

Surveillance de la Santé reproductive :

Etablissement d'une liste restreinte d'indicateurs nationaux et mondiaux



Division de la Santé reproductive (Appui technique)
Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale
de Recherche, de Développement et de Formation
à la Recherche en Reproduction humaine
Organisation mondiale de la Santé

WHO/RHT/HRP/97.26
Distr.: générale

Surveillance de la Santé reproductive :

Etablissement d'une liste
restreinte d'indicateurs
nationaux et mondiaux



Division de la Santé reproductive (Appui technique)
Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale
de Recherche, de Développement et de Formation à la
Recherche en Reproduction humaine
Organisation mondiale de la Santé

REMERCIEMENTS

Le présent document a été rédigé par des personnels de l’OMS d’après un texte original du Dr Sophie Mancey-Jones et du Dr Wendy Graham du Centre Dugald Baird de recherche sur la santé des femmes, Maternité d’Aberdeen, Université d’Aberdeen, Écosse. L’OMS remercie les nombreuses personnes et organisations qui ont participé à ce travail, et en particulier le Dr Haifa Madi al-Yehya, UNRWA, Amman, Jordanie; le Dr Bhakta Gubhaju, DESIPA, Nations Unies, New York, États-unis d’Amérique; M. Erik Klijzing, Commission économique pour l’Europe, Genève, Suisse; le Dr Shiva Murugasampillay, Ministère de la Santé, Harare, Zimbabwe; M. Richard Osborne, FNUAP, New York, États-unis d’Amérique; le Dr Tessa Wardlaw, UNICEF, New York, États-unis d’Amérique; et le Dr Beverly Winikoff, Conseil de la population, New York, États-unis d’Amérique.

Conception de la couverture : Máire Ní Mhearáin et Présentation graphique OMS

© Organisation mondiale de la Santé, 1998

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DE MATIÈRES

	Page
Préface	1
Résumé d'orientation	3
Introduction	5
Le processus de sélection	6
Étape 1	6
Étape 2	7
Étape 3	10
Étape 4	11
Étape 5	11
Étape 6	13
Étape 7	13
Conclusion et recommandations	15
Bibliographie	16
Annexe 1 : Liste rassemblant les indicateurs de la santé reproductive proposés	18
Annexe 2 : Indicateurs précédemment proposés - par zone de programme et type d'indicateur	29
Annexe 3 : Les critères de sélection - questions clefs pour leur application aux indicateurs au niveau national	30
Annexe 4 : Révision de la liste restreinte préliminaire : justification des changements apportés pour dresser la liste définitive	36
Annexe 5 : Les indicateurs - questions liées à l'application des critères de sélection et justification du choix	37

PRÉFACE

Le présent rapport décrit le processus de sélection d'une liste restreinte d'indicateurs de la santé reproductive pour les niveaux national et mondial, et le résultat de ce choix. De nombreux travaux ont porté ces dernières années sur l'élaboration d'indicateurs de la santé reproductive, en particulier depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui a eu lieu en 1994. Au niveau local, les pays ont été encouragés à choisir les indicateurs les mieux adaptés à leurs besoins et à leur capacité de collecte des données (Graham et Macfarlane, 1997). Toutefois, si des organismes internationaux demandent aux pays de recueillir des informations qui soient comparables au plan international et permettent une surveillance mondiale, il doit exister un consensus sur une liste minimale acceptée. De nombreuses initiatives antérieures ont déjà débouché sur des listes d'indicateurs ne précisant pas clairement les modalités d'utilisation des critères de sélection. Notre propos, ici, n'est pas d'ajouter de nouveaux indicateurs aux listes existantes, qui sont déjà longues, mais d'examiner les initiatives antérieures et, au moyen de critères de sélection objectifs et d'un examen effectué par des experts, de définir les indicateurs les plus souhaitables.

