1, mais présente un nombre limité d'affections spécifiques telles que définies par le pays, par exemple paludisme (diagnostic confirmé / présumé), maladies évitables par la vaccination (nouveaux cas), maladies à déclaration obligatoire (RSI), maladies tropicales négligées, nouveaux cas de cancer, nouveaux cas d'infarctus du myocarde, nouveaux cas d'accident vasculaire cérébral, effets indésirables après la vaccination (nombre)	Age (<5, ≥ 5) Sexe
4. Taux d'incidence des services ambulatoires et contribution proportionnelle due à des affections spécifiques	Cet indicateur a les mêmes définitions que l'indicateur 2, mais présente un nombre limité d'affections spécifiques telles que définies par le pays, par exemple paludisme (diagnostic confirmé / présumé), maladies évitables par la vaccination (nouveaux cas), maladies à déclaration obligatoire (RSI), maladies tropicales négligées, nouveaux cas de cancer, nouveaux cas d'hypertension, nouveaux cas de diabète, effets indésirables après la vaccination (nombre), etc.	Age (<5, ≥ 5) Sexe

*L'implantation géographique n'est pas présentée comme un type de ventilation dans ce tableau. Toutes les données devraient être analysées par implantation géographique
CSU: indicateur de Couverture Sanitaire Universelle

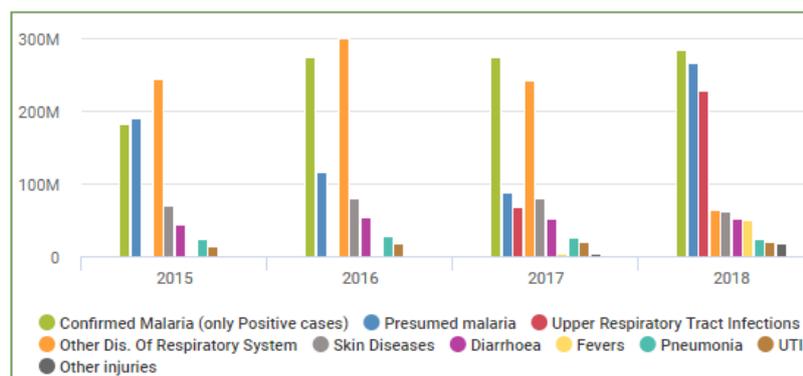
5. Tableaux de bord sur la morbidité

Principaux diagnostics en ambulatoire

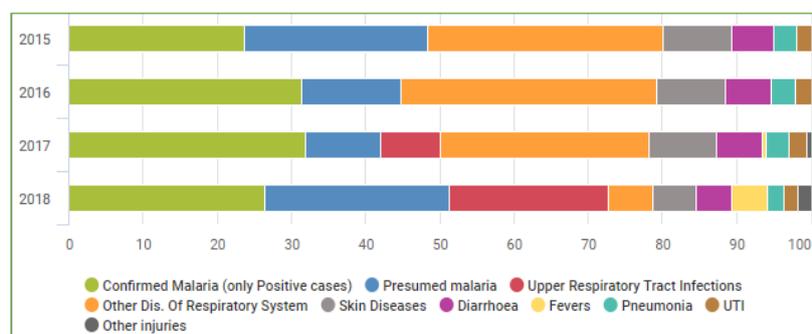
Top 20 outpatient diagnoses – National: number of cases, all ages, both sexes – 2018 ranking

Data / Period	2015 †	2016 †	2017 †	2018 †
Confirmed Malaria (only Positive cases)	181,489,600	273,025,300	274,900,800	283,428,100
Presumed malaria	190,581,900	115,094,500	87,944,500	265,305,400
Upper Respiratory Tract Infections	0	11,500	68,223,500	228,805,500
Other Dis. Of Respiratory System	244,553,000	300,004,100	242,458,700	63,923,100
Skin Diseases	70,994,700	79,531,600	79,443,600	62,992,900
Diarrhoea	43,074,700	54,635,500	51,890,800	51,953,600
Fevers	0	0	4,829,300	50,462,700
Pneumonia	24,262,100	27,912,700	26,953,900	23,916,000
UTI	14,088,700	17,730,800	20,074,500	20,729,900
Other injuries	0	0	4,994,200	18,134,800
Typhoid fever	20,827,200	23,051,300	21,271,000	17,690,800
Arthritis, Joint pains etc.	12,216,700	14,839,500	16,918,700	15,911,800
Eye Infections	12,948,900	14,582,800	14,291,400	13,687,700
Hypertension	5,808,900	6,859,300	8,655,300	9,905,600
Ear Infections/ Conditions	8,826,500	9,616,700	13,355,200	9,520,700
Dental Disorders	7,456,500	7,612,300	7,497,600	6,921,700
Intestinal worms	3,553,900	3,651,600	4,159,300	5,700,200
Asthma	0	0	1,549,600	5,609,100
STIs	4,360,700	4,771,600	5,024,000	4,817,800
Road Traffic Injuries	18,000,100	20,562,800	17,188,900	4,611,900

Top 10 outpatient diagnoses – National: all ages, both sexes - number of cases



Top 10 outpatient diagnoses – National: all ages, both sexes – proportionate morbidity (%)



6. Analyse de base

PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITÉ

Objectif

Les taux de morbidité en établissement peuvent donner une idée du fardeau des maladies des personnes se présentant dans les établissements de santé et des défis sanitaires pour la population. La surveillance des tendances en matière de morbidité est essentielle pour l'élaboration des politiques, la planification et la gestion ainsi que pour réagir en temps opportun à l'évolution des schémas de morbidité.

Analyse

L'analyse des données sur la morbidité doit fournir les 10 à 20 principaux diagnostics, à la fois pour les patients en ambulatoire et les patients hospitalisés, à la fois en pourcentage du total des décharges et pour 1000 habitants. Les analyses doivent être présentées pour tous les âges (total) et pour les enfants de moins de cinq ans. Une ventilation supplémentaire par âge et par sexe peut être effectuée si les données sont disponibles et pertinentes. Les analyses doivent être présentées avec des informations sur la qualité des données, y compris le pourcentage de diagnostics classés comme mal définis ou inconnus (« erronés »).

Des données sur trois à cinq ans doivent être présentées pour évaluer les tendances annuelles. Cet aspect est important pour évaluer la qualité des données et peut également fournir des informations sur les changements épidémiologiques.

Les principaux diagnostics peuvent être présentés sous forme de liste de taux hiérarchisée pour 1000 habitants ou de chiffres absolus lorsque les dénominateurs sont incertains. La morbidité proportionnelle peut être présentée sous forme de diagramme en secteurs ou de liste hiérarchisée. Pour des raisons de lisibilité, les diagrammes en secteurs ne doivent pas comporter plus de 10 segments. Pour les données sur la morbidité proportionnelle, tant pour les patients hospitalisés que pour les patients en ambulatoires, la répartition en pourcentage est affectée par la façon dont les diagnostics sont regroupés et par les pourcentages classés comme inconnus ou mal définis. Pour l'analyse des tendances, la cohérence dans le regroupement des diagnostics est importante (se reporter à la section sur la mortalité pour plus de détails). La morbidité proportionnelle peut également être affectée par des changements dans les types d'établissements déclarants, par exemple si les établissements de référence sont inclus ou non.

4. Principaux diagnostics de décharge des patients hospitalisés

Cet indicateur comporte deux composantes: la première fournit les taux de population pour 1 000 habitants; la seconde fournit la répartition en pourcentage des diagnostics pour le total des décharges et des décès. Seuls les décharges ou les décès consécutifs à la première admission pour le diagnostic posé doivent être pris en compte. La réadmission pour le même diagnostic doit être exclue.

1. Principaux diagnostics des patients en ambulatoire

L'indicateur a deux composantes. La première fournit les taux de population pour 1 000 habitants; la seconde fournit la répartition en pourcentage des diagnostics pour les premières consultations des

patients en ambulatoire. Pour l'analyse des données en ambulatoire, seules les données sur le diagnostic relatives à la nouvelle / première consultation pour un épisode de maladie doivent être incluses. Les consultations subséquentes (nouvelles consultations) pour le même épisode de diagnostic doivent être exclues. Les consultations de soins préventifs sont également exclues.

Les taux d'incidence démographiques des services des patients hospitalisés et ambulatoires sont des taux d'incidence minimaux ou bruts – ils sont basés sur les personnes qui se rendent dans l'établissement de santé en étant malades, mais il est probable que d'autres cas dans la population n'aient pas été diagnostiqués.

Morbidité due à des conditions spécifiques

Les méthodes utilisées pour analyser des diagnostics spécifiques sont les mêmes que pour les schémas de morbidité globaux. Le choix de la maladie à analyser et à présenter dépend des priorités de santé publique du pays.

1. Taux d'incidence des services des patients hospitalisés et contribution proportionnelle due à des affections spécifiques

Cet indicateur a la même définition que l'indicateur 1, mais présente un nombre limité d'affections spécifiques telles que définies par le pays, par exemple paludisme (diagnostic confirmé / présumé), maladies évitables par la vaccination (nouveaux cas), maladies à déclaration obligatoire (RSI), maladies tropicales négligées, nouveaux cas de cancer, nouveaux cas d'infarctus du myocarde, nouveaux cas d'accident vasculaire cérébral, effets indésirables après la vaccination (nombre), etc.

2. Taux d'incidence des services ambulatoires et contribution proportionnelle due à des conditions spécifiques

Cet indicateur a les mêmes définitions que l'indicateur 2, mais présente un nombre limité d'affections spécifiques telles que définies par le pays, par exemple paludisme (diagnostic confirmé / présumé), maladies évitables par la vaccination (nouveaux cas), maladies à déclaration obligatoire (RSI), maladies tropicales négligées, nouveaux cas de cancer ; nouveaux cas d'hypertension, nouveaux cas de diabète, effets indésirables après la vaccination (nombre), etc.

ACCÈS, COUVERTURE ET QUALITÉ DES SERVICES DE SANTE DE BASE

1. Introduction

Cette section se concentre sur un ensemble d'indicateurs d'accès, de couverture et de qualité, y compris des indicateurs liés à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). L'ensemble des indicateurs peut être modifié en fonction des priorités du pays.

Accès

La mesure dans laquelle la population peut accéder aux services de santé et les utiliser affecte la couverture des interventions ainsi que la morbidité et la mortalité. L'accès aux services de santé est associé à un éventail de facteurs souvent complexes, notamment la disponibilité des services, la distance, les transports, les obstacles financiers, les facteurs socioculturels, les comportements des prestataires et les préférences du patient. La mesure de la plupart de ces facteurs nécessite des données provenant de sources autres que le système d'information de base de l'établissement. Cependant, certains indicateurs obtenus via le SISR peuvent être utilisés pour refléter l'accès, par exemple les indicateurs de disponibilité et d'utilisation de service.

Couverture

La couverture des services correspond au pourcentage d'une population qui reçoit les services de santé dont elle a besoin. Les indicateurs de couverture sont essentiels à la surveillance de la CSU. La CSU est un indicateur d'objectif de développement durable (ODD 3.8) et soutient l'idée selon laquelle chaque personne devrait bénéficier des services de santé de base et de qualité dont elle a besoin sans être exposée à des difficultés financières.

Les données sur la population, par exemple les enquêtes basées sur la population, constituent la source primaire de données sur la couverture. Ces enquêtes peuvent également fournir des données désagrégées par statut socio-économique et d'autres mesures d'équité. Cependant, les indicateurs de couverture basés sur les établissements peuvent fournir des informations importantes sur les tendances en termes de couverture entre les enquêtes, à condition que les limitations potentielles soient reconnues. Les données sur les établissements sont également une source primaire d'estimations locales de la couverture. Les indicateurs de couverture de service figurant dans les tableaux de bord de ce module donnent une image générale de la couverture de plusieurs services. Pour tous ces indicateurs, des niveaux de couverture élevés indiquent un bon accès, même si certains problèmes de qualité des données peuvent subsister.

Qualité, sécurité et efficacité

La qualité des services de santé est un facteur déterminant en termes de résultats sanitaires, elle influe aussi nettement l'utilisation et la couverture des services. La qualité des services dépend de la disponibilité et de la fonctionnalité des principaux intrants des services de santé (finances, personnel, médicaments), mais également de facteurs tels que les conditions de travail, les compétences et le comportement des agents de santé.

La qualité englobe de multiples dimensions et une évaluation adéquate de la qualité des services de santé nécessite diverses méthodes. Toutefois, certains aspects de la qualité de service peuvent être évalués à l'aide de données de routine et servir à mettre en évidence des problèmes ou la nécessité d'une évaluation plus approfondie.

2. A propos des données

Accès

Disponibilité de services spécifiques: des informations sur la disponibilité de services spécifiques dans un établissement de santé peuvent être obtenues au moyen d'enquêtes périodiques dans les établissements, par exemple l'Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé de l'OMS (SARA) et la plus récente Evaluation harmonisée des établissements de santé avec auto-déclarations périodiques effectuée par les établissements de santé peuvent également fournir des informations sur la disponibilité des services. En l'absence de telles informations, les données sur la décharge disponibles, et spécifiques à un service, peuvent être utilisées comme approximation pour évaluer la disponibilité du service, par exemple les données sur le nombre de patients sous TAR indiquent la disponibilité des services TAR. Des indicateurs connexes, tels que la disponibilité des infrastructures, du personnel de santé et des médicaments de base, sont abordés à la section 5 (Intrants des services sanitaires). Des indicateurs basés sur la population, tels que la distance physique avec les établissements de santé, le temps de trajet pour s'y rendre et les obstacles financiers et culturels, sont également utilisés comme indicateurs en matière d'accès. Ces indicateurs proviennent d'enquêtes effectuées auprès des ménages ou de la modélisation géospatiale.

Utilisation des services ambulatoires et des patients hospitalisés: l'utilisation est un indicateur indirect d'accès et inclut les taux de consultations aux services de consultations externes (OPD) et les taux d'admission / de décharge de l'hôpital. Les faibles niveaux d'utilisation des services peuvent être le reflet des obstacles à l'accès.

Services chirurgicaux: deux indicateurs de soins chirurgicaux peuvent également être utilisés comme mesures d'accès. Si le nombre de procédures chirurgicales (volume chirurgical) pratiquées dans une région est relativement faible, les services chirurgicaux risquent de ne pas être disponibles. De même, une faible proportion de naissances par césarienne dans la population (bien en dessous de 10% de toutes les naissances vivantes dans la population) est susceptible d'indiquer que les femmes n'ont pas un accès adéquat aux soins obstétricaux d'urgence. La disponibilité des services chirurgicaux doit ensuite être évaluée.

Couverture

Les indicateurs de couverture nécessitent des estimations de la population cible en tant que dénominateurs. Plusieurs indicateurs de couverture, y compris certains indicateurs de la CSU, peuvent être basés sur les données du SISR, par exemple la vaccination et la couverture du traitement antirétroviral (TAR). En outre, les statistiques de couverture obtenues à partir du SISR peuvent fournir une image de la couverture locale des services de santé de base dans le contexte de la CSU. En tant que tel, le SISR est une source importante de données sur la couverture pour les gestionnaires et planificateurs car il est collecté plus fréquemment et peut être utilisé plus rapidement que les données obtenues d'autres sources. L'équité est essentielle à la réalisation de la CSU. Les données SISR peuvent être utilisées pour mesurer un certain nombre de dimensions de l'équité: emplacement géographique, âge et genre (si pertinent).

L'ensemble des indicateurs utilisés pour mesurer l'état de la CSU au niveau local peut varier en fonction du profil épidémiologique du pays et de la disponibilité des données. La section sur la couverture de ce module met en évidence les indicateurs de la CSU collectés via le SISR et fournit également des approximations pertinentes eu égard au SISR pour certains indicateurs de la CSU.

Qualité, sécurité et efficacité

La qualité des soins revêt de multiples dimensions et une évaluation adéquate nécessite d'autres sources de données en plus des données de routine de l'établissement. Cependant, le SISR peut fournir des données permettant d'évaluer certains aspects de la qualité, par exemple la mesure dans laquelle un traitement opportun et approprié a été instauré (paludisme, VIH, par exemple) ou a abouti à des résultats positifs (tuberculose, par exemple) ou si les services ont réussi à « fidéliser » les utilisateurs à des fins préventives (soins anténataux / accouchement, vaccination des enfants). Les taux de mortalité en établissement et les taux de complication ainsi que la disponibilité des ressources essentielles, sont également des mesures de la qualité des services de santé. Les indicateurs de qualité fournis dans cette section représentent un nombre limité d'indicateurs de qualité pour une gamme de programmes et de services. Ces indicateurs doivent être complétés par des données provenant d'autres sources si une évaluation approfondie de la qualité des soins est nécessaire.

3. Évaluation de la qualité des données

Les indicateurs d'accès, de couverture et de qualité de ce module couvrent un large éventail de domaines de programme et plusieurs indicateurs sont liés à des problèmes spécifiques de qualité des données qui sont traités dans les modules spécifiques au programme. Par exemple, les problèmes de qualité des données spécifiques à un indicateur de tuberculose se trouvent dans la section sur la qualité des données du module TB (*Directives pour les responsables de programme de lutte antituberculeuse*). Les analystes de données, le personnel de suivi et d'évaluation et les directeurs de district doivent donc comprendre les problèmes de qualité des données dans l'ensemble des différents domaines de programme. Les informations sur la qualité des données doivent être présentées dans le même tableau de bord ou rapport que les données d'accès, de couverture et de qualité afin d'aider le lecteur à comprendre les points forts et les points faibles des données et la manière dont elles doivent être interprétées.