Les indicateurs sont des statistiques choisies parmi d'autres pour leur capacité de résumer, de représenter un ensemble plus important de statistiques ou de servir de mesure indirecte des informations manquantes.
(Murnaghan, J.H. 1981)

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Ce document décrit la marche à suivre pour établir une liste minimale d'indicateurs de la santé reproductive utilisables aux niveaux national et mondial. Il ne s'agit pas de présenter un ensemble complet d'indicateurs pour la surveillance et l'évaluation des programmes. L'objectif est au contraire de recenser un nombre limité d'indicateurs pouvant donner un aperçu général de la santé reproductive en un lieu donné. Les indicateurs décrits ici résultent de l'application de critères de sélection objectifs et d'un examen conduit par des experts pour extraire des longues listes proposées l'ensemble le plus approprié d'indicateurs.

Le processus conduisant à l'établissement de la liste restreinte finale d'indicateurs comprend les étapes suivantes, qui sont examinées ultérieurement en détail dans le même rapport :

- recensement des listes existantes d'indicateurs proposés pour la santé reproductive
- rassemblement des listes proposées - et mise en évidence des points communs, des chevauchements et des lacunes
- reconnaissance des indicateurs "forts" - par un processus d'élimination
- recensement des lacunes dans la couverture par les indicateurs forts et reconnaissance des moins problématiques parmi les indicateurs "faibles" proposés pour ces zones de programme
- établissement d'une liste restreinte préliminaire par classement prioritaire des indicateurs choisis, en évitant tout double emploi
- examen de la liste restreinte préliminaire par un tableau d'experts et établissement de la liste finale.

Encadré 1: Liste restreinte proposée d'indicateurs de la santé reproductive

1. Taux de fécondité cumulée
2. Taux de prévalence des contraceptif
3. Taux de mortalité maternelle
4. Pourcentage des femmes soignées au moins une fois pendant leur grossesse par des personnels de santé qualifiés (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées) pour des motifs en rapport avec la grossesse
5. Pourcentage des accouchements se déroulant en présence de personnel de santé qualifié (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées)
6. Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants
7. Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants
8. Taux de mortalité périnatale
9. Pourcentage des naissances vivantes de faible poids de naissance (<2500 g)
10. Prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes (15-24)
11. Pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont la mesure du taux d'hémoglobine a révélé qu'elles étaient anémiques
12. Pourcentage des admissions pour des soins obstétricaux ou gynécologiques dues à un avortement
13. Prévalence signalée des femmes ayant subi des mutilations sexuelles
14. Pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) exposées au risque de grossesse qui déclarent qu'elles essaient d'être enceintes depuis deux ans ou plus
15. Incidence signalée de l'urétrite chez les hommes (15-49 ans)

Le processus de sélection a abouti à une liste restreinte finale de 15 indicateurs, énumérés dans l'encadré 1.

Malgré des faiblesses inhérentes à chacun des indicateurs énumérés dans l'encadré 1, un grand nombre d'entre eux sont complémentaires et, associés les uns aux autres, ils permettent de mesurer les résultats et l'impact de toute une gamme de zones des programmes de santé reproductive; en d'autres termes, la somme est supérieure au total des différentes parties. Le but était de présenter une "enveloppe" d'indicateurs qui reflètent le mieux possible la santé reproductive dans sa globalité. L'application de critères de sélection explicites a cependant aussi révélé l'absence d'indicateurs acceptables dans certains domaines clefs qu'il importe de ne pas perdre de vue pour l'établissement d'une liste restreinte. Ces treize domaines prioritaires pour l'élaboration des indicateurs, dont la liste figure dans l'encadré 2, doivent donc être mis bien en évidence dans toute discussion concernant les 15 indicateurs choisis.