Les données relatives à l'accès, à la couverture et à la qualité de service sont évaluées à l'aide des critères standard d'examen de la qualité des données :

Exhaustivité et promptitude

Exhaustivité et promptitude pour la soumission des rapports
Exhaustivité des éléments de données

Cohérence interne

Présence de valeurs aberrantes
Cohérence des données dans le temps, y compris variations saisonnières, par exemple dans l'utilisation du service
Cohérence entre les éléments de données / indicateurs, par exemple taux d'abandon négatif pour la vaccination, doses de vaccin administrées par rapport aux flacons utilisés

Cohérence externe avec d'autres sources de données

Cohérence entre les données du SISR et les enquêtes basées sur la population (accès et couverture)
Cohérence entre les données du SISR et les autres méthodes d'évaluation de la qualité de service

Comparaison externe des données sur la population

Cohérence entre les estimations de population utilisées pour calculer les indicateurs d'accès et de couverture basés sur les établissements et les autres sources d'estimations de population

4. Indicateurs de base des établissements pour l'accès, la couverture et la qualité

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
ACCES		
1. Disponibilité de services spécifiques	<p>1) Nombre d'établissements de santé offrant des services spécifiques pour 10 000 habitants N : nombre d'établissements offrant le service X 10 000 D1: population totale OU 2) Pourcentage d'établissements offrant le service N : nombre d'établissements offrant le service X 100 D2: nombre total d'établissements</p> <p>(Les services spécifiques peuvent inclure: services curatifs ambulatoires généraux; services spécifiques, par ex. VIH, TB, MNT, santé mentale, services généraux de santé maternelle et infantile, vaccination, soins d'obstétrique et de néonatalogie d'urgence de base (BEmONC), soins d'obstétrique et de néonatalogie (CEmONC) d'urgence complets; soins chirurgicaux de base et complets, etc.)</p>	Type d'établissements Propriété des établissements
2. Utilisation des services ambulatoires	<p>Nombre de consultations au département de consultations externes (OPD) par personne et par an N : nombre de nouvelles consultations et de consultations subséquentes à l' OPD en un an D : population</p>	Age (<5, >5) Sexe
3. Taux d'admission à l'hôpital (utilisation des services des patients hospitalisés)	<p>Nombre d'admissions à l'hôpital pour 100 habitants par an N : nombre d'admissions nouvelles et de réadmissions au cours d'une année X 100 D : population</p>	Age (<5, >5) Sexe
4. Taux de césarienne	<p>Pourcentage d'accouchements par césarienne</p> <p>a) Taux de césariennes dans la population: N : nombre de césariennes X 100 D1: nombre estimé de naissances vivantes dans la population</p> <p>b) Taux de césariennes dans l'établissement: N : nombre de césariennes X 100 D2: nombre d'accouchements dans les établissements de santé</p>	Age (10-14;15-19; 20+)
5. Volume chirurgical	<p>Nombre de procédures chirurgicales pratiquées en salle d'opération pour 100 000 habitants par an N : nombre de procédures chirurgicales pratiquées au cours d'une année X 100 000 D : population (Une procédure chirurgicale est définie comme une incision, une excision ou une manipulation de tissu nécessitant une anesthésie locale ou générale ou une sédation profonde pour contrôler la douleur.)</p>	Type de procédure; urgence, programmée

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
COUVERTURE		
1. Utilisatrices nouvelles de la contraception (Approximation pour la CSU)	Personnes qui acceptent pour la première fois de leur vie une méthode de contraception N : nombre de personnes qui acceptent pour la première fois de leur vie une méthode de planification familiale moderne	Age (10-14, 15-19, 20+) Sexe
2. Première consultation de patientes des services anténatals avant 12 semaines	Pourcentage de patientes des services anténatals avec 1ère consultation avant 12 semaines de gestation N : nombre de premières consultations de patientes des services anténatals avant 12 semaines D : nombre de premières consultations de patientes des services anténatals	Age (10-14, 15-19, 20+)
3. Accouchements dans des établissements de santé (Lié à la CSU)	Pourcentage d'accouchements effectués dans un établissement de santé N : nombre d'accouchements dans un établissement de santé X 100 D : nombre de naissances vivantes dans la population	Age (10-14, 15-19, 20+)
4. Couverture DPT3 (CSU) Egalement couverture d'autres vaccins	Pourcentage de la population cible ayant reçu la troisième dose de vaccin contenant le DPT3 N : nombre de nourrissons de moins d'un an recevant la troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche X 100 D : nombre estimé de nourrissons de moins d'un an (nourrissons survivants)	Par vaccin / dose de vaccin Age (<1 an, ≥ 1 an pour la vaccination des nourrissons; ≤ 2 ans, ≥ 2 ans pour la vaccination des tout-petits) Etat (femmes enceintes, autres) pour TT (vaccin contre le tétanos)
5. Couverture du traitement antirétroviral (TAR) (CSU)	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement un traitement antirétroviral (à la fin de la période de notification spécifiée) par rapport au nombre estimé de PVVIH N : nombre d'adultes et d'enfants qui suivent actuellement un traitement antirétroviral à la fin de la période de référence X 100 D : nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH	Age (<15; 15+) Sexe (m, f, TG) Populations clés
6. Taux de notification de la TB (Lié à la CSU)	Cas de tuberculose notifiés au cours d'une période donnée, généralement un an, pour 100 000 habitants N : nombre de cas de tuberculose notifiés au cours d'une période donnée x 100 000 D : population estimée au cours de la même période	Par type de cas: pulmonaire: bactériologiquement confirmée ou pulmonaire: cliniquement diagnostiquée; Par antécédents de traitement: nouveaux cas et rechutes (cas incidents) ou déjà traités, à l'exclusion des rechutes
7. Ratio des tests de diagnostic du paludisme	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant reçu un test de diagnostic pour le paludisme N : nombre de tests du paludisme réalisés x 100 D : nombre de cas suspects de paludisme (Tests du paludisme = nombre de TDR + nombre de microscopies Cas suspects de paludisme = nombre de tests du paludisme réalisés + nombre de cas suspects de paludisme rapportés)	Microscopie, TDR Age (<5, 5-14, 15+)

Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
8. Début du traitement de l'hypertension (Lié à la CSU)	INDICATEUR PRÉSENTÉ COMME ÉBAUCHE POUR DISCUSSION : Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre l'hypertension	Age Sexe
9. Début du traitement du diabète (Lié à la CSU)	INDICATEUR PRÉSENTÉ COMME ÉBAUCHE POUR DISCUSSION : Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre le diabète	Age Sexe
10. Dépistage du cancer du col de l'utérus (Lié à la CSU)	INDICATEUR SISR EN DÉVELOPPEMENT Nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de référence	Age
QUALITE, SECURITE ET EFFICACITE		
1. Dépistage anténatal de la syphilis chez des patientes	Pourcentage de patientes bénéficiant de soins anténatals ayant subi un dépistage de la syphilis N : nombre de patientes bénéficiant de soins anténatals ayant subi un dépistage de la syphilis X 100 D : nombre de premières consultations de patientes bénéficiant de soins anténatals	Age (10-14, 15-19, 20+)
2. Taux d'abandon de la vaccination	Pourcentage de nourrissons ayant reçu le DTC1 mais n'ayant pas reçu le vaccin DTC3 N : (doses de DPT1 - doses de DPT3) x 100 D : doses de DPT1 Pourcentage de nourrissons ayant reçu le BCG mais n'ayant pas reçu la première dose de vaccin antirougeoleux N : (doses de BCG - doses de MCV1) x 100 D : doses de BCG Pourcentage de nourrissons ayant reçu le VCM1 mais n'en ayant pas reçu le MCV2 N : (doses MCV1 - doses MCV2) x 100 D : doses de MCV1	
3. Cascade du VIH	Nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH contre Nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH ayant débuté un traitement contre Nombre de personnes poursuivant un traitement antirétroviral après une période déterminée parmi celles qui ont commencé un traitement antirétroviral	Age (<1, >1) Sexe (M, F, TG) Populations spéciales (populations clés) Durée spécifiée (actuelle / depuis le début du programme, 12, 24, 36, 48, 60 mois)
4. Taux de réussite du traitement antituberculeux (Approximation pour la CSU)	Pourcentage de cas de tuberculose traités avec succès (guéris et traitements terminés) parmi les cas de tuberculose notifiés aux autorités sanitaires nationales au cours d'une période donnée, généralement un an. N : nombre de cas de tuberculose notifiés au cours d'une période donnée et ayant été traités avec succès X 100 D : nombre de cas de tuberculose notifiés au cours de la même période	Reportez-vous au module TB pour les ventilations recommandées

ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

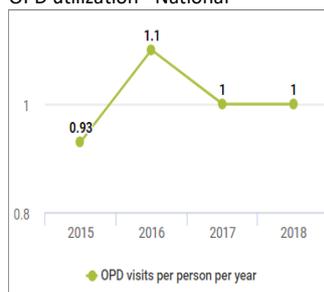
Indicateurs de base	Définition	Ventilation*
5. Cas de paludisme confirmés traités avec ACT (Approximation pour la CSU)	<p>Pourcentage de cas confirmés de paludisme recevant un traitement antipaludique de première intention: thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT)</p> <p>N : nombre de cas confirmés de paludisme traités par TCA x 100 D : nombre de cas de paludisme confirmés</p> <p>(Nombre de cas confirmés = nombre de cas positifs avec les TDR + nombre de cas positifs par microscopie)</p>	TDR, microscopie; Age (<5, 5-14, 15+); zone géographique / résidence / cible; établissement / communauté
6. Taux d'occupation des lits (BOR)	<p>Pourcentage de lits disponibles occupés pendant une période donnée</p> <p>N : nombre de jours avec lits occupés X 100 D : nombre total de jours avec lits disponibles</p>	Type d'établissement
7. Durée moyenne de séjour (ALOS)	<p>Nombre moyen de jours que les patients ont passé à l'hôpital sur une période donnée</p> <p>N : nombre de jours avec lits occupés D : nombre d'admissions</p> <p>(Admissions = décharges + décès)</p>	Type d'établissement

5. Tableaux de bord pour l'accès, la couverture et la qualité

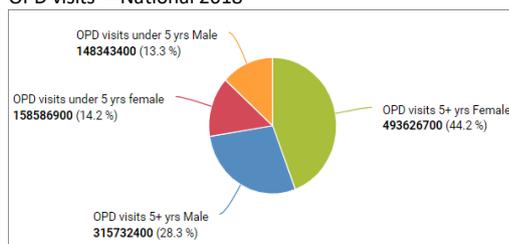
5.1 ACCÈS AU TABLEAU DE BORD

Utilisation des services ambulatoires

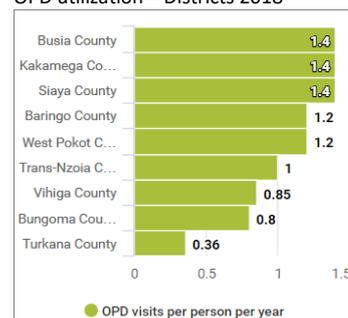
OPD utilization - National



OPD visits – National 2018



OPD utilization – Districts 2018

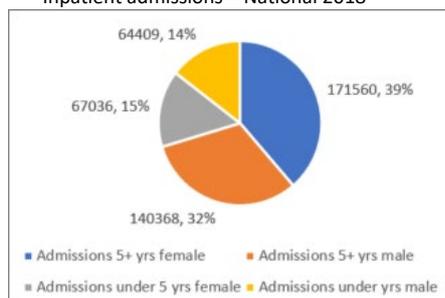


Utilisation du service des patients hospitalisés (admissions à l'hôpital)

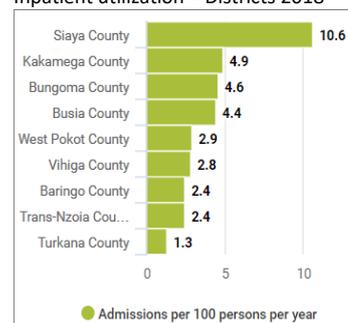
Inpatient utilization - National



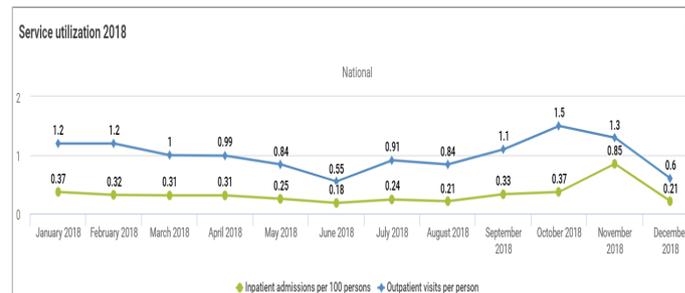
Inpatient admissions – National 2018



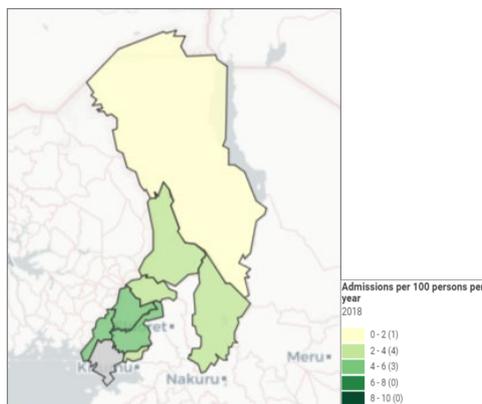
Inpatient utilization – Districts 2018



Utilisation des services ambulatoires et des patients hospitalisés – tendances mensuelles

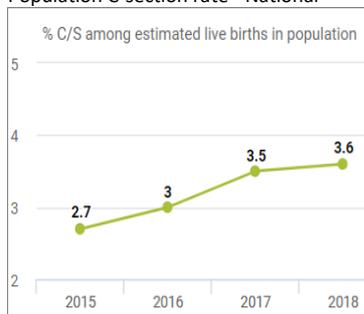


Inpatient utilization – Districts 2018

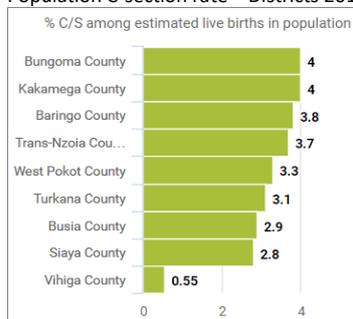


Taux de césarienne

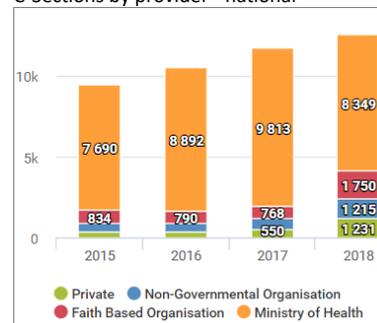
Population C-section rate - National



Population C-section rate – Districts 2018



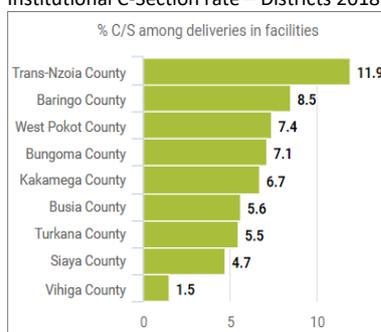
C-Sections by provider - national



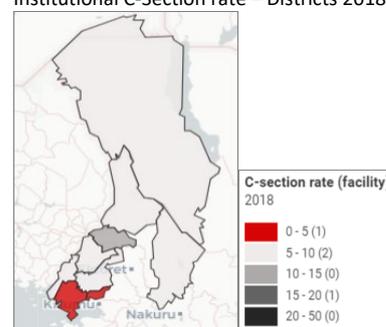
Institutional C-Section rate - National



Institutional C-Section rate – Districts 2018

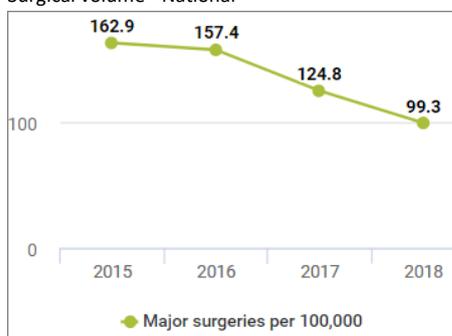


Institutional C-Section rate – Districts 2018

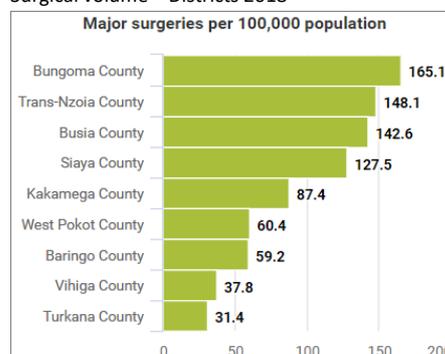


Volume chirurgical

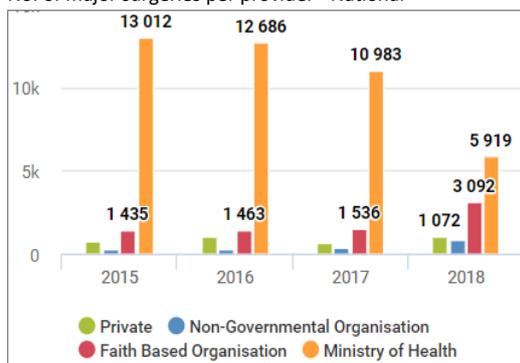
Surgical volume - National



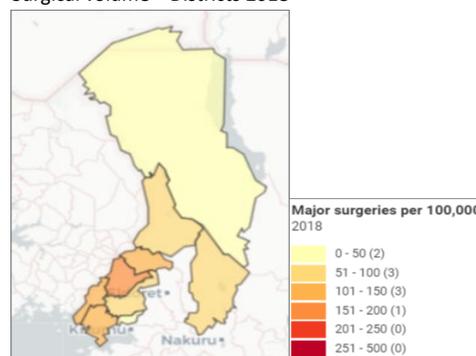
Surgical volume – Districts 2018



No. of major surgeries per provider - National



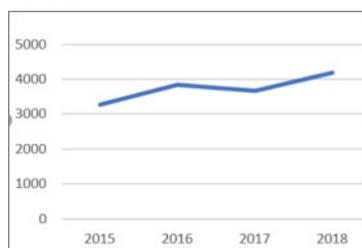
Surgical volume – Districts 2018



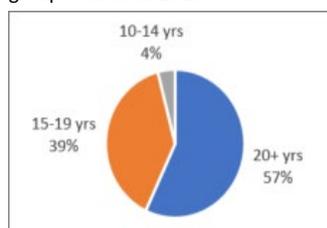
5.2 TABLEAU DE BORD COUVERTURE ET QUALITÉ

Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

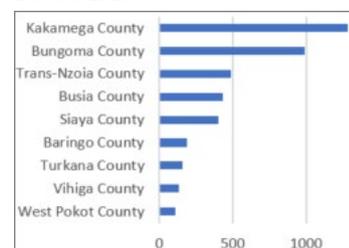
Contraceptive first time users – National



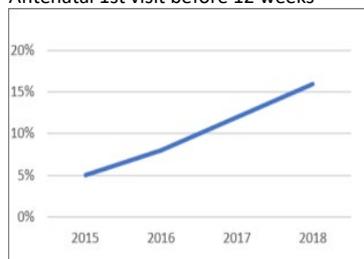
Contraceptive first time users by age group – National 2018



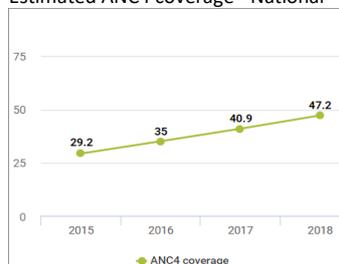
Contraceptive first time users – Districts 2018



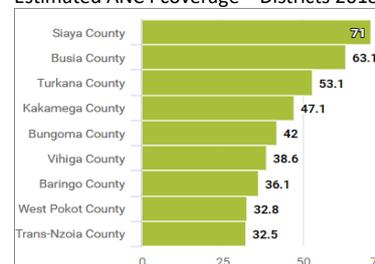
Antenatal 1st visit before 12 weeks



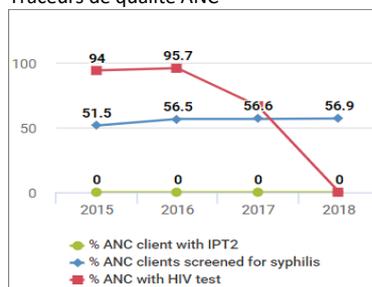
Estimated ANC4 coverage - National



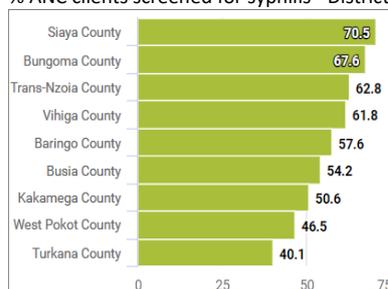
Estimated ANC4 coverage – Districts 2018



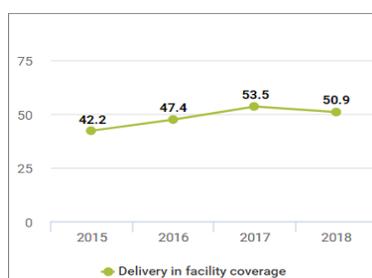
Traceurs de qualité ANC



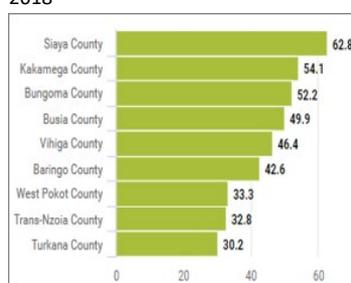
% ANC clients screened for syphilis - Districts 2018



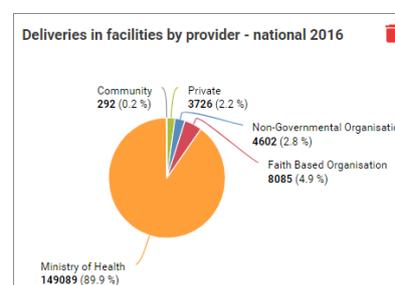
Institutional delivery coverage - National



Institutional delivery coverage – Districts 2018

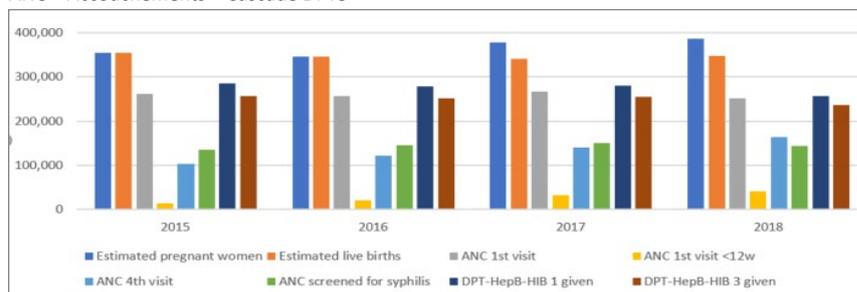


Deliveries in facilities by provider



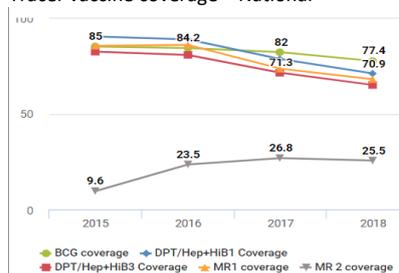
ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

ANC – Accouchements – Cascade DPT3



Vaccination

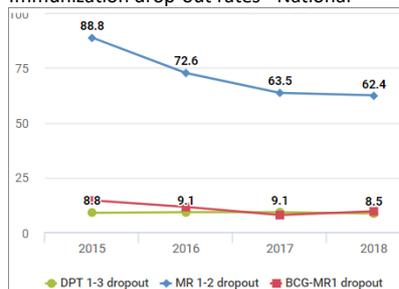
Tracer vaccine coverage – National



Tracer vaccine coverage – Districts 2018

Organisation unit / Data	BCG coverage	DPT/Hep+HIB1 Coverage	DPT/Hep+HIB3 Coverage	MR1 coverage	MR2 coverage
Baringo County	67.8	77	70.2	72.3	20.4
Bungoma County	95.3	92.8	84.7	88.8	25.9
Busia County	77.1	85.8	80.7	91.8	30.8
Kakamega County	83.2	89.7	84.6	95.3	27.2
Siaya County	77	83.2	78.7	82.6	24.4
Trans-Nzoia County	73	76.6	68.7	66.5	14
Turkana County	98.5	88.1	73.2	78.8	6.8
Vihiga County	62.6	79.5	74.5	85.9	47.6
West Pokot County	95.8	113.3	93.4	87.1	10.5

Immunization drop-out rates - National

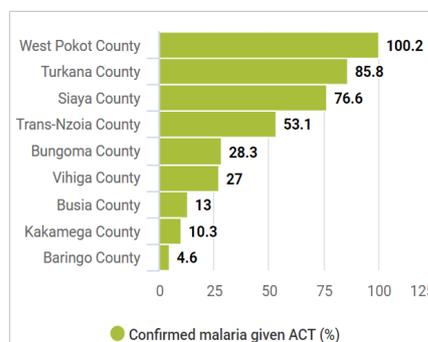
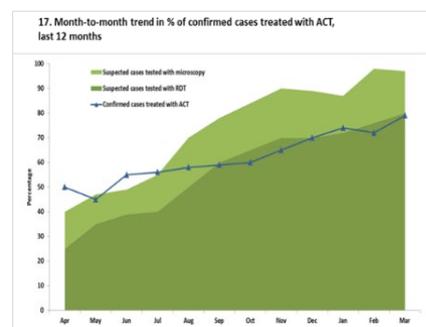


Immunization drop-out rates – Districts 2018

	DPT 1-3 dropout	BCG-MR1 dropout	MR 1-2 dropout
Baringo County	8.8	8.8	71.8
Bungoma County	8.7	19.8	70.8
Busia County	5.9	-2.5	66.5
Kakamega County	5.7	-0.36	71.4
Siaya County	5.5	3.9	70.5
Trans-Nzoia County	10.4	20.7	78.9
Turkana County	16.9	29	91.3
Vihiga County	6.3	-17.8	44.6
West Pokot County	17.5	22.4	87.9

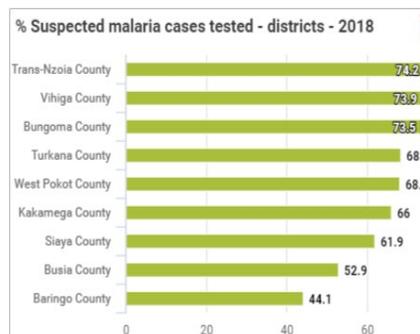
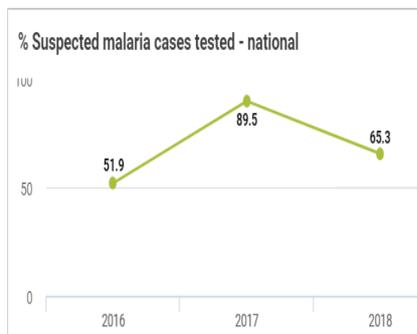
Paludisme

Cas confirmés de paludisme traités avec ACT



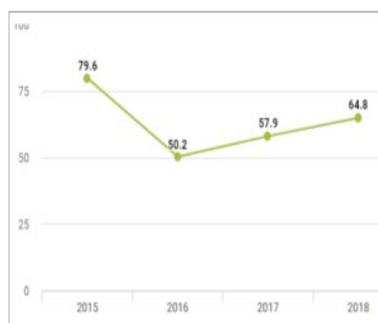
ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

Ratio des tests de diagnostic du paludisme

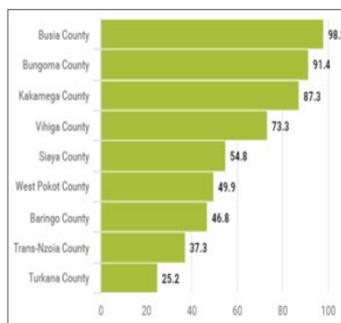


VIH / SIDA

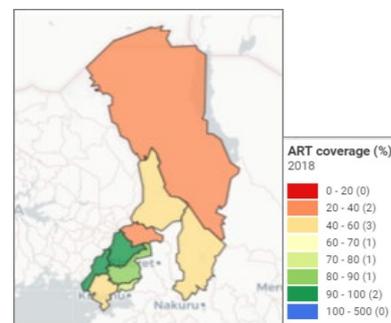
Couverture du traitement antirétroviral



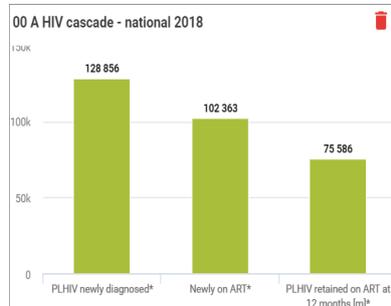
ART coverage – Districts 2018



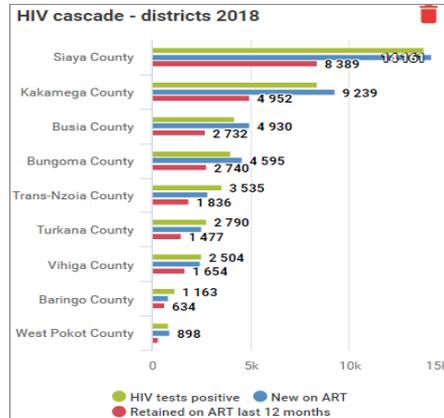
ART coverage – Districts 2018



Cascade du VIH

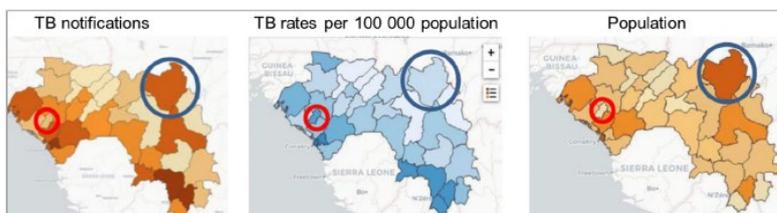
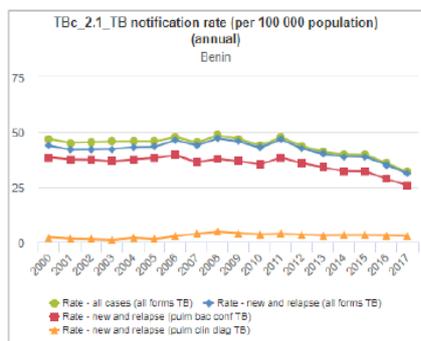


Cascade du VIH



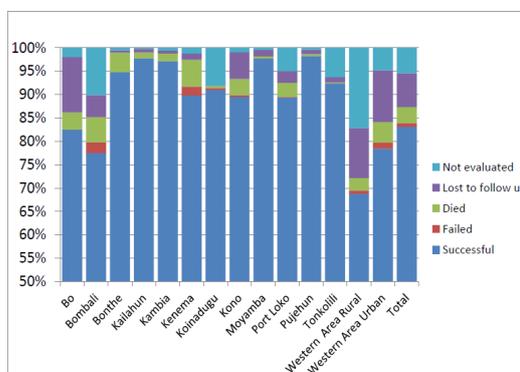
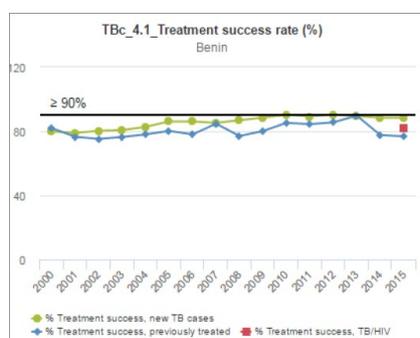
Tuberculose

Taux de notification des cas de tuberculose



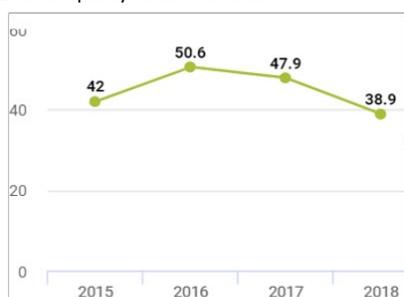
Les cercles bleus indiquent un district avec un nombre élevé de notifications de tuberculose (numérateur) mais un taux de notification de cas de tuberculose inférieur du fait d'un nombre élevé d'habitants (dénominateur). Les cercles rouges indiquent un district avec un nombre bas de notifications de tuberculose mais un taux de notification de cas de tuberculose élevé du fait d'un nombre faible d'habitants.

Taux de réussite du traitement antituberculeux

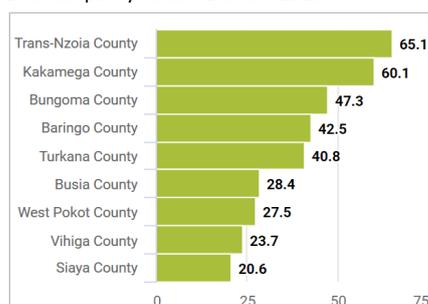


Taux d'occupation des lits et durée moyenne du séjour

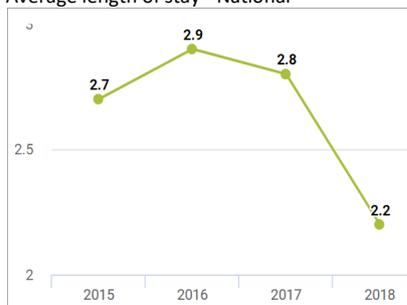
Bed occupancy rates - National



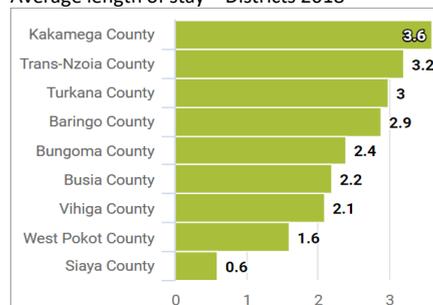
Bed occupancy rates – Districts 2018



Average length of stay - National



Average length of stay – Districts 2018



6. Analyse de base

Objectif

Les tableaux de bord de qualité accès-couverture offrent une vue transversale sur une gamme de services de santé de base. Les tableaux de bord présentent un ensemble d'indicateurs de suivi qui permettent de surveiller les principaux aspects de la prestation de services et mettent en évidence les domaines pouvant nécessiter une enquête plus approfondie. L'ensemble d'indicateurs de suivi peut être adapté pour refléter les priorités du pays, par exemple pour inclure les indicateurs utilisés pour suivre le plan stratégique national de santé.

Les tableaux de bord peuvent afficher les tendances pour chaque service au fil du temps ainsi que l'évolution dans le temps des différents services les uns par rapport aux autres. Une telle comparaison permet au gestionnaire de voir quels programmes ont réalisé des gains et où les progrès font défaut.

Des tableaux de bord peuvent également être créés pour permettre des comparaisons entre zones géographiques ou établissements pour une période donnée. En outre, les tableaux de bord peuvent être créés pour différents niveaux du système de prestation de services et adaptés aux besoins de surveillance et de gestion à chaque niveau: niveau national, niveau sous-national (par exemple district) et établissement individuel.

Analyse

6.1 ACCES

Les indicateurs de disponibilité et d'utilisation des services sont utilisés comme mesures de l'accès.

1. Disponibilité de services spécifiques

La disponibilité spécifique à un service indique la présence d'un service particulier et détermine si le système de prestation de service est capable de répondre à la gamme de besoins de la population cible. Les taux de volume chirurgical et de césarienne peuvent également fournir une indication générale de la disponibilité des services chirurgicaux.

Echantillon de liste de services sanitaires pour évaluer la disponibilité des services

Services sanitaires de reproduction, maternel, pour nouveau-nés, enfants et adolescents:

- Planning familial
- Soins anténataux
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC)
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEmONC), soins post-avortement
- Soins de base pour nouveau-nés
- Vaccination
- Soins de santé préventifs et curatifs pour les enfants
- Services de santé pour adolescents

Services des maladies infectieuses:

- Diagnostic ou traitement du paludisme
- Services de lutte contre la tuberculose
- Conseil et dépistage du VIH
- Soins et services de soutien liés au VIH / SIDA
- Prescription d'antirétroviraux et gestion des patients
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Diagnostic ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Services de maladies non transmissibles:

- Diagnostic et prise en charge des MNT:
 - Diabète
 - Maladie cardiovasculaire
 - Maladie respiratoire chronique
 - Dépistage du cancer du col de l'utérus

Services chirurgicaux:

- Soins chirurgicaux de base et complets, y compris césarienne, laparotomie, fracture ouverte

Autres services:

- Transfusion sanguine
- Capacité de laboratoire

Les indicateurs de disponibilité du service peuvent être exprimés de deux manières:

1. le pourcentage d'établissements de santé offrant un service spécifique (par exemple 75% des établissements de santé offrent des services de vaccination); OU
2. le nombre d'établissements de santé offrant un service spécifique pour 10 000 habitants.

L'indicateur basé sur la population est plus significatif si le dénominateur fait référence à la population cible spécifique, par exemple le nombre d'établissements offrant des soins anténatals pour 1 000 femmes enceintes est plus significatif que le nombre d'établissements offrant des soins anténatals pour 10 000 habitants.

Différents contextes peuvent exprimer la disponibilité des services de manière différente, en fonction des modèles de prestation de services et des profils de maladie. Pour certaines zones géographiques, la disponibilité de services spécifiques doit correspondre au profil de maladie. Par exemple, la disponibilité spécifique à un service pour une zone non endémique de paludisme sera différente de la disponibilité spécifique à un service pour une zone touchée par le paludisme. Si le VIH est fortement concentré dans les populations à haut risque, une proportion moindre d'établissements pourrait offrir des services de traitement du VIH que dans une zone où la prévalence du VIH dépasse 2% dans la population générale.

La répartition des services de santé maternelle et infantile, des services curatifs ambulatoires généraux et des services pour les maladies non transmissibles telles que l'hypertension, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les problèmes de santé mentale devrait être relativement uniforme dans tout le pays. Cependant, dans certains contextes, les services relatifs aux MNT et à la santé mentale ne sont souvent fournis que dans les hôpitaux.

Pourcentage d'établissements offrant des services spécifiques: Afghanistan 2014

Service/Type of HF	HSC	BHC	CHC	DH
Blood Transfusion	2%	6%	50%	86%
Laboratory	5%	35%	90%	93%
BEmOC	68%	74%	73%	
CEmOC			7%	87%
DOTS service	47%	66%	87%	92%
Ambulance		4%	63%	83%
TB diagnosis and treatment			61%	86%
Approp. Waste Disposal	28%	47%	55%	69%
EPI (Penta)	32%	97%	100%	99%
ANC	85%	88%	97%	100%
Deliveries	62%	71%	87%	96%
Inpatient			28%	95%
Surgical Operations			6%	84%

Sous-centre de santé HSC
Centre de santé basique BHC
Centre de santé complet CCH
Hôpital de district DH

Source: Mòdol X, Ministère afghan de la santé publique, Union européenne.
Examen conjoint du secteur de la santé en Afghanistan 2015 (base de données SISR Afghanistan)

2. Utilisation des services ambulatoires

L'utilisation reflète la mesure selon laquelle les personnes utilisent les services à quelque fin que ce soit et constitue une mesure brute de l'accès. L'utilisation peut être influencée par la démographie, les profils de maladie et les facteurs socioculturels. Des taux bas, cependant, indiquent généralement un accès, une disponibilité et / ou une qualité médiocres des services. Par exemple, plusieurs pays ont montré que les tarifs des services ambulatoires augmentaient lorsque les contraintes liées à l'utilisation des services de santé étaient levées, par exemple en rapprochant les services de la population ou en réduisant les frais d'utilisation. Des taux plus élevés dépassant un certain seuil n'indiquent pas toujours un meilleur accès aux services.

En général, les taux d'utilisation des OPD (services ambulatoires) doivent inclure tous les types de consultations pour des soins curatifs, mais ne doivent pas inclure des soins préventifs, par exemple les soins anténatals et consultations de vaccination. L'indicateur d'utilisation des OPD représente généralement la somme des nouvelles consultations et des consultations répétées pour le même problème de santé. Cependant, l'analyse doit également les présenter séparément, car la proportion de toutes les consultations qui sont des consultations subséquentes peut varier dans le temps. Les définitions de cas pour une nouvelle consultation par opposition à une consultation subséquentes pour des diagnostics spécifiques doivent être disponibles. Si la proportion de consultations subséquentes est importante (par exemple 20%) mais que le taux de consultations global dans les OPD est faible, cela suggère qu'une large proportion de la population bénéficie d'un accès médiocre, mais qu'une partie de la population dispose d'un bon accès, ce qui signifie que certaines personnes effectuent plusieurs consultations tandis que d'autres n'utilisent pas du tout l'établissement.

L'analyse comparative des données sur les consultations par OPD est difficile car une sur-utilisation et une sous-utilisation peuvent se produire. Dans la plupart des États membres de l'Union européenne (UE), le nombre de consultations chez des médecins généralistes par personne et par an est compris entre 4,1 et 9,9⁷. L'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services de l'OMS (SARA) utilise cinq consultations ambulatoires par personne et par an comme point de repère⁸.

⁷ Disponible à : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_activities_statistics_-_consultations

⁸ Disponible à : http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reference_manual/en/

3. Utilisation des services des patients hospitalisés (taux d'admission à l'hôpital)

Le nombre d'admissions est calculé en tant que somme des décharges et des décès. Les décharges sont utilisées car elles sont liées au diagnostic final à la décharge, tandis que les diagnostics à l'admission sont souvent présomptifs. Les décharges comprennent les décharges autorisées, les transferts à l'extérieur et les décharges non autorisées («fugitifs»). Le taux d'admission des patients hospitalisés comprend toutes les admissions de patients hospitalisés, à l'exception de celles relatives à l'accouchement. La proportion d'admissions qui sont des réadmissions est également une information utile et, si elle est présentée par diagnostic, elle peut fournir des informations sur la qualité des soins (par exemple pour le diabète ou l'asthme). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où le fardeau des maladies est élevée, un faible taux d'admission pour les patients hospitalisés suggère un accès limité aux services des patients hospitalisés. Dans les systèmes de santé axés sur les hôpitaux (par exemple les républiques d'Asie centrale et certains pays d'Europe orientale), les taux d'admission sont généralement élevés.

Des taux d'admission élevés pour les patients hospitalisés peuvent également indiquer une qualité de soins globalement médiocre dans les établissements de soins primaires / ambulatoires, en particulier pour les affections pouvant être traitées en ambulatoire ou pour lesquelles une intervention précoce peut prévenir les complications, par exemple diabète, hypertension, asthme. Les taux de réadmissions sont un autre indicateur de la qualité des soins. De la même manière que pour les taux d'utilisation en ambulatoire, il est difficile de comparer les taux d'admission de patients hospitalisés. Dans les pays de l'OCDE dont la population est vieillissante, on compte environ 15 décharges pour 100 habitants, par an⁹. L'étude SARA de l'OMS utilise 10 décharges pour 100 personnes par an, comme référence¹⁰.