Encadré 2 : Domaines prioritaires pour la mise au point des indicateurs

- Avortement
- Violences à l'encontre des femmes
- Qualité des soins
- Accès aux soins
- Soins prénatals
- Soins du post-partum
- Santé reproductive des adolescents
- "Facteur masculin"
- Politique de santé reproductive
- VIH/SIDA
- Infections de l'appareil génito-urinaire
- Comportement préventif
- Cancer du col

Un indicateur supplémentaire, *la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans*, a été examiné. Cet indicateur a été proposé par l'ONUSIDA qui l'a mis au point.¹ Le groupe a estimé que cet indicateur pose un certain nombre de problèmes, qui sont décrits ultérieurement dans ce document. Dans certains lieux, cependant, en particulier là où la prévalence du VIH est élevée, la collecte de cette information peut être jugée importante. Lorsque c'est le cas, une extrême prudence s'impose, tant pour ce qui est des aspects opérationnels que des questions d'interprétation (voir l'Annexe 5).

¹Organisation mondiale de la Santé (1994), Programme mondial de lutte contre le SIDA. *Évaluation des programmes nationaux de lutte contre le SIDA*. WHO/GPA/SEF/94.1.

INTRODUCTION

A la suite de conférences internationales récentes telles que la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994 et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, les pays ont approuvé un certain nombre de buts et de cibles mondiaux dans le domaine général de la sexualité et de la santé reproductive. Nombre de ces buts et de ces cibles ont été formulés comme des objectifs explicites, quantifiables et limités dans le temps et adoptés par les pays dans le cadre de leurs politiques, de leurs programmes et de leurs services de santé nationaux. Des organisations multilatérales et bilatérales et des ONG ont à leur tour inclus ces buts et ces cibles dans leurs propres activités de soutien technique et de mise en oeuvre.

Pour évaluer dans quelle mesure les pays sont capables d'atteindre ces buts, il est indispensable d'instaurer des systèmes de surveillance et d'évaluation. Cela nécessite généralement la définition d'indicateurs essentiels et de directives sur la façon de les recueillir. Parallèlement au développement et à l'évolution des services concernant la santé reproductive, le nombre des indicateurs potentiels a accusé une augmentation massive. La demande d'indicateurs a généralement dépassé l'offre des données nécessaires et peu de pays en développement ont la capacité de générer des données pour faire rapport sur nombre des indicateurs actuellement définis aux fins de la surveillance de la santé reproductive et des progrès accomplis dans ce domaine.

Dans un contexte caractérisé par une pénurie générale d'informations sur la santé, en particulier au niveau communautaire, la prolifération des indicateurs de la santé reproductive est d'autant plus préoccupante qu'elle impose aux systèmes nationaux de collecte des données un travail de notification pesant. Les indicateurs proposés ne sont pas nécessairement appropriés ni possibles et ils requièrent souvent une collecte de données irréaliste, en particulier au niveau du district.

Préoccupée par la prolifération d'indicateurs et leurs incidences au niveau national, l'OMS a entrepris une série d'activités conçues pour renforcer la capacité nationale de recenser et de générer des indicateurs de la santé reproductive. Dans un premier temps, en mai 1996, l'OMS a réuni de façon informelle des experts techniques des indicateurs de la santé reproductive et des administrateurs de la santé nationaux particulièrement chargés de la surveillance et de l'évaluation des programmes de santé reproductive. L'un des premiers résultats de la réunion a été la mise au point d'un bref guide à l'usage des administrateurs de programme et des planificateurs de la santé aux niveaux national et du district destiné à les aider à choisir les indicateurs qu'ils surveilleront parmi la multitude qui leur est actuellement proposée. Le guide énumère une série de critères à appliquer à tout indicateur avant de le choisir aux fins de la surveillance.²

En tant qu'organisation responsable du Groupe de travail sur la santé reproductive du Groupe spécial CAC sur les services sociaux de base pour tous, l'OMS a organisé deux réunions des institutions des Nations Unies intéressées par le suivi mondial des aspects santé reproductive des conférences internationales récentes pour examiner la question des indicateurs de la santé reproductive et parvenir à un consensus sur une liste restreinte pour la surveillance mondiale.³ Le présent document décrit le résultat de ces réunions.