4. Taux de césarienne

Les taux de césariennes peuvent être calculés de deux manières:

1. *Le taux de césarienne de la population* est calculé en divisant le nombre total de césariennes sur une année par le nombre total estimé de *naissances vivantes* dans la population (les naissances vivantes sont le dénominateur standard pour cet indicateur, bien que des accouchements ou des naissances soient parfois utilisés. Les accouchements sont le choix le plus logique car ils ne nécessitent qu'une seule césarienne pour des jumeaux. Cependant, la différence entre les taux de césarienne accouchements et naissances vivantes est très faible: le taux de césarienne basé sur l'accouchement est inférieur d'environ 2%, voire moins. Cette différence est encore réduite car certains mort-nés sont accouchés par césarienne, l'écart relatif est donc probablement inférieur à 1%).
2. *Le taux de césariennes des établissements* est calculé en divisant le nombre total de césariennes par le nombre total d'accouchements dans les établissements de santé.

Le taux de césarienne dans la population peut fournir des informations sur l'accès aux services de césarienne: des taux faibles peuvent indiquer des problèmes d'accès, souvent influencés par les longues distances qui séparent les femmes ayant besoin d'une césarienne et les établissements. Des taux de césariennes supérieurs à 15% dans la population peuvent suggérer une surutilisation de la procédure pour des raisons non urgentes, c'est-à-dire des césariennes non-urgentes. Une utilisation excessive expose inutilement les femmes à l'anesthésie et à la chirurgie avec leurs risques concomitants.

⁹ Disponible à: <http://data.euro.who.int/hfad/>

¹⁰ Disponible à: http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reference_manual/en/

Le taux de césarienne des établissements fournit des informations sur la capacité des établissements, et leurs pratiques, à fournir une césarienne une fois qu'une femme est arrivée à l'établissement. Par exemple, de faibles taux de césariennes dans la population avec des taux élevés de césariennes des établissements suggèrent une pénurie d'établissements, mais que ceux qui peuvent effectuer des césariennes ont une capacité élevée. Les taux de césariennes des établissements individuels nécessitent une interprétation en fonction du niveau de l'établissement et de la composition des cas, par exemple les établissements de référence de niveau supérieur sont plus susceptibles de recevoir des cas compliqués nécessitant une césarienne. Cependant, les comparaisons des taux de césariennes entre les établissements et les autorités de gestion peuvent indiquer des taux inacceptablement trop élevés, qui nécessitent une enquête plus approfondie. Voir le tableau montrant une comparaison des taux de césariennes par établissement à Kakamega.

Organisation unit / Data	2018		
	C-section institutional †	Caesarian Sections †	Delivery in facility †
Kakamega Central NH	43.5	74	170
Kakamega PGH	18.9	764	4 038
Nala Maternity and NH	33.2	263	792

5. Volume chirurgical

Le numérateur nécessite un compte rendu standardisé de l'intervention: une procédure chirurgicale est définie comme une incision, une excision ou une manipulation de tissu nécessitant une anesthésie locale ou générale, ou une sédation profonde pour contrôler la douleur. Cela implique généralement un séjour d'une nuit à l'hôpital. Cela peut aussi être qualifié de chirurgie majeure dans certains contextes. Les interventions chirurgicales les plus courantes dans les hôpitaux secondaires sont généralement la césarienne, l'opération de la hernie et la chirurgie liée aux fractures. Le dénominateur est la population totale.

Lorsque la disponibilité des soins chirurgicaux est faible, les affections faciles à traiter peuvent devenir des affections caractérisées par un handicap durable ou un taux de mortalité élevé. La Commission de chirurgie du Lancet a fixé un objectif de 5 000 interventions pour 100 000 habitants d'ici 2040 (ou 5%) pour répondre aux besoins de soins chirurgicaux et d'anesthésie.

6.2 COUVERTURE

Objectif

La couverture est le pourcentage d'une population cible qui reçoit un service particulier. Les indicateurs de la couverture des services mesurent par conséquent dans quelle mesure la population cible a reçu les services de santé dont elle a besoin. Des niveaux élevés de couverture reflètent également un bon accès aux services. De faibles niveaux de couverture peuvent refléter des problèmes d'accès et / ou une mauvaise perception de la qualité du service.

Les indicateurs de cette section reflètent un ensemble de traceurs pour la couverture des interventions de base dans une gamme de services de santé. L'ensemble comprend des indicateurs pouvant contribuer au suivi de la CSU. La plupart des indicateurs de CSU reposent sur les définitions développées pour les enquêtes basées sur la population. Cependant, des indicateurs similaires dérivés des données de routine des établissements peuvent fournir des informations utiles pour évaluer les niveaux de couverture et les

tendances dans les intervalles de temps entre les enquêtes ainsi que pour illustrer des comparaisons sous-nationales que les enquêtes peuvent ne pas toujours fournir. En outre, l'analyse des indicateurs des établissements et des données d'enquête peut fournir des informations supplémentaires.

Analyse

Cette section décrit les calculs de base de la couverture à l'aide des données disponibles sur la population et des estimations des groupes cibles correspondants.

Le principal défi dans les calculs de couverture consiste à obtenir le dénominateur correct – la population cible. Les estimations démographiques nationales officielles sont généralement des projections basées sur le dernier recensement et sur le taux de croissance annuel officiel de la population. Cependant, ces projections peuvent être problématiques lorsque, par exemple le dernier recensement a eu lieu il y a plus de 10 ans; la méthode de recensement ne répondait pas aux normes internationales ou ne fournissait pas suffisamment d'estimations sous-nationales, par exemple pour les districts; en cas d'augmentations ou de diminutions substantielles de la population totale, par exemple si des personnes migrent dans ou hors du pays; ou en cas de changements dans la répartition de la population dans le pays, par exemple en cas d'urbanisation.

Les dénominateurs basés sur les projections démographiques du recensement donnent souvent des taux de couverture bien supérieurs à 100%, en particulier au niveau sous-national. Bien que ces taux puissent dans certains cas être vrais (par exemple les personnes vivant dans une zone sous-nationale peuvent utiliser des services dans une zone voisine), la cause en est souvent une sous-estimation de la population cible en raison de projections de recensement incorrectes. L'inverse (une couverture beaucoup plus faible que dans la réalité) se produit probablement, mais est beaucoup plus difficile à détecter qu'une couverture supérieure à 100%.

En général, lorsqu'on utilise des indicateurs basés sur la population, les points suivants doivent être pris en considération:

- les dénominateurs basés sur la population ne devraient être utilisés qu'au niveau national ou aux niveaux sous-nationaux disposant de données précises sur la population (ce qui signifie que les indicateurs basés sur la population ne sont pas recommandés au niveau des établissements de santé car les estimations précises de la population cible sont rarement précises au niveau des populations desservies par les établissements).
- des estimations précises des dénominateurs cibles doivent être disponibles (les formules de calcul de la population cible pour certains groupes d'âge sont souvent fournies par l'office national de la statistique).
- les rapports des établissements qui servent pour le dénominateur cible de la population doivent présenter des taux de déclaration (rapports soumis) très élevés (supérieurs à 90% par exemple) et refléter tous les établissements desservant cette population.
- la qualité des données collectées doit être élevée et cohérente dans le temps.

Diverses méthodes ont été proposées pour améliorer les estimations de dénominateur et les calculs de couverture. Le module 1 (Principes généraux) de la boîte à outils traite également de l'évaluation globale de la qualité des données, de l'ajustement et de l'estimation du dénominateur.

Le nombre de personnes non atteintes (par exemple les enfants non vaccinés) est également important pour la planification de la santé publique et la mise en œuvre des programmes. Le nombre de personnes non atteintes dépend de la couverture et de la taille de la population et doit être présenté par district ou autre unité sous-nationale.

Nombre de personnes non atteintes avec une intervention spécifique = 100 - (couverture x population cible)

1. Utilisatrices nouvelles de la contraception

Cet indicateur reflète le succès des services de santé à attirer de nouvelles patientes pour l'utilisation de contraceptifs. En sont exclues les patientes qui changent de méthode de contraception ou de fournisseur.

2. Première consultation anténatale avant 12 semaines de gestation

En pratique, le nombre de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation dans les services d'ANC correspond au nombre de femmes qui s'inscrivent afin de bénéficier d'ANC pour la première fois durant la grossesse en cours. Ce nombre peut être obtenu en comptant les nouvelles saisies dans le registre des ANC pour la période spécifiée ou en utilisant une feuille de pointage (des feuilles de pointage quotidiennes sont souvent utilisées). Le nombre de consultations de soins anténatals avant 12 semaines est décompté de la même manière.

3. Accouchements dans des établissements de santé

Le pourcentage d'accouchements dans les établissements de santé est l'un des indicateurs les plus objectivement mesurables. Le numérateur est le nombre d'accouchements dans des établissements de santé; le dénominateur est le nombre estimé de naissances vivantes dans la population.

L'augmentation du pourcentage d'accouchements dans les établissements est l'une des stratégies de réduction de la mortalité maternelle et infantile et des mortinaissances.

L'assistance qualifiée à la naissance est souvent préférée comme indicateur, mais elle est moins objectivement mesurable. Bien que l'accouchement dans des établissements de santé ne soit pas totalement assimilé à une assistance qualifiée et que certains accouchements communautaires s'effectuent avec une assistance qualifiée, les indicateurs institutionnels d'accouchement et d'assistance qualifiée sont très fortement corrélés dans presque tous les pays. Les taux d'accouchement des établissements peuvent donc être utilisés comme approximation eu égard à la présence de personnel qualifié. En ce qui concerne les autres indicateurs de couverture basés sur les établissements, il est important que les accouchements dans des établissements privés soient inclus dans le calcul. Si les données de ces structures ne sont pas disponibles, cela doit être clairement indiqué dans les rapports de couverture en matière d'accouchements des établissements.

4. Couverture vaccinale

Le numérateur est obtenu à partir du registre de vaccination ou d'une feuille de pointage qui indique le nombre d'enfants vaccinés chaque jour par numéro de dose. Les doses administrées par les services fixes et mobiles sont incluses. Les données des campagnes de vaccination ne sont pas incluses dans les calculs de couverture par établissement. Le dénominateur est obtenu en calculant le nombre estimé de nourrissons survivants, sur la base de projections démographiques et d'une formule généralement

fournie par le bureau national de statistique. Comme indiqué précédemment, la précision des dénominateurs peut être problématique (reportez-vous le module 1 pour les méthodes d'ajustement des dénominateurs).

Le nombre de nourrissons ayant reçu le DPT3 avant l'âge d'un an peut faire l'objet d'une vérification sur la plan de la cohérence par rapport à d'autres vaccins, notamment la première dose de DPT (DPT1). La comparaison de la couverture d'un certain nombre de doses de vaccin indicateur peut également fournir des informations sur les facteurs affectant la couverture à différents moments du calendrier de vaccination. La couverture pour les premières doses, par exemple le DTC1, sert à mesurer l'accès aux services de vaccination tandis qu'un abandon du DTC1 pour le DTC3 peut refléter des perceptions de la qualité du service. La couverture des 1ère et 2ème doses pour la rougeole peut refléter la qualité de l'éducation sanitaire et la sensibilisation du public, ces doses étant fournies plusieurs mois après la première série de vaccinations. Les graphiques présentés ici utilisent le BCG, le DPT1, le DPT3 et les vaccins Rougeole 1 et Rougeole 2 comme indicateurs des performances du programme de vaccination.

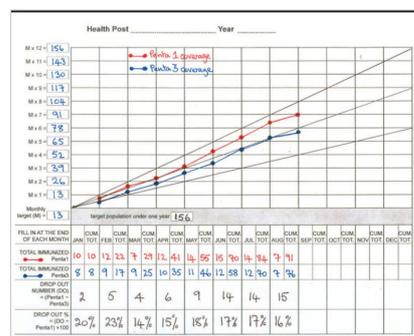
Lorsque les estimations de dénominateur ne sont pas disponibles ou sont potentiellement inexactes, il peut être utile de suivre les tendances des doses administrées au fil du temps, y compris par comparaison avec le même mois ou le même trimestre les années précédentes. Cela peut être particulièrement utile aux niveaux sous-nationaux inférieurs et dans les établissements. Au niveau de l'établissement, un tableau de surveillance de la vaccination est souvent utilisé pour suivre le nombre de doses administrées par rapport aux cibles mensuelles et cumulatives (basé sur la population cible). La comparaison des données sur la couverture DPT3 basées sur les établissements avec les données d'enquête est également essentielle, car une surdéclaration généralisée peut exister, en particulier en cas de mesures incitatives liées aux performances du programme.

Exemple – Comparaison de la couverture DPT3 basée sur les établissements et des données d'enquête:

Source	1984	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Official Country (3)	--	42%	84%	63%	76%	80%	81%	85%	75%	83%	88%
WHO/UNICEF (1)	58%	84%	94%	82%	76%	80%	81%	85%	84%	83%	88%

(4) 1993 DHS: 85%	(4) 1998 DHS: 76%	(5) 2000 MICS: 76%	(4) 2003 DHS: 71%	(4) 2007 DHS: 86%
-------------------	-------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Tableau de suivi de la vaccination



5. Couverture du traitement antirétroviral (TAR)

Le numérateur est le nombre de personnes bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral (TAR). Il est essentiel de définir la signification de l'expression «bénéficiant actuellement d'un TAR (ou: actuellement sous TAR) à la fin de la période de référence» et de préciser comment et sur la base de quel (s) document (s) les décomptes seront effectués. La définition peut dépendre de la fréquence à laquelle les personnes sous traitement doivent se rendre au centre de santé pour se procurer leurs médicaments antirétroviraux. Par exemple, si les médicaments sont fournis sur une base mensuelle, le nombre de trajets nécessaires pour se procurer ces médicaments antirétroviraux durant un mois peut être compté (si ce calcul exclut les trajets supplémentaires possibles au cours du mois). Pour de plus amples détails, se référer au module VIH.

Le dénominateur est basé sur des estimations du nombre total de personnes vivant avec le VIH. L'ONUSIDA fournit chaque année des estimations des PVVIH au niveau national et, de plus en plus, également aux niveaux sous-nationaux. Les estimations sont déterminées par l'utilisation d'un logiciel appelé Spectrum.

6. Taux de notification des cas de tuberculose

Le numérateur comprend tous les cas de tuberculose notifiés au cours de l'année, y compris les nouveaux cas, les cas de rechute et les cas précédemment traités. Les mêmes problèmes de données démographiques que ceux mentionnés précédemment s'appliquent également au dénominateur de cet indicateur. Dans la plupart des contextes, cette analyse est limitée aux niveaux national, régional et de district car les estimations de la population pour les zones desservies par les établissements de santé ne sont pas disponibles.

Lors de la comparaison de zones géographiques, les taux de notification des cas doivent être examinés parallèlement au nombre de notifications de la tuberculose. Le nombre de notifications est important pour comprendre la charge globale de la tuberculose et pour planifier les ressources, tandis que les taux par population donnent une meilleure indication des populations à haut risque de tuberculose et aident à cibler les interventions.

7. Cas confirmés de paludisme traités avec TCA

Cet indicateur peut fournir des informations sur la qualité des soins et également indiquer des problèmes de disponibilité des ACT. Le nombre de cas de paludisme confirmés est égal au nombre de cas TDR positifs plus les cas positifs au microscope. Tous les systèmes d'information sur la santé ne

sont pas en mesure de générer des données fiables sur le pourcentage de cas confirmés traités avec ACT. Il n'est pas suffisant d'enregistrer le nombre total de traitements par TCA administrés et de le comparer au nombre de cas positifs car il est possible que certains patients ayant reçu une TCA aient été testés négatifs, tandis que d'autres étaient des cas non testés mais suspectés.

L'établissement de rapports sur cet indicateur devrait être possible si le registre et le formulaire dédiés agrègent des données sur chaque résultat de test de dépistage du paludisme (test positif, test négatif, test non testé) et ventilent également les données pour chacune de ces classifications en catégories TCA administrée et TCA non administrée. Certains pays ont conçu leur registre et rapport généraux des consultations externes pour saisir de telles données. D'autres pays ont choisi d'introduire un registre et un formulaire séparés à cet effet. Des lacunes dans de tels rapports peuvent empêcher de calculer correctement l'indicateur.

8. Début des traitement de l'hypertension et du diabète

La prévalence mondiale croissante des maladies non transmissibles telles que l'hypertension et le diabète signifie qu'un nombre croissant de personnes nécessiteront un traitement. La plupart des patients hypertendus peuvent être traités en soins primaires ou en consultation externe. Par conséquent, il est important que les systèmes d'information de santé de routine commencent à répondre au besoin de données sur les MNT. Les indicateurs ont pour objectif de déterminer dans quelle mesure les services de santé détectent et traitent les personnes souffrant d'hypertension et de diabète parmi celles qui se rendent dans les établissements de santé. Ces indicateurs sont présentés sous forme d'ébauches pour discussion. Les points faibles sont reconnus. Cependant, ces indicateurs représentent un point de départ pour des contextes dans lesquels les données sur les MNT émanant des établissements de soins primaires / ambulatoires sont insuffisantes ou absentes.

De nombreux pays enregistrent le nombre total de consultations dans les services ambulatoires pour hypertension et / ou diabète. Cependant, cette pratique a une valeur limitée car le nombre de consultations ne fournit pas le nombre de patients bénéficiant d'un traitement puisque la fréquence des consultations peut varier d'un patient à l'autre et dépend souvent de la fréquence de l'approvisionnement en médicaments. Cependant, si le nombre de nouveaux cas d'hypertension ou de diabète est enregistré séparément, et n'intègre donc pas les consultations subséquentes (comme recommandé pour le rapport de morbidité OPD), il est possible de connaître le nombre de personnes démarrant un traitement chaque mois.

Pour cet indicateur, l'une des limites réside dans le fait que les personnes atteintes de MNT peuvent se rendre dans plus d'un établissement de santé pour obtenir un traitement et seraient donc comptées deux fois. Il est également important de suivre le nombre de personnes actuellement traitées contre l'hypertension / le diabète. Cela nécessite un système d'information bien développé en établissement avec des enregistrements de patients individuels basés sur un système d'identifiants patients uniques (par exemple des registres électroniques).

9. Dépistage du cancer du col de l'utérus

L'indicateur CSU fait référence à une femme ayant déjà été dépistée et nécessite une enquête basée sur la population. Le SISR peut toutefois fournir des rapports sur le nombre de femmes ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de la dernière année. Une ventilation appropriée par âge est nécessaire pour le numérateur et le dénominateur afin de pouvoir se concentrer sur le groupe d'âge des 30 à 49 ans. L'élaboration d'un indicateur basé sur l'établissement pour le dépistage du

cancer du col de l'utérus est en cours. Il existe des défis liés à la fois au numérateur et au dénominateur. La fréquence recommandée de dépistage peut varier selon le statut HPV de la femme, elle fait actuellement l'objet de discussions. Dans l'intervalle, il peut être utile de signaler l'évolution du nombre de femmes dépistées au cours d'une période de référence, en particulier si le pays s'emploie à accroître la disponibilité du dépistage et le recours au dépistage. Le nombre d'établissements effectuant des dépistages est susceptible d'être limité et il est donc essentiel que ces établissements garantissent des niveaux élevés de l'exhaustivité à cet égard.

6.3 QUALITE

Objectif

La qualité des services de santé est une composante majeure de la CSU et revêt une importance essentielle quant à l'efficacité des interventions et aux résultats. Les perceptions de la qualité influencent également l'utilisation et la couverture des services. La «qualité de» est un concept complexe englobant de multiples dimensions qui peuvent à la fois être évaluées directement et indirectement. Une évaluation adéquate nécessite diverses méthodes de collecte de données autres que celles du SISR, par exemple des évaluations des établissements de santé de la disponibilité et de l'état de préparation des services, l'examen des registres des stocks, des audits des dossiers cliniques, des entretiens et des observations patients-fournisseurs. Toutefois, certains aspects de la qualité peuvent être évalués à l'aide des données du SISR et mettre en évidence la nécessité d'une évaluation approfondie de la qualité.

Exemples d'indicateurs liés à la qualité pouvant être obtenus via le SISR:

- *les taux de mortalité en établissement, les taux de létalité et les taux de réadmission par diagnostic* sont des indicateurs de la qualité des soins dans les services pour patients hospitalisés. Les taux d'infections périopératoires et l'incidence des effets indésirables après la vaccination (MAPI) sont également des mesures de la qualité et de la sécurité des soins. Les pays à revenu élevé utilisent des *taux d'admission pour des problèmes de santé traités en ambulatoire* tels que le diabète et l'asthme aigu comme indicateurs de la qualité des soins ambulatoires car ces admissions peuvent être évitées grâce à des soins ambulatoires adéquats.
- les indicateurs de qualité incluent également ceux qui mesurent dans quelle mesure les *normes de soins* ont été suivies, par exemple le pourcentage de femmes enceintes testées pour la syphilis au cours des soins anténatals ou le pourcentage de patientes atteintes du VIH testées pour la tuberculose.
- une autre catégorie d'indicateurs informant sur la qualité des soins est celle qui prend en compte la capacité des services de santé à *retenir les patients et à produire les résultats* escomptés, par exemple le taux de réussite du traitement antituberculeux, taux de rétention du traitement antirétroviral et les taux d'abandon de la vaccination.
- *l'efficacité* de la fourniture des services peut également refléter la qualité des services, par exemple le taux d'occupation des lits et la durée du séjour dans les hôpitaux.
- les indicateurs qui mesurent la *disponibilité des ressources des services de santé* évaluent indirectement la qualité du système de prestation de services, par exemple si les établissements de santé manquent de personnel ou en cas de rupture de stock prolongée de certains médicaments ou encore en cas d'absence prolongée de diagnostics, il est peu probable que la qualité des services soit satisfaisante.

Les indicateurs de qualité, de sécurité et d'efficacité présentés dans cette section sont axés sur les normes de soins, la rétention des patients et les résultats des traitements. Ils représentent un ensemble limité de traceurs dans plusieurs domaines de programme. Ce tableau de bord n'inclut pas d'indicateurs d'impact tels que la survie au traitement antirétroviral, les effets indésirables résultant de la vaccination et les taux d'infection périopératoire qui sont tous des indicateurs de la qualité des soins dans les établissements de santé. D'autres considérations relatives à la qualité sont également présentées dans les modules spécifiques au programme.

Analyse

1. Dépistage de la syphilis au cours des soins anténatals

Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes peut servir d'indicateur de suivi de la qualité des services des ANC dans tous les contextes. Des indicateurs supplémentaires peuvent également être utilisés dans des contextes spécifiques en tant que traceurs de la qualité des soins anténatals, par exemple dépistage du VIH pendant la grossesse et l'accouchement et traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse ((TPIp) Se reporter aux modules VIH et paludisme pour plus d'informations).

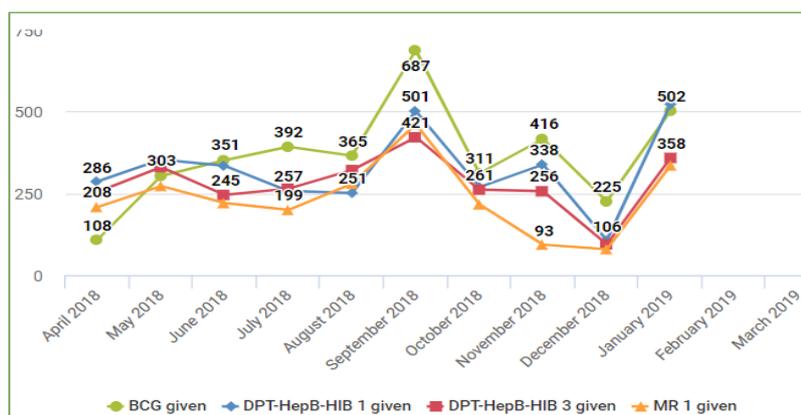
Outre les diagrammes standard pour la couverture du dépistage de la syphilis dans le cadre des ANC, un diagramme présentant les trois traceurs de qualité des ANC mentionnés ci-dessus est également fourni pour illustrer le potentiel de différences entre ces indicateurs. Une mauvaise performance pour l'un des indicateurs ci-dessus, quel qu'il soit, pourrait mettre en évidence un échec à mettre en œuvre des protocoles et / ou un manque de produits de base.

Le diagramme en cascade ANC-Delivery-DPT (Soins anténatals-Accouchement-Diptérie, coqueluche, tétanos) présente le nombre d'événements en relation les uns avec les autres ainsi que les tendances dans le temps. La cohérence relative des données sur la période de quatre ans suggère une bonne qualité des données. L'exactitude du nombre estimé de naissances vivantes dépend toutefois des prévisions du recensement qui peuvent poser problème, comme indiqué précédemment. Dans ce graphique, la baisse apparente du nombre estimé de naissances vivantes en 2017 nécessite une enquête.

2. Taux d'abandon de la vaccination

Se référer à l'indicateur 3: «Couverture vaccinale» dans la section «Couverture» pour l'interprétation des taux d'abandon. En plus de présenter les pourcentages d'abandon, il est également utile de montrer les tendances sur le plan du nombre de doses de vaccin administrées, les unes par rapport aux autres. Cette pratique permet d'avoir une perspective différente sur les taux d'abandon.

Exemple



3. Cascade du traitement du VIH

Le but de la cascade du traitement est d'illustrer dans quelle mesure les PVVIH sont retenues dans les soins du VIH et les stades auxquels elles abandonnent. Les PVVIH nouvellement diagnostiquées ne font pas partie du même groupe (cohorte) que les PVVIH retenus sous traitement antirétroviral à 12 mois (diagnostiqués l'année précédente). Cependant, si les taux de dépistage du VIH restent raisonnablement constants d'une année à l'autre, la cascade peut fournir une bonne indication de la mesure dans laquelle les PVVIH sont prises en charge pendant les 12 premiers mois du TAR.

Dans le graphique en cascade des districts illustré, dans certains districts, le nombre de personnes nouvellement sous TAR est supérieur au nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH (tests positifs au VIH). Cela peut révéler un problème de qualité des données, mais également être expliqué par d'autres facteurs, par exemple pénurie de médicaments antirétroviraux au cours de l'année précédente résultant en un retard dans le traitement du nombre de personnes devant commencer un traitement antirétroviral lorsque les médicaments furent à nouveau disponibles en 2018.

4. Taux de succès du traitement antituberculeux (%)

Cet indicateur est basé sur l'analyse des données de cohortes, lesquelles se rapportent généralement à des cohortes de patients ayant commencé le traitement au cours de l'année précédente puisque toutes les personnes sous traitement doivent suivre un traitement de 6 mois avant que le résultat ne puisse être enregistré. Le succès du traitement inclut la guérison et le traitement suivi jusqu'à son terme. Se reporter au module TB pour de plus amples informations sur les ventilations importantes.

Le succès du traitement est un marqueur important du contrôle de la maladie et de la qualité du service car il mesure la capacité du programme national de lutte contre la tuberculose à rester en contact avec les patients pendant une période de six mois ou plus. Il permet aux pays de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs mondiaux et nationaux et de déterminer si des ressources supplémentaires sont nécessaires pour améliorer les résultats du traitement en réduisant le nombre de décès, de pertes de suivi et la proportion de cas pour lesquels les résultats ne sont pas évalués.

Il est important d'examiner également les résultats du traitement au niveau sous-national (district, sous-district, par exemple) car certains domaines peuvent être sous-performants et cet aspect peut être masqué lors de l'examen des taux de réussite du traitement au niveau national. Le diagramme en barres empilées montrant la proportion de notifications de TB dans chaque catégorie de résultats de

traitement est utilisé pour mettre en évidence la mesure dans laquelle la perte de suivi, les décès et l'échec du traitement contribuent à l'incapacité de réussir le traitement.

5. Ratio des tests de diagnostic du paludisme (% de cas suspects de paludisme testés)

Cet indicateur a pour objectif de suivre l'évolution du pourcentage de cas suspects de paludisme ayant fait l'objet d'un test de laboratoire (TDR ou microscopie) afin de confirmer (ou d'écarter) le diagnostic de paludisme, plutôt que de se faire diagnostiquer par l'évaluation clinique. Un «cas suspect» de paludisme est celui qui présente des signes (c'est-à-dire de la fièvre) et des symptômes du paludisme. Un «cas présumé» de paludisme est un cas diagnostiqué au moyen d'une évaluation clinique uniquement, c'est-à-dire sans test de laboratoire. Le numérateur est égal au nombre de tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme réalisés plus le nombre d'examen de lames microscopiques pour le paludisme. Le dénominateur est égal au nombre de tests du paludisme réalisés plus le nombre de cas suspects de paludisme.

La cible pour le ratio de tests de diagnostic est de 100%. Les diagnostics de paludisme réalisés sans confirmation de laboratoire sont difficiles à interpréter. Cependant, dans les contextes où les tests de diagnostic de disponibilité sont faibles, la notification des cas suspects peut aider à mesurer le taux de diagnostic et le nombre de cas estimés de paludisme. Les enquêtes auprès de la population évaluent la proportion de cas de fièvre dans les établissements de santé qui reçoivent un test de diagnostic du paludisme. Des écarts importants entre le pourcentage de cas suspects ayant fait l'objet d'un test par le biais des systèmes de routine de l'établissement par rapport aux enquêtes nécessitent un complément d'enquête.

6. Taux d'occupation des lits (BOR)

Le taux d'occupation des lits est une mesure de l'utilisation de la capacité en lits disponible dans un établissement pour patients hospitalisés. Il indique le pourcentage de lits disponibles occupés par des patients sur une période de temps définie. Les lits de maternité et d'accouchement ne sont généralement pas inclus. Les lits de bébés doivent être inclus.

Le numérateur est obtenu à partir des rapports quotidiens sur le nombre de lits occupés un jour donné. Le comptage est généralement effectué à la même heure dans toutes les chambres, chaque jour, par exemple à travers un rapport de recensement de minuit. Le dénominateur est le nombre de lits disponibles pour la période spécifiée multiplié par le nombre de jours durant cette période. Par exemple:

$$\text{BOR pour 1 an} = \frac{\text{somme du rapport quotidien du recensement sur les lits occupés pendant 365 jours}}{\text{nombre de lits disponibles} \times 365} \times 100$$

7. Durée moyenne du séjour (ALOS)

La durée moyenne du séjour (ALOS) est le nombre moyen de jours qu'un patient passe dans un établissement en tant que patient hospitalisé pendant une période spécifiée. Le numérateur est le nombre total de jours passés par tous les patients hospitalisés (= jours-lit occupés) au cours de la période. Le dénominateur est le nombre d'admissions (ou de décharges plus les décès) au cours de la même période.

BOR et ALOS peuvent refléter à la fois la qualité et l'efficacité des services. Cependant, ces deux éléments doivent être interprétés dans le contexte d'autres informations.

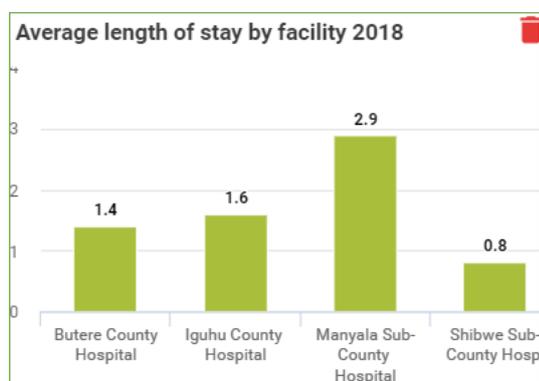
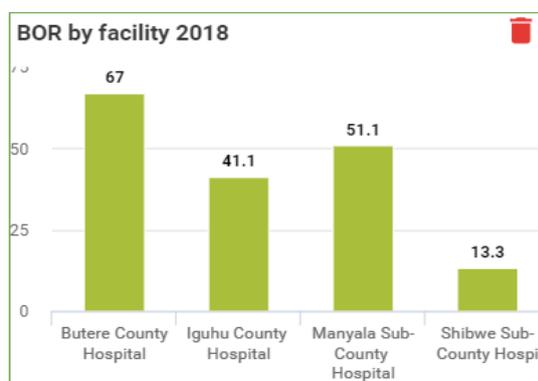
Le BOR optimal n'est pas connu mais des taux supérieurs à 85% sont considérés comme trop élevés et constituent un risque pour une prestation de services de santé sûre et efficace. Des taux BOR supérieurs à 100% signifient qu'il y a plus de patients hospitalisés que de lits disponibles (cela peut arriver dans certaines circonstances lorsque des patients supplémentaires sont placés sur des chariots ou sur des matelas à même le sol). Le BOR doit être examiné en regard avec l'utilisation de l'hôpital. Si l'utilisation est à des niveaux « attendus » et que le BOR est faible, alors un moins grand nombre de lits est nécessaire; si l'utilisation est à des « niveaux attendus » et que le BOR est élevé, un plus grand nombre de lits est nécessaire.

L'ALOS n'a pas non plus de norme générale car il dépend du type de cas et de soins fournis. L'ALOS pour les hôpitaux psychiatriques est proche de 30 jours par mois, tandis que l'ALOS pour les hôpitaux pratiquant principalement des chirurgies non urgentes est souvent inférieur à 2 jours par mois. L'ALOS est utilisé pour comparer des hôpitaux similaires ou pour faire des comparaisons dans le temps afin d'identifier les changements dans l'utilisation ou la prestation de services et, en particulier, de lier la durée du séjour au coût. Pour l'analyse d'un hôpital donné, l'ALOS sans données sur les causes d'admission ou les performances de décharge (nombre de procédures effectuées, par exemple) n'est pas très utile.

«La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux est souvent considérée comme un indicateur d'efficacité. Toutes choses étant égales par ailleurs, un séjour plus court réduira le coût par décharge et entraînera un transfert des soins post-aigus prodigués aux patients hospitalisés vers des établissements moins coûteux. Des séjours plus longs peuvent être le signe de soins médiocres: des processus hospitaliers inefficaces peuvent retarder le traitement; des erreurs et des soins de mauvaise qualité peuvent signifier que les patients ont besoin d'un traitement supplémentaire ou d'une période de convalescence; une mauvaise coordination des soins peut obliger des personnes à rester à l'hôpital en attendant que les soins soient organisés. Dans le même temps, certaines personnes peuvent sortir de l'hôpital trop tôt alors qu'un séjour plus long aurait pu améliorer leurs résultats ou réduire les éventuelles réadmissions».

<https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>

Le tableau de bord national / district de ce module présente BOR et ALOS aux niveaux national et des districts. Cependant, ces indicateurs sont souvent plus utiles pour l'analyse au niveau des installations, par exemple:



ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
Directives pour les planificateurs et gestionnaires nationaux et de district
DOCUMENT DE TRAVAIL NOVEMBRE 2019

ALOS by ward				
Organisation unit	Kabarnet District Hospital			
Data / Period	2015	2016	2017	2018
Average length of stay*	4.8	3.4	4.7	5.6
Average length of stay (Maternity ward)*	3.1	2	3.3	5
Average length of stay (Medical ward)*	5.6	4.1	4.8	4.5
Average length of stay (Paediatric ward)*	7	4.2	6	2.6
Average length of stay (Surgical ward)*			13.6	12.1

Beds and length of stay			
National			
Data / Period	2015	2016	2017
00 Total occupied bed days	1 097 994	1 337 311	1 233 220.3
00 Available bed days	2 420 818.5	2 434 908	2 394 912
Bed Occupancy Rate (including cots)	42	50.6	47.9
Average length of stay*	2.7	2.9	2.8

7. Indicateurs de couverture de service CSU (SDG 3.8)

Zone de traçage	Définition de l'indicateur
Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	
1. Planification familiale	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui sont mariées ou en union et dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits avec des méthodes modernes
2. Soins de grossesse et d'accouchement	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours d'une période donnée et ayant reçu des soins anténataux au moins quatre fois
3. Vaccination complète des enfants	Pourcentage de nourrissons recevant trois doses de vaccin contenant le vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche
4. Traitement des enfants (recherche de soins pour des symptômes de pneumonie)	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans soupçonnés d'être atteints de pneumonie (toux et difficultés respiratoires non dues à un problème de poitrine ou à un nez bouché) au cours des deux semaines précédant l'enquête conduits dans un établissement de santé ou chez un prestataire de soins approprié
Maladies infectieuses	
5. Détection et traitement de la tuberculose	Pourcentage d'incidence des cas de tuberculose détectés et traités avec succès au cours d'une année donnée
6. Traitement du VIH	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant actuellement un traitement antirétroviral (TAR)
7. Couverture ITN (moustiquaires traitées par insecticide) pour la prévention du paludisme	Pourcentage d'habitants, dans des zones endémiques de la malaria, dormant sous ITN la nuit précédente.
8. Adduction d'eau améliorée et source d'assainissement adéquate	Pourcentage de ménages utilisant des installations d'assainissement améliorées
Maladies non transmissibles	
9. Traitement des maladies cardiovasculaires	Prévalence normalisée selon l'âge de la pression artérielle non élevée chez les adultes de 18 ans et plus
10. Gestion du diabète	Glucose sanguin moyen à jeun standardisé par âge chez les adultes âgés de 25 ans et plus
11. Dépistage du cancer du col de l'utérus	Pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans déclarant avoir déjà subi un dépistage du cancer du col de l'utérus
12. Contrôle du tabac	Prévalence des adultes normalisée selon l'âge ≥ 15 ans n'ayant pas fumé de tabac au cours des 30 derniers jours
13. Accès à l'hôpital	Nombre de lits d'hôpitaux par habitant, par rapport à un seuil maximal de 18 par 10 000 habitants
Capacité de service et accès	
14. Personnel de santé	Professionnels de la santé (médecins, psychiatres et chirurgiens) par habitant, par rapport aux seuils maximaux pour chaque cadre
15. Accès aux médicaments de base	Pourcentage d'établissements de santé disposant de médicaments de base
16. Sécurité sanitaire	Indice de capacité de base du Règlement sanitaire international (RSI), qui correspond au pourcentage moyen d'attributs de 13 capacités de base atteintes à un moment donné

Remarque: indicateurs / cellules en surbrillance: potentiellement disponibles via le SISR (y compris les approximations)

INTRANTS DES SERVICES DE SANTÉ

1. Introduction

Cette section du document d'orientation mettra l'accent sur les intrants essentiels nécessaires à la prestation de services: infrastructure, main-d'œuvre, médicaments et technologies de base et systèmes d'information sanitaires (le financement de la prestation de services n'est pas traité dans ce document).

2. A propos des données

Les «données sur les établissements» dans cette section englobent les rapports mensuels / trimestriels réguliers des établissements du SISR ainsi que les rapports moins fréquents pour certains intrants qui ne risquent pas de changer de manière significative à court terme.

Afin de parvenir à une compréhension globale du système de prestation de services, les données sur les intrants doivent également être examinées en fonction des résultats des services (accès aux services, utilisation et qualité des soins) ainsi que celles sur la mortalité et la morbidité au niveau des établissements. En outre, les données des établissements publics doivent aussi être interprétées en relation avec des données provenant d'autres sources, y compris des données sur des établissements émanant de fournisseurs de services privés et à but non lucratif, des données au niveau de la population ainsi que des contextes de gouvernance et de financement de la santé et des informations provenant d'autres secteurs.

Les analyses présentées dans cette section ont pour objectif de fournir aux gestionnaires, à différents niveaux du système de santé (établissement, sous-national, national), des informations essentielles pour faciliter l'interprétation des intrants des établissements relatifs aux performances ainsi que pour orienter les décisions d'affectation des ressources et de gestion. Cependant, les facteurs qui influent sur la prestation des services de santé sont complexes et une prise de décision éclairée nécessite souvent une analyse approfondie supplémentaire qui dépasse le cadre de ce module.

3. Indicateurs de base des établissements

Indicateurs de base	Définition	Ventilations
Infrastructure		
Densité d'établissements de santé	Nombre total d'établissements de santé pour 10 000 habitants (nombre total d'hôpitaux pour 100 000 habitants)	<ul style="list-style-type: none"> Type d'établissement (hôpital, centre de santé, etc.) Autorité de gestion (publique, privée, etc.) Position géographique Services spécifiques
Densité des lits d'hôpitaux (CSU)	Nombre total de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	<ul style="list-style-type: none"> Type de lits Autorité de gestion (publique, privée, etc.) Position géographique
Densité des dispositifs médicaux et des technologies de base (CSU)	Densité d'équipement médical / technologies essentielles par million d'habitants	<ul style="list-style-type: none"> Par type (IRM, tomomodensitométrie, etc.)
Personnel de santé		
Densité et répartition du personnel de santé (CSU)	Nombre d'agents de santé pour 1000 habitants	<ul style="list-style-type: none"> Cadre: principaux professionnels (médecins, infirmières, sages-femmes); cadres spécifiques: spécialistes (chirurgiens, psychiatres, etc.); autres cadres (dentistes, pharmaciens, techniciens de laboratoire) Répartition: lieu de travail (urbain / rural; SSP / hôpital) Position géographique
Médicaments et produits de base		
Disponibilité des médicaments et produits de base (CSU)	Pourcentage d'établissements de santé dépourvus de stocks d'un ensemble de médicaments et de produits de base de traçage	<ul style="list-style-type: none"> Type d'établissement (hôpital, centre de santé, etc.) Autorité de gestion (publique, privée, etc.) Type de médicament / produit spécifique (vaccins, planification familiale, tuberculose, VIH, MNT, antibiotiques, etc.)
Informations sur la santé		
L'exhaustivité des rapports	Pourcentage d'établissements ayant soumis des rapports	<ul style="list-style-type: none"> Type d'établissement
Management		
Visites de supervision	Pourcentage d'établissements ayant reçu une visite de supervision au cours des 3 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> Type d'établissement Position géographique

CSU – Indicateur de couverture santé universelle

4. Analyse de base

INFRASTRUCTURE SANITAIRE

Objectif

La disponibilité physique des infrastructures de santé est une mesure clé de l'accès aux services de santé et peut être utilisée pour éclairer la prise de décision concernant les investissements dans des infrastructures et services physiques supplémentaires. Cependant, les indicateurs relatifs à l'infrastructure ne peuvent être évalués isolément. Comme indiqué à la section 2, plusieurs facteurs peuvent déterminer l'accès aux services de santé.