² Organisation mondiale de la Santé, Division de la santé reproductive (1998) *Choix des indicateurs de la santé reproductive : Guide à l'usage des administrateurs de district* Version pour les essais de terrain WHO/RHT/97.25.

³ Organisation mondiale de la Santé, Division de la santé reproductive (1997) *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring - Rapport d'une réunion technique interorganisations* (9-11 avril 1997) WHO/RHT/97.27 (en anglais seulement).

LE PROCESSUS DE SÉLECTION

ÉTAPE 1 : Recensement des listes existantes d'indicateurs proposés pour la santé reproductive

Les sources suivantes étaient incluses dans l'étude :

OMS et UNICEF (1993) - Colonne A, Annexe 1

Après le Sommet mondial pour les enfants, en 1990, l'OMS et l'UNICEF ont publié une liste d'indicateurs nationaux ciblés pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation de cibles spécifiques fixées lors du sommet. Onze indicateurs intéressent la santé reproductive et ils ont été inclus dans la liste constituée aux fins d'examen - cinq pour la grossesse sans risque, deux pour la planification familiale, un pour la nutrition maternelle et trois pour la santé du nouveau-né (OMS/UNICEF, 1993).

OMS (1993) - Colonne B, Annexe 1

En 1993, les indicateurs recommandés dans le "Cadre commun pour la troisième opération de surveillance (CFM3) de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous en l'an 2000" (OMS, 1993a) comprenaient les onze indicateurs recommandés pour le suivi du Sommet mondial pour les enfants ainsi que huit autres indicateurs concernant la nutrition maternelle, les MST/VIH, l'allaitement au sein et la fécondité. En novembre 1993, un Groupe de travail technique de l'OMS s'est réuni pour examiner les indicateurs proposés pour la santé maternelle et il a approuvé les cinq indicateurs de la grossesse sans risque et recommandé l'application immédiate de trois autres indicateurs liés à la grossesse (OMS, 1994a). Une liste plus longue d'indicateurs à utiliser au niveau du district et dans les programmes a aussi été présentée pendant l'atelier de novembre 1993 (OMS, 1994a) et elle a été incorporée à la liste constituée, aux fins d'analyse.

Le projet d'évaluation (1995) - Colonne C, Annexe 1

L'USAID a financé le projet d'évaluation pour coordonner l'examen des indicateurs existants par des groupes de travail pluridisciplinaires des indicateurs existants et la mise au point de nouveaux indicateurs pour surveiller toutes les composantes de la santé reproductive telles que proposées par la CIPD. Les sous-comités ont été invités à produire des listes restreintes d'indicateurs clefs pour chaque zone de programme et seuls les 59 indicateurs provenant des "listes restreintes" ont été inclus ici dans la liste établie. Le sous-comité pour la planification familiale n'a pas produit de liste restreinte, en invoquant que le choix des indicateurs clefs pour l'évaluation des programmes de planification familiale dans le monde "dépendait entièrement du but de l'évaluation". (Bertrand, J.T. et al, 1995). Sur les 95 indicateurs de la planification familiale examinés par ce groupe, seuls les sept également proposés par d'autres groupes ont été inclus dans cette étude.

UNICEF (1995) - Colonne D, Annexe 1

Dans sa deuxième édition, le document de l'UNICEF "Mortalité maternelle : directives pour suivre les progrès accomplis" (Maine et al, 1995) examine dix indicateurs liés à la grossesse sans risque. Il traite de quatre indicateurs d'impact et, sur la base du principe que le plus efficace pour réduire la mortalité maternelle est de dispenser des soins obstétricaux essentiels de base et complets accessibles, il approuve également six indicateurs de processus préalablement proposés pour la fourniture, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux essentiels.

OMS (1996) - Colonne E, Annexe 1

Le "Catalogue OMS des indicateurs pour la surveillance de la santé" a été produit par le service OMS du renforcement de l'information sanitaire dans les pays (OMS, 1996a). Il décrivait brièvement les indicateurs sanitaires actuellement recommandés par les programmes techniques de l'OMS, chacun apparemment "d'une utilité opérationnelle avérée et se prêtant à la surveillance et à la gestion des services de santé". Sur les 21 indicateurs concernant la santé reproductive, 12 avaient été recommandés dans le Cadre commun pour la troisième évaluation (d'importantes modifications ayant été apportées à ceux qui concernaient les soins prénatals et la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement), les huit autres comprenant cinq nouveaux indicateurs liés aux MST/au VIH proposés par le Programme mondial de lutte contre le SIDA (OMS, 1994b).

FNUAP (1996) - Colonne F, Annexe 1

Depuis 1994, la Division technique et d'évaluation du FNUAP travaille à la mise au point d'une liste d'indicateurs destinés à couvrir toutes les zones de la santé reproductive telles que définies lors de la CIPD. La liste de 69 indicateurs inclut des suggestions pour la surveillance au niveau des programmes et pour une utilisation au niveau national.

ÉTAPE 2 : Rassemblement des listes proposées et mise en évidence des points communs, des chevauchements et des lacunes

Au total, 148 indicateurs différents ont été recensés à partir de ces six listes et ils ont été groupés en fonction de la zone de programme qu'ils concernent et du type d'indicateur (Annexe 1).

Onze zones de programme en rapport avec la santé reproductive ont été définies (encadré 3).

Encadré 3 : Zones du programme de santé reproductive

- Planification familiale
 - i) Maternité sans risque - aspects généraux
 - ii) Maternité sans risque - soins prénatals
 - iii) Maternité sans risque - soins pendant l'accouchement
 - iv) Maternité sans risque - soins obstétricaux essentiels
 - v) Maternité sans risque - soins post-natals -
- Nutrition maternelle
- Santé du nouveau-né et allaitement au sein
- MST/VIH/SIDA
- Soins liés aux avortements
- Santé reproductive des adolescents
- Mutilations sexuelles féminines
- Violences à l'encontre des femmes
- Cancer de l'appareil génito-urinaire
- Infécondité

Étant donné la façon dont le programme a été élaboré, il n'est pas surprenant que la majorité des indicateurs proposés par des initiatives antérieures concernent les cinq premiers domaines. Pour ce qui est de l'expérience de la surveillance des six dernières zones de programme, l'expérience est plus limitée et les 33 indicateurs recensés pour ces domaines plus nouveaux n'ont été mis au point que depuis la CIPD.

Un indicateur peut aussi être classé selon le type de phénomène qu'il vise à refléter.

Pour jouir d'une bonne santé reproductive, une population a besoin :

- d'un environnement favorable
- que les moyens soient donnés à chacun de promouvoir sa propre santé reproductive
- d'avoir accès à des soins de santé efficaces.

Des indicateurs reflétant les progrès faits dans les trois domaines sont nécessaires pour donner une image complète de tous les facteurs responsables de l'état de la santé reproductive.

Les quatre catégories d'indicateurs définies par l'OMS pour surveiller les progrès sur la voie de la santé pour tous (SPT) comprennent des indicateurs qui reflètent des éléments d'un environnement favorable, de la potentialisation des membres du groupe et de la fourniture des services de santé (encadré 4, OMS, 1981).

Encadré 4 : Types d'indicateurs définis pour surveiller la SPT

- Indicateurs de la politique de santé
- Indicateurs sociaux et économiques liés à la santé
- Indicateurs de la fourniture des soins de santé
- Indicateurs de l'état de santé

L'élaboration d'indicateurs de la politique mise en oeuvre est problématique. Les 13 indicateurs de la politique inclus dans la liste établie pour cette étude ont tous été proposés par les sous-comités du Projet d'évaluation ou par le FNUAP (encadré 5).