La densité des établissements de santé est un indicateur brut de l'accès aux services ambulatoires. Il est exprimé en nombre d'établissements pour 10 000 habitants. La densité hospitalière pour 100 000 habitants est un indicateur brut de l'accès aux services des patients hospitalisés. De plus, la densité des lits d'hôpitaux, exprimée en nombre de lits pour patients hospitalisés pour 10 000 habitants, fournit une indication supplémentaire sur l'accès aux services des patients hospitalisés. La densité des dispositifs médicaux et des technologies de base, exprimée par million d'habitants, reflète la disponibilité des technologies de diagnostic et de traitement et fait souvent référence à des dispositifs nécessitant des investissements importants du système de santé.

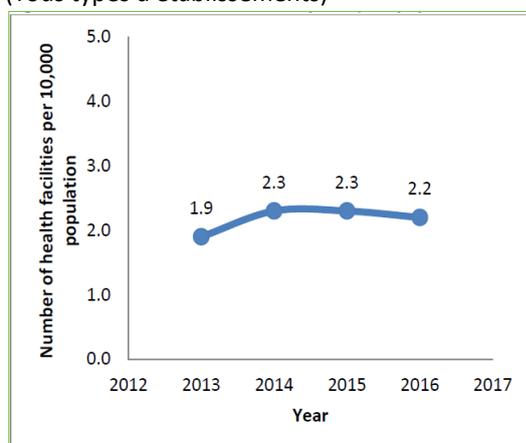
Des analyses supplémentaires sont nécessaires pour comprendre l'équité et l'efficacité de la répartition de l'infrastructure disponible.

Les analyses suivantes illustrent la densité et la répartition des établissements de santé selon diverses ventilations, à l'aide de graphiques linéaires, de diagrammes en barres, de tableaux et de cartes.

Analyse – Évaluer la densité et la répartition des établissements de santé

1. Tendances en matière de densité des établissements de santé: Kenya 2013-2016

(Tous types d'établissements)

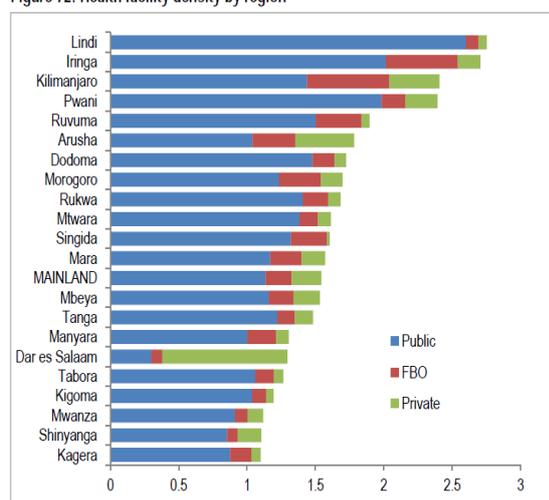


Source: étude statistique relative aux progrès accomplis dans la réalisation des objectifs à moyen terme du Plan stratégique du secteur de la santé du Kenya pour 2014–2018.

2. Densité des établissements de santé par autorité de gestion et par région géographique: Tanzanie 2013

(un graphique similaire peut également être élaboré pour les types d'établissement)

Figure 72: Health facility density by region



Source: étude analytique à mi-parcours de la performance du Plan stratégique du secteur de la santé III. 2009 - 2015. Ministère de la Santé et des Affaires sociales, République Unie de Tanzanie, juin 2013

3. Darfour Est – Population par établissement de santé 2013

LOCALITY	POP. 2012	AREA (km ²)	Pop density	FUNCTIONING			POP/WRKNG PHC FACILITY	POP/RH FACILITY	AVGE RADIUS PHC FAC.
				FHU	FHC	RH/SH			
Central Darfur	1,022,741	47,370	22	23	20	8	23,785	127,843	19
East Darfur	1,022,734	49,725	21	76	16	5	11,117	204,547	13
North Darfur	2,507,911	296,420	8	106	80	15	13,483	167,194	23
South Darfur	3,485,826	77,575	45	167	51	12	15,990	290,486	11
West Darfur	1,247,506	32,090	39	51	22	6	17,089	207,918	12
EAST DARFUR	9,286,718	503,180	18	423	189	46	15,174	201,885	16

Source: 2013. Modol et al. Enquête sur les établissements de santé au Darfour. Banque mondiale

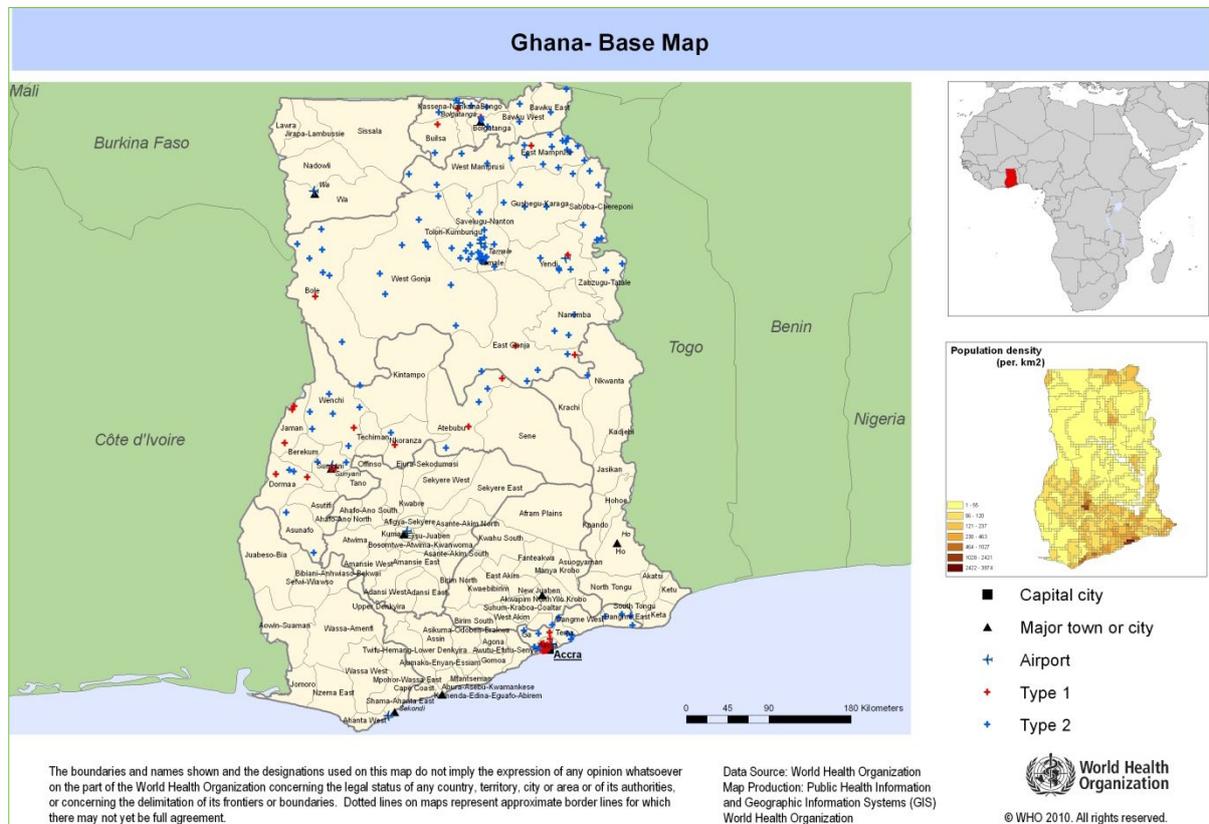
4. Répartition des cliniques de SSP par district, niveau et autorité de gestion. Cisjordanie. 2012

District	MoH clinics by level						UNRWA Clinics	NGO Clinics	PMMS Clinics	Total Clinics
	I	II	III	IV	Mobile	Total				
Bethlehem		11	6	1	1	19	2	17	2	40
Hebron	20	6	17			43	3	16	1	63
Jenin	3	30	14	1		48	6	17	1	72
Jericho	3	4	1	1	1	10	4	4	1	19
Jerusalem	1	16	3	1	1	22	4	19		45
Nablus		37	6	1		44	4	16	4	68
Qalqiliya		16	4	1		21	3	14	1	39
Ramallah		40	17	1		58	6	9	2	75
Salfit	1	8	7	1		17	1	10	1	29
South Hebron	57	19	5	2	1	84	4	6	1	95
Tubas		7	2		1	10	2	2	1	15
Tulkarm		16	13	1		30	2	10	1	43
West Bank	85	210	95	11	5	406	41	140	16	603

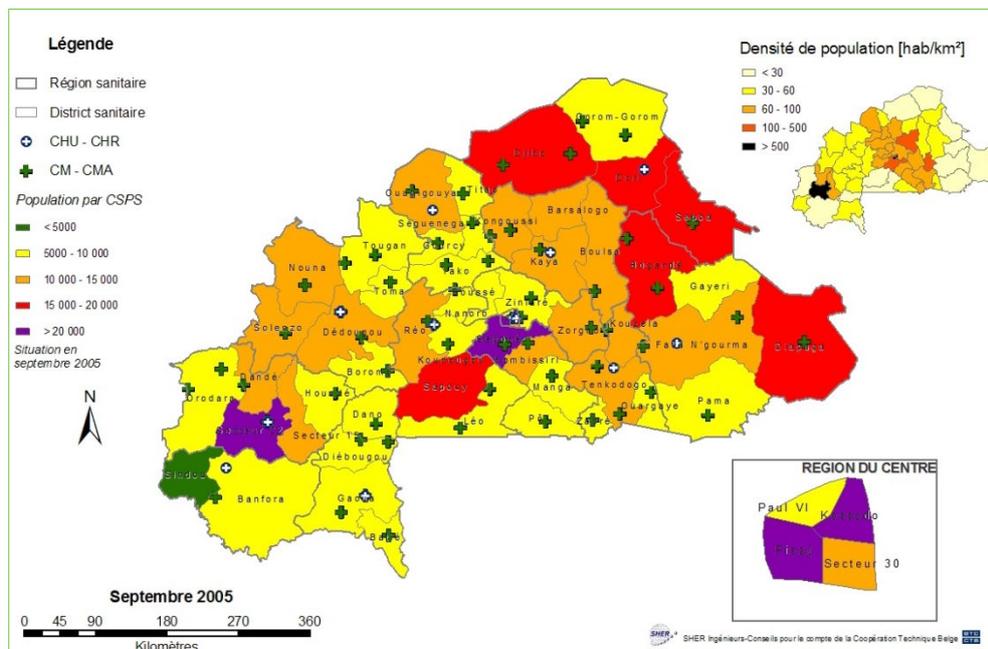
Source: MoH Annual Report 2012

Source: Modol, OMS. Évaluation du système de soins de santé primaires du Ministère de la santé en Cisjordanie

5. Répartition des établissements de santé et densité de la population au Ghana en 2015



6. Population du Burkina Faso par établissement de soins de santé primaires (CSPS) 2005



Source: http://www.sante.gov.bf/apps/carteSanitaire/sante_bf/carte3.htm

CSPTS Centre de santé et de promotion sociale

CMA Centres médicaux avec antennes chirurgicales

RHC Centres hospitaliers régionaux

RHU Centres hospitaliers universitaires

Considérations/problèmes d'interprétation

La densité des établissements de santé peut être utilisée pour orienter les décisions relatives à la construction d'établissements supplémentaires. Cependant, les points faibles des indicateurs de densité doivent être pris en compte et les indicateurs complétés par des informations supplémentaires.

Les données globales sur la densité des établissements de santé doivent englober les établissements de toutes les autorités de gestion (publiques, privées à but lucratif, privées à but non lucratif, militaires, etc.). Ces informations peuvent ne pas être disponibles via le SISR ou la liste maîtresse des établissements. Les données peuvent être disponibles auprès d'autres sources, mais l'identification des établissements non enregistrés peut être difficile. Lorsque les données relatives à la densité n'incluent pas tous les établissements et toutes les autorités de gestion, la présentation des analyses doit le mentionner clairement.

Bien que la densité des établissements de santé soit un indicateur important de l'accès aux services de santé, de nombreux autres facteurs peuvent également influencer sur l'accès, notamment la distance, les fonds, la disponibilité des services, les attitudes et pratiques des agents de santé ainsi que d'autres facteurs socioculturels. Ces facteurs doivent être gardés à l'esprit lors de l'interprétation de la densité des établissements.

Il n'existe actuellement aucune norme mondiale relative à la densité globale des établissements de santé et les objectifs doivent être définis en fonction de facteurs contextuels locaux, par exemple, milieux urbains ou ruraux, densité de population, modèles de prestation de services.

La comparaison de la densité des établissements de santé entre différentes zones géographiques peut être utilisée pour mettre en évidence, de manière générale, les zones mal desservies. Cependant, des zones vastes et peu peuplées peuvent nécessiter des densités d'établissement relativement plus élevées pour garantir un accès équitable. Par exemple, le Kenya a fixé un objectif de densité minimum global de 1,5 centre de santé (quel que soit le niveau) pour 10 000 habitants. Cet objectif a été dépassé mais cela ne signifie pas nécessairement que tous les citoyens ont un bon accès aux soins de santé: la plupart des établissements de soins de santé au Kenya sont situés dans des zones urbaines où vivent seulement 30% de la population¹¹. Par conséquent, la décision de construire ou non de nouveaux établissements de santé ne devrait pas être uniquement basée sur la densité des établissements de santé.

La cartographie géographique des implantations des établissements peut en outre faciliter l'identification des lacunes d'accès pour certaines populations ou supra-populations. Toutefois, lorsque des unités géographiques plus petites telles que des districts sont analysées, la population n'utilise pas nécessairement les établissements situés dans la zone désignée. Par conséquent, les comparaisons de densités entre districts et sous-populations doivent être effectuées avec prudence et en tenant compte du contexte spécifique.¹²

Une limite majeure de la densité des établissements de santé est l'hypothèse selon laquelle tous les établissements fournissent la même quantité de service, ce qui n'est pas le cas. Dans de nombreux pays, les soins tels que ceux des services de consultations externes, pour des maladies comme la

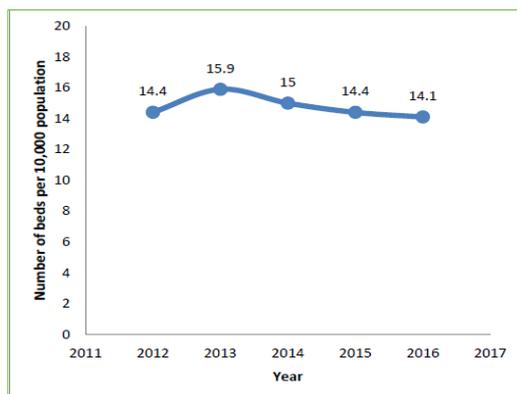
¹¹ Etude statistique relative aux progrès accomplis dans la réalisation des objectifs à moyen terme du Plan stratégique du secteur de la santé du Kenya pour 2014–2018

¹² OMS. 2010. Surveillance des éléments constitutifs des systèmes de santé

tuberculose, le VIH ou les maladies chroniques non transmissibles, ne sont disponibles que dans les hôpitaux ou les établissements de soins primaires de niveau supérieur. Par conséquent, la densité des établissements devrait également être évaluée en fonction du type / niveau d'/de l'établissement et de la disponibilité du service.

Analyse – Évaluation de la densité des lits d'hôpitaux

1. Densité des lits d'hôpitaux: Kenya 2012-2016



Source: étude statistique des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs à moyen terme du Plan stratégique du secteur de la santé au Kenya pour 2014-2018.

2. Densité des lits d'hôpitaux et nombre de lits par autorité de gestion: Cisjordanie 2014

Governorate	Beds by sector					Beds per 10,000 population		
	MOH	NGO	PRV	UNRWA	Total	MoH	Non-MoH	Total
Bethlehem	131	157	27		315	6	9	15
Hebron	309	193	86		588	5	4	9
Jenin	160	16	37		213	5	2	7
Jericho	54				54	11	-	11
Jerusalem		545	32		577	-	38	38
Nablus	255	211	146		612	7	10	17
Qalqilya	58		10	63	131	5	7	12
Ramallah	185	36	168		389	6	6	12
Salfit	50				50	7	-	7
Tubas	42				50	7	1	8
Tulkarem	114	60			174	6	3	10
West Bank	1,366	1,116	506	63	3,153	5	7	13

Source: évaluation du secteur hospitalier en Cisjordanie et à Jérusalem-Est. Mòdol X, OMS. 2014

Considérations/problèmes d'interprétation

L'évaluation de la densité des lits d'hôpitaux est basée sur tous les lits d'admission (y compris ceux des soins aigus et des soins de longue durée, les lits de maternité et ceux de pédiatrie), mais exclut les lits de travail et de naissance.

Il n'existe actuellement aucune norme globale pour la densité des lits de patients hospitalisés par rapport à la population totale. La moyenne mondiale pour la densité des lits des patients hospitalisés est de 27 pour 10 000 et la moyenne de la région africaine est de 10 lits pour 10 000 habitants. L'enquête d'évaluation sur la disponibilité et la préparation des services (SARA) suggère des points de

référence de 18 et 39 lits d'hospitalisation pour 10 000 personnes dans les pays à revenu inférieur et supérieur, respectivement.

Lors de l'analyse de la densité des lits en fonction de la taille de la population, il convient de garder à l'esprit certaines questions essentielles. La taille de l'hôpital, le nombre de lits et le nombre de lits par spécialité peuvent varier considérablement, ce qui rend les comparaisons difficiles. De plus, lors de l'analyse d'unités administratives plus petites, par exemple les districts, il est important de noter que la population vivant dans les districts peut ne pas utiliser les hôpitaux de district pour diverses raisons, notamment la logistique, les préférences socioculturelles et les perceptions de la qualité.

La densité des lits d'hôpitaux doit également être évaluée en fonction de la densité de population, de l'emplacement géographique des établissements, des types de services des patients hospitalisés ainsi que des taux d'occupation des lits et de la durée moyenne de séjour dans les différents hôpitaux.

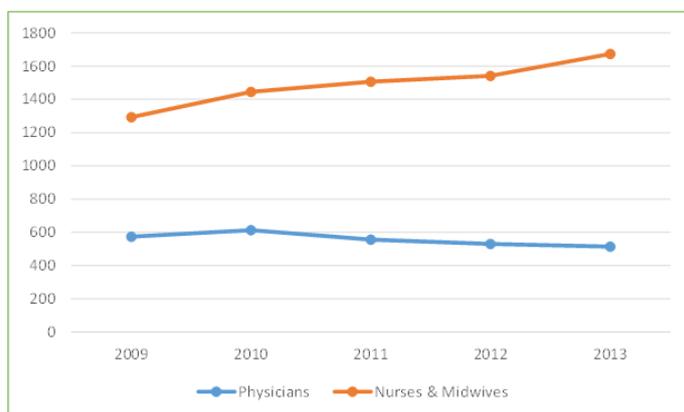
PERSONNEL DE SANTÉ

Objectif

Des systèmes de santé efficaces requièrent un personnel de santé solide, c'est-à-dire un nombre adéquat d'agents de santé dotés de connaissances, de compétences et de motivation et qui soient équitablement répartis pour fournir des services dans tout le pays. La compréhension de la situation du personnel de santé nécessite une évaluation de la densité et de la répartition du personnel de santé par cadre ainsi que par établissement et autorité de gestion.

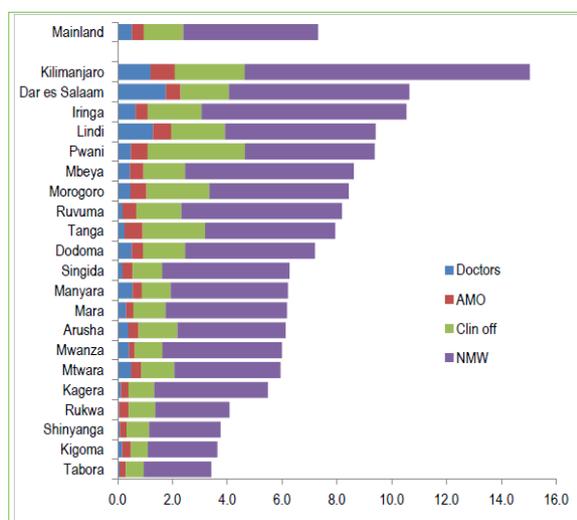
Analyse – Examen de la densité et de la répartition des agents de santé

1. Nombre d'employés travaillant dans les hôpitaux du Ministère de la santé, par catégorie. 2009-2013



Source: évaluation du secteur hospitalier en Cisjordanie et à Jérusalem-Est. Mòdol X, OMS. 2014

2. Densité d'agents de santé pour 10 000 habitants, par cadre et par emplacement géographique (un graphique similaire peut également être élaboré pour les types d'établissement et de prestataire)



Source: étude analytique à mi-parcours de la performance du Plan stratégique du secteur de la santé III. 2009 - 2015. Ministère de la santé et des affaires sociales, République unie de Tanzanie, juin 2013

Pourcentage de postes approuvés pourvus – Kenya, 2016

	Level 2	Level 3	Level 4	Tertiary	Kenya
Medical officers	N/A	5	14	43	17
Clinical officers	5	9	9	19	9
Nurses and specialist nurse	16	15	14	30	16
Total	14	13	13	30	15

Source: étude statistique des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs à moyen terme du Plan stratégique du secteur de la santé au Kenya pour 2014-2018

Considérations/problèmes d'interprétation

Les données sur le personnel de santé au niveau national proviennent de quatre sources principales: les recensements de la population, les enquêtes sur la main-d'œuvre, les évaluations des établissements de santé et les systèmes de notification administrative. Ces estimations devraient inclure les travailleurs de toutes les autorités de gestion (publiques, privées, confessionnelles, à but non lucratif, militaires, etc.).

L'équité dans le déploiement du personnel de santé reste un défi dans de nombreux pays, avec une offre excédentaire dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales. Lors de l'évaluation de l'équité géographique et de la comparaison de la densité des agents de santé de différentes régions sous-nationales, la meilleure pratique consiste à exclure de l'analyse les professionnels de la santé engagés dans des tâches administratives plutôt que la fourniture de services cliniques. Certaines analyses excluent également le personnel des hôpitaux tertiaires de référence. Sans de telles exclusions, l'analyse surévaluera l'accès aux services de santé de la capitale nationale et des autres grandes villes.

Les SISR de routine peuvent ne pas inclure nécessairement des données sur le personnel de santé. Ces données peuvent toutefois être disponibles au niveau sous-national par le biais d'autres sources (base

de données sur les ressources humaines, masse salariale du district, rapports de gestion du district, par exemple). Cependant, les données peuvent être limitées aux travailleurs du secteur public.

Dans certains contextes, l'accès aux prestataires de services féminins est un facteur déterminant des modes d'utilisation des services de santé des femmes. Par conséquent, la ventilation par sexe représente une analyse supplémentaire importante. Les informations sur une composition ethnique appropriée pour encourager l'utilisation des services par les communautés sous-desservies ou marginalisées peuvent également être importantes dans certains contextes.

Comme indiqué ci-dessus, l'évaluation de la densité et de la répartition globales du personnel de santé peut être complexe et les informations mises à jour seulement une fois par an ou moins fréquemment. Cependant, les autorités sous-nationales ont besoin d'informations actualisées sur la disponibilité de personnel dans leurs établissements de santé afin de maintenir le déploiement nécessaire de personnel. Les systèmes d'information de santé de routine peuvent fournir des informations sur les postes pourvus par établissement et par emplacement géographique.

MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE BASE

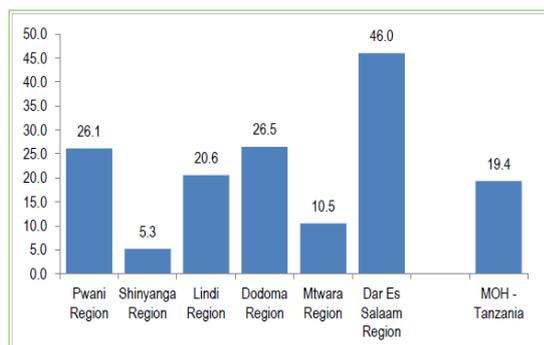
Objectif

Selon le cadre des systèmes de santé de l'OMS, un système de santé qui fonctionne correctement garantit un accès équitable aux produits médicaux de base, aux vaccins et aux technologies dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et la rentabilité sont garanties, et dont l'utilisation est scientifiquement rationnelle et rentable. Les médicaments de base sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils doivent être disponibles à tout moment dans le contexte de systèmes de santé opérationnels, en quantités suffisantes, à la posologie appropriée, avec une garantie sur le plan de la qualité et à un prix abordable tant pour les particuliers que pour la communauté¹³. Alors que plusieurs facteurs ont une incidence sur l'accès aux médicaments et aux produits de base, le suivi des ruptures de stock ou, inversement, de l'absence de ruptures de stock fournit un type de preuve quant à l'accès à ces médicaments.

Analyse – Disponibilité des médicaments de traçage («Aucune rupture de stock»)

1. Pourcentage d'établissements déclarant «Aucune rupture de stock» pour les médicaments de base de traçage par unité administrative durant une période déterminée (par exemple un mois) – Tanzanie

¹³ OMS. 2010. Surveillance des éléments constitutifs des systèmes de santé



Source: étude analytique à mi-parcours de la performance du Plan stratégique du secteur de la santé III. 2009 - 2015. Ministère de la Santé et des Affaires sociales, République unie de Tanzanie, juin 2013

2. Rupture de stock de médicaments de traçage contre les MNT dans les cliniques de SSP, janvier-juin 2013, district de Salfit, Cisjordanie

Nom de la clinique	Diurétiques thiazidiques	Inhibiteurs calciques	Bêta-bloquants	Inhibiteurs ACE	Statines	Metformine	Glibenclamide	Furosémide	Salbutamol inh.	Prednisone	Aspirine (ASA)
A	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0
B	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
C	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
D	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
E	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
F	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
G	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0
H	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
I	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
J	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
K	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0
L	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
M	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
N	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0
Total aucune rupture de stock	5	12	12	8	10	4	12	13	12	9	2
Maximum	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
% de cliniques sans rupture de stock par médicament sur une période de 6 mois	36%	86%	86%	57%	71%	29%	86%	93%	86%	64%	14%
1	Aucune rupture de stock										
0	Au moins une rupture de stock										

Source: Ministère palestinien de la santé, OMS. 2013. Mise en œuvre du paquet de mesures d'intervention de base de l'OMS sur les maladies non transmissibles pour les soins de santé primaires dans le district de Salfit: examen du projet pilote

Considérations/problèmes d'interprétation

Les systèmes d'information de gestion logistique (SIGL, en anglais LMIS) conçus expressément pour la gestion logistique peuvent fournir des données détaillées sur la distribution et les stocks de médicaments, de vaccins et d'autres produits de base.

Cependant, le SIGL peut ne pas encore avoir été mis en œuvre dans tous les établissements de santé ou les données du SIGL peuvent ne pas être facilement accessibles aux analystes des données de routine des établissements. En présence d'un SIGL bien développé mais distinct, des données sur les ruptures de stock ainsi que sur la consommation nette de produits de base peuvent être exportées depuis le SIGL pour être utilisées par ceux qui analysent et interprètent d'autres données sur la santé.

Dans certains cas, le SIGL suivra uniquement un sous-ensemble de produits de base de santé ou uniquement ceux financés par des partenaires particuliers. Si tel est le cas, les concepteurs du SISR pourraient ajouter un nombre limité d'éléments à tout rapport mensuel soumis par chaque établissement de santé pour indiquer s'il y avait ou non une rupture de stock au cours du mois pour chacun des médicaments traceurs de l'ensemble. Toutefois, la notification des ruptures de stock d'un nombre limité de médicaments et de fournitures de traçage ne remplace pas les systèmes de gestion des stocks appropriés, qui sont nécessaires.

Certains formulaires SISR demandent des informations détaillées, notamment les jours de rupture de stock ou les quantités de produits de base reçus / distribués / en stock. À moins que ces informations ne fassent partie d'un formulaire de demande d'approvisionnement, de telles informations détaillées alourdissent la charge de production de rapports et risquent de dupliquer les rapports SIGL.

Lorsque des ruptures de stock risquent d'entraîner des critiques de la part du personnel des pharmacies ou des établissements de santé, une petite quantité d'articles peut être conservée en réserve pour éviter de signaler une rupture de stock. En outre, l'attention peut se concentrer sur les éléments de repérage et négliger la gestion des autres éléments. Des visites intermittentes des établissements sont nécessaires pour confirmer la situation des stocks.

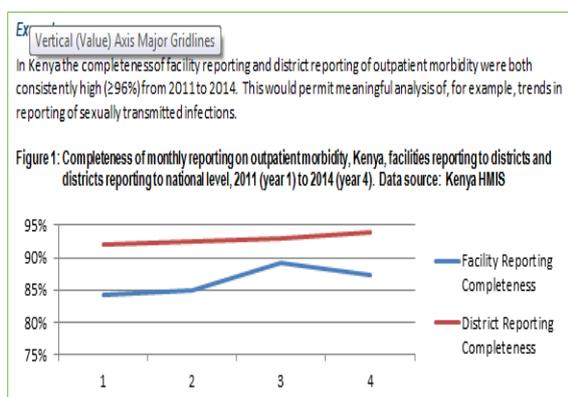
INFORMATION SUR LA SANTÉ

Objectif

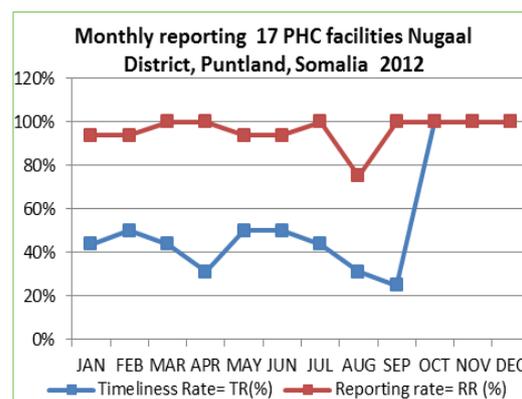
Le système d'information sur la santé a quatre fonctions clés: (i) la génération de données, (ii) la compilation, (iii) l'analyse et la synthèse et (iv) la communication et l'utilisation. Un système d'information qui fonctionne bien est essentiel à la prise de décision car il relie les éléments de preuve à la politique, à la planification et à d'autres utilisations des données. Cependant, pour que les données soient adaptées à l'objectif, elles doivent être complètes. Cela signifie que tous les établissements censés collecter des données soumettent des rapports, tel que requis. Cette exhaustivité des rapports est un indicateur clé de l'utilité des données transmises par le biais du système d'information de santé de routine.

Analyse – Évaluation des tendances en matière d'exhaustivité des rapports

1. Exhaustivité des rapports établissement et district – Kenya



2. Exhaustivité et promptitude pour les rapports établissement – District de Nugaal, Puntland, Somalie 2012



Source: données DHIS. Ministère de la santé, Puntland.

Considérations/problèmes d'interprétation

De faibles niveaux d'exhaustivité des données génèrent des données globales inexactes, ce qui entraîne des analyses inexactes des performances des établissements et des districts / nationales. Les rapports incomplets limitent donc l'utilité des données de routine pour les gestionnaires et les décideurs.

En plus d'examiner l'exhaustivité des formulaires mensuels, il est aussi important de vérifier le caractère complet des éléments de données, c'est-à-dire l'exhaustivité des éléments de données individuels des divers programmes (PEV, paludisme, tuberculose, etc.).

Il serait utile de mettre en place des calendriers et des procédures explicites pour effectuer une mise à jour de l'exhaustivité des données, afin d'inclure les rapports en retard.

Annexe 1. Métriques supplémentaires sur la qualité des données

1. Qualité des données sur la mortalité

Les contrôles de qualité des données sur la mortalité incluent une évaluation de l'exhaustivité des rapports, une estimation de la proportion de tous les décès survenant dans les établissements de santé/hôpitaux et le calcul d'un ensemble de base de métriques sur la qualité des données. Les résultats des métriques de la qualité des données doivent être présentés dans le même tableau de bord ou rapport présentant les statistiques de mortalité et de cause de décès, afin que le lecteur puisse mieux comprendre les points forts et points faibles des statistiques. Les deux principales sections du tableau de bord Mesures de la qualité des données sur la mortalité sont décrites ici. Nous utilisons le terme hôpitaux comme terme générique pour décrire tous les établissements dotés de services d'hospitalisation et faisant des rapports sur les admissions, les décharges et les décès, en sachant que la désignation précise des établissements peut varier d'un pays à l'autre.

EXHAUSTIVITE DES RAPPORTS

Les rapports de routine des hôpitaux sont parfois très incomplets. Par conséquent, l'exhaustivité des rapports doit être évaluée et présentée. La mortalité proportionnelle par cause est moins influencée par les rapports incomplets mais peut tout de même être affectée par des changements dans les types d'hôpitaux déclarants (par exemple si les hôpitaux de référence sont inclus ou non). Le rapport doit indiquer explicitement si les données proviennent uniquement d'un groupe sélectionné d'hôpitaux sentinelles. Les indicateurs suivants doivent être inclus pour évaluer l'exhaustivité des rapports hospitaliers :

A. Exhaustivité des rapports sur la mortalité pour l'année la plus récente

	Nombre d'hôpitaux	Rapports en pourcentage	Très médiocre	Médiocre	Sous-optimal/faible	Bon	Presque complet
Tous les hôpitaux		.. %	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
Hôpitaux de référence		.. %	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
Hôpitaux privés		.. %	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus

La deuxième dimension de l'exhaustivité fait référence au pourcentage de tous les décès d'un pays survenant dans les hôpitaux. Cet indicateur fournit des informations sur la mesure dans laquelle les décès à l'hôpital peuvent être considérés comme représentatifs des décès dans la population. Plus la proportion est faible, moins les informations sur la cause de décès sont représentatives.

L'indicateur est estimé en divisant le nombre total de décès dans les établissements de santé par le nombre attendu de décès dans le pays. Ce dernier dénominateur est extrait des prévisions de la Division de la population des Nations Unies (ou de la base de données UNICEF / OMS IGME pour les

décès de moins de 5 ans)¹⁴. Le nombre de décès peut également être estimé à partir de données locales à l'aide de la projection démographique du pays et du taux de mortalité brut.

B. Pourcentage de tous les décès du pays survenant dans les hôpitaux (et faisant l'objet de rapports)

	Année 1	Année 2	Année 3
EXHAUSTIVITE DES RAPPORTS DES HOPITAUX			
a) Nombre total d'hôpitaux dans le pays			
(b) Nombre d'hôpitaux déclarants			
(c) Exhaustivité des rapports des hôpitaux (%)			
NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS A L'HÔPITAL, TOUS AGES CONFONDUS			
(d) Nombre de décès déclarés dans les hôpitaux, tous âges confondus			
(e) Facteur d'ajustement k - tous les décès *			
(f) Nombre ajusté de décès dans les hôpitaux, tous âges confondus			
POURCENTAGE CALCULÉ DE TOUS LES DÉCÈS SURVENUS EN HOPITAUX, TOUS AGES CONFONDUS			
(g) Nombre total attendu de décès dans le pays **			
(h) Pourcentage de tous les décès déclarés dans les hôpitaux			
(i) Pourcentage de tous les décès dans les hôpitaux, sur la base des décès ajustés			
NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS A L'HÔPITAL, MOINS DE 5 ANS			
j) Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans attendus dans les hôpitaux			
k) Facteur d'ajustement k - Décès d'enfants de moins de 5 ans			
l) Nombre ajusté de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux			
POURCENTAGE CALCULÉ DE TOUS LES DÉCÈS SURVENUS EN HOPITAUX			
(m) Nombre total de décès attendus dans le pays, enfants moins de 5 ans			
(n) Pourcentage de tous les décès déclarés d'enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux			
(o) Pourcentage de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux, sur la base des décès ajustés			

*Ajustés du fait de rapports incomplets (pour la méthode, voir section X); ** Données provenant des projections de la Division de la population des Nations Unies: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Mortality/>

Si des répartitions plus détaillées des décès par âge et par sexe sont disponibles, il est possible d'évaluer de manière plus détaillée l'exhaustivité ou la couverture des décès par établissement de santé pour des groupes d'âge-sexe spécifiques.

Les tendances relatives au nombre de décès sur une période donnée fournissent des informations supplémentaires sur la qualité et l'exhaustivité des rapports, dans la mesure où de très grandes variations ne sont pas attendues sur plusieurs années. Il est recommandé de présenter des données sur 3 à 5 ans. Il est également utile d'examiner la saisonnalité par mois, surtout si elle est associée aux admissions.

COHÉRENCE INTERNE

Si le système d'enregistrement des causes de décès ou de diagnostic de décharge n'inclut aucune vérification au point de saisie des données, il est alors nécessaire d'identifier toutes causes de décès incorrectes propres au sexe. Par exemple:

¹⁴ La PNUD fournit des chiffres sur cinq ans qui peuvent être utilisés pour extraire des estimations du nombre annuel de décès, en utilisant une interpolation linéaire.

- Décès masculins dus à des affections maternelles, cancers du col de l'utérus, de l'utérus et de l'ovaire
- Décès de femmes par cancer de la prostate et hypertrophie bénigne de la prostate
- Décharges masculines avec affections maternelles, cancers du col de l'utérus, de l'utérus et de l'ovaire
- Décharges féminines avec cancer de la prostate et hypertrophie bénigne de la prostate

Identifier également les causes invraisemblables de décès à certains âges:

- Décès dus à des affections maternelles à moins de 10 ans ou plus de 49 ans
- Décès par suicide à moins de 5 ans
- Décès dus à des affections périnatales à partir de l'âge de 5 ans

Si des erreurs potentielles sont identifiées, examiner le certificat médical de la cause de décès et corriger les données si nécessaire avant de poursuivre les analyses.

QUALITE DES DONNEES SUR LES CAUSES DE DECES

Il existe plusieurs étapes entre un décès survenu à l'hôpital et les rapports sur la cause ultime de décès, sur la base de toutes les données: (1) certification de la cause de décès, (2) codification de la cause de décès, (3) vérification et édition des données sur la cause de décès (épuration) et (4) analyse de tous les rapports (5) de données.

Si le système d'enregistrement des causes de décès n'inclut pas suffisamment de contrôles au point de saisie des données dans les établissements et au niveau des districts, il est nécessaire d'identifier toutes les causes incorrectes liées au sexe et à l'âge, notamment:

- causes improbables selon le sexe: par exemple décès masculins dus à des affections maternelles, cancer du col de l'utérus, cancer de l'utérus et cancer de l'ovaire ou décès féminins dus au cancer de la prostate et à l'hypertrophie bénigne de la prostate;
- âge non plausible pour des causes de décès spécifiques: par exemple décès dus à une affection maternelle chez des patientes de moins de 10 ans ou de plus de 49 ans, décès dus au suicide avant l'âge de 5 ans et décès dus à une affection périnatale à l'âge de 5 ans et plus.
- si de telles erreurs sont identifiées, examiner le certificat médical de la cause de décès et corriger les données si nécessaire avant de poursuivre les analyses. Cette procédure devra être faite à la source par des codeurs. Si impossible, ces décès doivent être recodés en causes mal définies.

Les métriques suivantes de qualité des données sur la mortalité et les causes de décès sont utiles pour aider à interpréter les données et peuvent être résumés en une seule mesure, basée sur la moyenne non pondérée des scores pour les métriques DQ 1-7.

Métriques DQ 1 et 2: exhaustivité des rapports et ventilation

La métrique DQ 1 fait référence à l'exhaustivité des rapports hospitaliers, comme indiqué ci-dessus. Si aucune donnée détaillée n'est disponible, une estimation de l'exhaustivité peut être faite. La métrique DQ 2 évalue dans quelle mesure les données sur les causes sont désagrégées par âge et par sexe.

Métriques DQ 3 et 4: qualité de la certification

La qualité des informations sur les causes de décès dépend fortement de la précision avec laquelle les certificateurs (généralement des médecins) fournissent la séquence des causes ayant conduit au décès. Il est essentiel d'utiliser le certificat médical de cause de décès de l'OMS (ou une version comportant des adaptations mineures). Des certificats de décès mal remplis rendent difficile le travail des codeurs,

à savoir sélectionner correctement la cause sous-jacente du décès à l'aide des règles de l'ICD. Les points 3, 4 et 7 sur la qualité des données visent à mesurer la qualité de la certification.

Pour la métrique DQ 3, l'utilisation du certificat médical de décès de l'OMS est évaluée par rapport à tous les décès à l'hôpital déclarés (pas tous les décès dans le pays), sur la base de la proportion d'hôpitaux de référence et d'autres hôpitaux ayant déclaré et utilisé le certificat médical de l'OMS durant l'année la plus récente. La métrique 4 fait référence au pourcentage de médecins, parmi tous les médecins des hôpitaux, qui ont été formés pour effectuer une certification correcte en utilisant les principes ICD.

Métriques DQ 5 et 6: codage basé sur l'ICD

S'il existe un certificat médical précis, la qualité du codage dépend du niveau de formation et de l'exactitude des codeurs. L'OMS a mis au point la liste de mortalité Start-Up (CIM-10-SMoL) (voir ci-dessus) pour faciliter le codage. Les points 5 et 6 sur la qualité des données mesurent la qualité (potentielle) du codage. 5 est une estimation de la proportion de codeurs formés à l'utilisation de l'ICD pour le codage, tandis que 6 se réfère à l'utilisation réelle de l'ICD pour le codage.

Métrique DQ 7 Causes inconnues et mal définies (causes erronées)

Même dans les pays où les causes sont attribuées par du personnel médical qualifié, des catégories de codage pour des causes inconnues ou mal définies sont fréquemment utilisées. Celles-ci sont souvent dénommées codes erronés. La proportion de ces codes erronés est un indicateur de la qualité des données. Un pourcentage élevé de décès avec des causes erronées (par exemple 25%) indique la mauvaise qualité des données sur les causes de décès. Un faible pourcentage de décès avec des codes erronés ne signifie toutefois pas toujours que les données sont de bonne qualité car les causes de décès attribuées peuvent être erronées. La proportion devra être calculée à partir d'un examen des rapports sur les causes de décès.

Qualité des données : données sur la mortalité et les causes de décès rapportées par les établissements de santé (ANNEE la plus récente)

	Indicateur	Très mauvaise qualité	Mauvaise qualité	Qualité sous-optimale	Bonne qualité	Très bonne qualité
Tous	Indice de qualité des données sur la mortalité et les causes de décès	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
1	Exhaustivité des rapports hospitaliers	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
2	Ventilation par âge et par sexe	Aucune	Moins de 5 ans; + de 5 ans; pas par sexe	Moins de 5 ans; + de 5 ans; par sexe	Plusieurs groupes d'âge, par sexe	Groupes d'âge de cinq ans, par sexe
3	Certificat médical de l'OMS: % d'hôpitaux déclarants l'utilisant	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
4	Pratiques de certification: % de certificateurs formés	< 25% formés	25-49% formés	50-84%	85-94%	95% ou plus
5	Pratiques de codage: % de codeurs formés	< 25% formés	25-49% formés	50-84%	85-94%	95% ou plus
6	Utilisation ICD : pourcentage des hôpitaux déclarants ayant soumis des données avec des codes ICD	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
7	Utilisation de codes: % avec des codes mal définis ou inconnus	>=33%	25-32%	15-24%	5-14%	<5%

L'OMS dispose d'outils pour éditer et analyser les données sur les causes de décès, principalement destinés aux données du système CRVS (encadré).

Encadré: Outils de l'OMS pour éditer et analyser des données sur les causes de décès

- **Effectuer des vérifications de base sur les données se rapportant aux causes de décès (CoDEdit)** - L'outil CoDEdit est destiné à aider les codeurs de statistiques sur les causes de décès à effectuer des contrôles de routine de leurs données afin de minimiser les erreurs. L'outil CoDEdit est appliqué au stade de la compilation des données. Son objectif premier est d'avertir et de signaler les erreurs basiques grossières, d'alerter sur une éventuelle utilisation abusive des codes et de fournir un résumé sur l'ensemble des données. http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/COD.zip?ua=1
- **Statistiques sur la mortalité: un outil pour mieux comprendre et améliorer la qualité et analyser les niveaux de mortalité et les causes de décès (ANACoD)** - L'outil CoDEdit ne doit pas être confondu avec l'outil ANACoD, qui est destiné à une analyse complète des données sur les causes de décès. Ces outils ont été développés pour faciliter le contrôle de la qualité des données sur la mortalité, y compris des données sur les causes de décès, à partir de systèmes complets d'enregistrement de l'état civil. Cependant, ils peuvent être utilisés pour identifier d'éventuels problèmes avec les données sur la mortalité émanant des hôpitaux. <http://www.who.int/healthinfo/anacod/en/>

COHERENCE EXTERNE

L'évaluation de la cohérence externe implique la comparaison des résultats de deux sources de données différentes. La répartition en pourcentage des causes obtenue à partir des données hospitalières peut être comparée aux estimations pour l'ensemble de la population, obtenues par modélisation statistique, notamment les estimations de la santé mondiale de l'OMS et celles de la Charge mondiale des maladies de l'IHME. Il ne s'agit pas nécessairement d'une évaluation de la qualité

des données, mais cette pratique peut simplement fournir des indications supplémentaires sur la mesure dans laquelle les causes de décès en milieu hospitalier indiquent ce dont meurent les patients dans la population générale. Le principal défi consiste à s'assurer que les catégories de causes dérivées des hôpitaux sont comparables à celles des estimations. Un exemple est donné dans la section analyse.

Encadré 1 : Ajustement pour des causes mal définies et inconnues

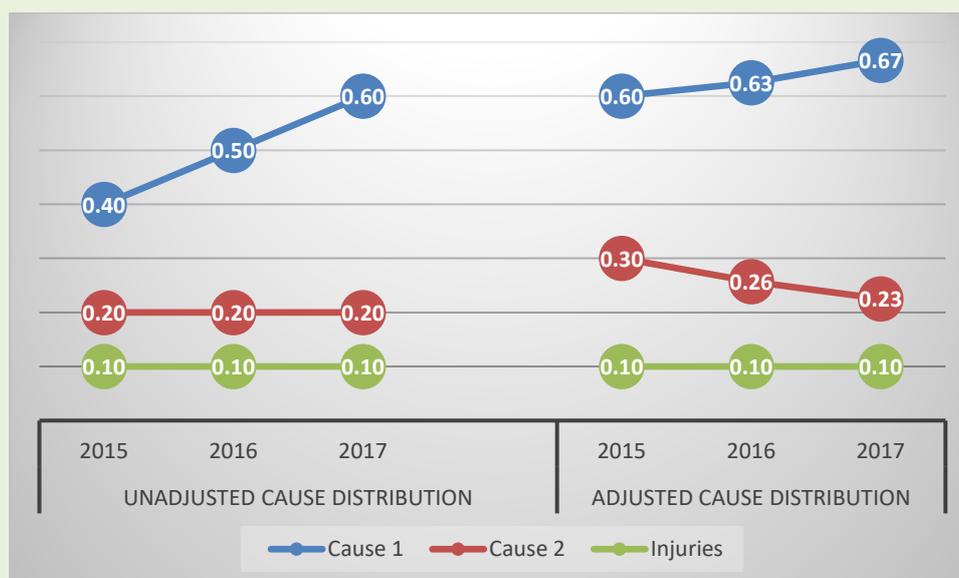
L'exemple ci-dessous (tableau et graphique) montre une répartition en pourcentage hypothétique des causes de décès par pays. La cause 1 augmente de 40% à 60% entre 2015 et 2017, les deux autres causes restent constantes à 20% et 10%, tandis que la proportion mal définie diminue de 30% à 20% et à 10% en 2017. La réattribution des causes inconnues / mal définies entre les trois causes spécifiées peut être effectuée comme suit (p représente la proportion due pour une catégorie de cause donnée):

$p_{ajustées, cause (n)} = p_{nonajustées, cause (n)} * (1 + p_{données\ erronées} / (1 - p_{blessures} - p_{données\ erronées}))$.

Les causes erronées ne doivent pas être redistribuées en décès non naturels. On présume que les décès non naturels tels que les noyades ou les accidents de la route ont un faible risque d'être mal classés car de tels décès sont généralement constatés par la police ou une institution médico-légale.

L'impact sur l'évaluation des tendances dans l'exemple est important: l'augmentation de la cause 1 est beaucoup moins prononcée après ajustement, tandis que les causes 2 et 3 diminuent lorsque nous tenons compte de l'ajustement.

	Répartition des causes non ajustée			Répartition des causes ajustée		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Cause 1	0,40	0,50	0,60	0,60	0,63	0,67
Cause 2	0,20	0,20	0,20	0,30	0,26	0,23
Blessures	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Données erronées	0,30	0,20	0,10	0,00	0,00	0,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00



Encadré 2 : Comparaison de la répartition en pourcentage des causes de décès entre les établissements de santé et estimations pour la population

Le tableau montre une comparaison illustrative entre les principales causes de décès dans les estimations de la santé mondiale de l'OMS pour 2016 pour tous les âges de la population au Kenya ainsi que la répartition en pourcentage des causes dérivée des données des établissements de santé. Les estimations nationales sont généralement modélisées et leur objectif est de guider la politique de santé globale. En revanche, les données en temps réel sur les causes de décès dans les établissements de santé peuvent fournir des informations plus immédiates sur ce qui tue réellement la population d'un pays et éventuellement être désagrégées en petites zones géographiques. Il est utile d'indiquer le pourcentage de codes de données erronées qui ont été redistribués aux fins de la présente analyse (bas du tableau).

Kenya, estimations de la santé mondiale établies par l'OMS pour les décès dans la population, tous âges confondus, groupes causes général », 2016 (N = 284 100 décès)

Rang, OMS-GHE/ESM	Cause de décès	Pourcentage de tous les décès, OMS - GHE/ESM	Classement parmi les décès à l'hôpital	Pourcentage de décès en établissement
1	Maladies diarrhéiques	13.3		
2	VIH	12.6		
3	Décès néonataux	10.2		
4	Tumeurs (néoplasmes)	9.6		
5	Blessures	9.6		
6	Maladie cardiovasculaire	7.6		
7	Maladie respiratoire aiguë	6.9		
8	Paludisme	3.4		
9	Maladies du système digestif	2.6		
10	Anomalies congénitales	2.4		
	Toutes les autres causes	21.8		
	Total	100.0		
	Codes données éronnées	0.0		N.N (redistribués)

2. Qualité des données sur la morbidité

Se reporter au tableau de bord Métriques de la qualité des données sur la mortalité dans la section mortalité. Les métriques de la qualité des données sur la morbidité doivent inclure l'exhaustivité des rapports sur la morbidité et la qualité des diagnostics, à la fois pour les établissements accueillant des patients hospitalisés et des patients venus consulter en ambulatoire.

Qualité des données sur la morbidité collectées par les établissements de santé

	Très faible qualité	Faible qualité	Qualité sous-optimale	Bonne qualité	Très bonne qualité
Score global	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
D1 Diagnostic de décharge pour les nouvelles admissions et les réadmissions séparément	< 25% des décès	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
D2 ICD utilisé pour le codage des décharges	< 25% des cas	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
D3 Pourcentage avec des codes mal définis ou inconnus chez les patients hospitalisés	>=33%	25-32%	15-24%	5-14%	<5%
D4 Taux de notification des établissements de santé pour OPD	< 50%	50-74%	75-84%	85-94%	95% ou plus
D5 Première consultation OPD et consultation subséquente OPD séparément	< 25%	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
D6 OPD : ICD utilisé pour le codage des diagnostics	< 25% des cas	25-49%	50-84%	85-94%	95% ou plus
D7: Pourcentage OPD avec codes mal définis ou inconnus	>=33%	25-32%	15-24%	5-14%	<5%

Annexe 2. Autres considérations/problèmes d'interprétation

Analyse des statistiques basées sur des enquêtes et des établissements pour les indicateurs de base

Il est recommandé de présenter les statistiques basées sur des enquêtes et des établissements sous forme de tableaux ou de graphiques. Ces comparaisons peuvent être effectuées aux niveaux national et provincial / régional / des districts, en fonction des niveaux de ventilation des enquêtes.

Les statistiques d'enquête sont souvent considérées comme la «norme en or» car les données sont collectées dans un échantillon aléatoire de la population au moyen d'entretiens structurés et de biomarqueurs. En tant que telles, les enquêtes fournissent des informations représentatives sur l'ensemble de la population, y compris sur les personnes qui n'utilisent pas les services de santé. Elles ont aussi des points faibles. Premièrement, toutes les enquêtes comportent des erreurs d'échantillonnage qui deviennent plus importantes aux niveaux sous-nationaux. Toutefois, les intervalles de confiance à 95% sont souvent disponibles pour plusieurs indicateurs à partir des rapports DHS en annexe. Deuxièmement, les données d'enquête sont souvent rétrospectives – le répondant est interrogé sur des événements du passé. Le tableau 1 indique les périodes de référence couramment utilisées dans les enquêtes pour certains indicateurs clés. Troisièmement, les enquêtes ne permettent pas de fournir des résultats fiables sur des événements rares (tels que la mortalité maternelle), car les erreurs d'échantillonnage deviennent tout simplement trop grandes. Quatrièmement, les enquêtes peuvent comporter des erreurs systématiques affectant la qualité des données.

Indicateur	Période de référence de l'enquête
Services ambulatoires	2 dernières semaines, 4 dernières semaines, 6 derniers mois, année précédente
Soins d'accouchement anténataux et postnataux	Trois ans avant l'enquête
Prévalence contraceptive	Actuellement, au moment de l'enquête
Couverture vaccinale	Situation actuelle, déclarée pour les enfants de 12 à 23 mois, se rapporter à l'année précédant l'enquête
Traitement des maladies infantiles	2 dernières semaines avant l'enquête
Dépistage du cancer du col de l'utérus	3 dernières années, depuis le début du programme

Mesures ou indices récapitulatifs

Dans le contexte de la CSU, il est utile de résumer les informations contenues dans plusieurs indicateurs. L'annexe de ce chapitre répertorie 16 indicateurs de la CSU répartis en quatre groupes – RMNCH (santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant), lutte contre les maladies infectieuses, mesures de prévention des MNT et capacité du système de santé – qui ont été utilisées pour calculer un indice de couverture des services de la CSU par l'OMS pour tous les pays. L'indice de couverture de la CSU est un exemple qui utilise les données du système de santé, des établissements de santé et des enquêtes. Un autre exemple est l'indice de couverture composite RMNCH Countdown (compte à rebours) basé sur FP, les soins maternels et néonataux, la vaccination et la couverture de traitement qui a été largement utilisée pour suivre les progrès et les inégalités dans RMNCH. Cet indice de couverture est généralement entièrement dérivé d'enquêtes, mais les trois premières zones d'intervention peuvent également être obtenues à partir des données des établissements.

Les données des établissements de santé peuvent contribuer au calcul de l'indice CSU de l'OMS pour plusieurs indicateurs. Il est également possible de se faire une idée du statut de la CSU en utilisant un ensemble d'indicateurs comprenant l'accès (disponibilité et utilisation), la couverture et la qualité des services. Le principe général du calcul de l'indice consiste à utiliser une moyenne non pondérée si l'indicateur est mesuré sur une échelle de 0 à 100%, 100% étant le maximum. Pour d'autres indicateurs tels que l'utilisation des services, cette échelle n'existe pas. Une valeur seuil devra être utilisée pour déterminer le maximum (100%). Par exemple, pour les consultations OPD par an, un seuil de 5 a été proposé et pour les taux de décharge, un seuil de 10 par personne et par an, ces deux chiffres sont fondés sur une évaluation des niveaux dans les pays de l'OCDE à revenu élevé. Les taux sont calculés comme suit: valeur réelle / valeur seuil * 100%, avec une valeur réinitialisée à 100% si elle dépasse 100%.

Les statistiques d'accès / couverture / d'utilisation dérivées de données des établissements peuvent être résumées par le biais d'un indice utile pour comparer les districts. Les principes suivants sont utiles à considérer:

- utiliser des domaines d'intervention plutôt que des indicateurs individuels. Un domaine d'intervention tel que les soins anténatals et d'accouchement peut avoir plusieurs indicateurs, mais dans l'indice global, tous les indicateurs sont combinés afin de produire un score pour les soins anténatals et d'accouchement qui contribue à former l'indice global.
- utiliser des schémas de pondération simples qui sont faciles à communiquer. Les utilisateurs ont tendance à se méfier des mesures récapitulatives, même si elles sont souvent nécessaires pour avoir une vue d'ensemble, et si elles peuvent être expliquées facilement, cela peut aider.
- en général, une moyenne non pondérée entre les domaines d'intervention est la méthode la plus directe. Ici, la moyenne (arithmétique) est prise en compte pour chaque domaine d'intervention. Dans certains cas, toutefois, les fourchettes des indicateurs de couverture peuvent varier considérablement entre les différents indicateurs de couverture. Par exemple, la couverture vaccinale peut varier de 50% à 90% tandis que la couverture du traitement de l'hypertension varie de 1 à 20%. Dans ce cas, la moyenne géométrique est un moyen plus utile de calculer les scores.¹⁵

Comparaisons de district

Des tableaux ou graphiques comparatifs des districts ou d'autres unités sous-nationales peuvent être utilisés pour des indicateurs uniques et récapitulatifs. Tous les districts sont souvent classés, mais les utilisateurs se concentrent souvent seulement sur le tout début ou la toute fin du classement. Une grande partie de la critique porte sur l'injustice des comparaisons, par exemple, comparaison de quartiers pauvres avec des quartiers riches. Les classements stratifiés peuvent être plus utiles, surtout s'il existe de grandes différences au sein du pays.

Les districts peuvent être regroupés par régions administratives et provinces (ce qui présente également l'avantage de pouvoir inclure des statistiques d'enquêtes auprès des ménages), caractère urbain-rural du district, quintiles socio-économiques et caractéristiques épidémiologiques (avec et sans paludisme, par exemple, gravité du VIH).

La stratification socio-économique est particulièrement utile. Les districts peuvent être classés en quintiles socio-économiques, selon une classification officielle du Bureau national des statistiques. Si

¹⁵ La *moyenne géométrique* est un type spécial de *moyenne* où les nombres sont multipliés ensemble, puis une racine carrée extraite (pour deux nombres), une racine cubique (pour trois nombres) etc.

aucune classification de ce type n'est disponible, ou si elle n'est pas récente, un indice socioéconomique peut être calculé à partir de données DHS récentes basées sur les caractéristiques relative à l'éducation et à la richesse ou dérivées d'études spéciales sur la pauvreté au niveau sous-national (par exemple où les niveaux de revenu du district sont estimés).

Estimation du ratio de mortalité maternelle dans la communauté (MMR)

Le MMR se rapportant aux naissances à la maison est souvent inconnu et difficile à mesurer. Une estimation approximative de ce MMR communautaire peut être obtenue et rapportée en fonction des informations suivantes:

- • une estimation du ratio de mortalité maternelle basé sur la population (par exemple à partir d'une estimation DHS récente ou des estimations de l'ONU): $MMR_{national}$
- • le ratio de mortalité maternelle en établissement: $MMR_{hôpitaux}$
- • la proportion de naissances vivantes ayant lieu dans des établissements de santé (taux d'accouchement en établissement): ID

La formule pour calculer le $MMR_{communauté}$ est la suivante: $MMR_{communauté} = (MMR_{national} - MMR_{hôpitaux} * ID) / (1-ID)$

Par exemple, si le MMR national est estimé à 400 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle dans les établissements de santé est de 200 et que 75% des naissances vivantes se produisent dans un établissement de santé, alors le MMR communautaire est: $(400-200 * 0,75) / 0,75 = (250) / 0,75 = 1000$ pour 100 000 naissances vivantes.

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