Encadré 5 : Indicateurs de la politique proposés par le Projet d'évaluation ou le FNUAP

1. Existence d'un plan d'élaboration de la politique de planification familiale
2. Politique nationale pour la fourniture de contraceptifs à un prix symbolique ou gratuitement
3. Législation ou politique interdisant les services de planification familiale aux personnes i) célibataires ou ii) en dessous d'un certain âge
4. Existence et mise en oeuvre d'un plan stratégique ou opérationnel pour la grossesse sans risque
5. Politique et plan nationaux pour l'allaitement maternel
6. Plan stratégique national contre les infections de l'appareil génito-urinaire et les maladies sexuellement transmissibles, VIH/SIDA compris
7. Disposition visant à protéger les droits fondamentaux des personnes séropositives en matière d'emploi, de mariage et de voyages
8. Existence de services et d'une politique administrative sur les éléments des soins après un avortement
9. Existence d'une politique, de programmes et de lois adoptés par le gouvernement en faveur de la santé reproductive des adolescents
10. Age lors du premier mariage selon le sexe - existe-t-il un âge minimum légal? Quel est l'âge minimum légal? Est-il appliqué?
11. Priorité accordée à la nutrition de la femme dans la politique en vigueur
12. Mise en oeuvre par les autorités de mesures pour éliminer i) les mutilations sexuelles féminines ii) le choix du sexe avant la naissance

Tous ces "indicateurs" de la politique exigent des informations qualitatives sur l'existence, ou l'absence, d'énoncés de politique ou de législation à l'appui des buts de la santé reproductive. En tant que tels, ils posent des problèmes de mesure, en particulier pour ce qui est de leur capacité à servir de marqueurs du changement. Leur statut d'"indicateurs" est sujet à discussion et de plus amples recherches sont nécessaires sur la mise au point d'indicateurs efficaces pour mesurer l'"environnement favorable".

Les indicateurs sociaux et économiques peuvent être considérés comme déjà couverts dans le cadre de la surveillance générale de la santé. Ils ne sont pas spécifiquement cités dans la plupart des listes proposées d'indicateurs de la santé reproductive et ils n'ont donc pas été inclus dans la présente étude.

La majorité des indicateurs proposés envisagés ici mesurent la fourniture des soins de santé et l'état de santé. Ils peuvent encore être subdivisés en sous-groupes comme le propose l'approche du cadre logique de Payne (encadré 6, Payne, 1985).

Encadré 6 : Types d'indicateurs définis selon l'approche du cadre logique

- Indicateurs de moyens
- Indicateurs de résultats directs - disponibilité, accessibilité, qualité des soins
- Indicateurs de résultats intermédiaires (processus) - utilisation des services, connaissances et pratique
- Indicateurs d'impact - mesure de l'état de santé

Les indicateurs rassemblés dans la liste établie pour la présente étude incluaient ceux qui avaient été proposés pour les programmes et les niveaux local et national et la liste comprend donc un éventail de types d'indicateurs pour les moyens et l'impact (Annexe 2).

ÉTAPE 3 : Évaluation de chaque indicateur au moyen de critères de sélection objectifs

Tout le travail de mise au point des indicateurs a reposé sur un consensus général concernant les exigences liées à un indicateur efficace. L'indicateur idéal doit être éthique, utile, scientifiquement solide, représentatif et accessible (Graham et Macfarlane, 1997). Aucun des indicateurs n'a malheureusement été reconnu comme conforme à tous ces critères et "leur respectabilité scientifique doit donc être tempérée par une certaine humilité" (OMS, 1981). Un certain nombre de compromis sont inévitables, tels qu'entre représentativité et accessibilité et entre spécificité et sensibilité. Comme il n'est pas toujours possible d'élaborer un indicateur "idéal" répondant à tous les critères, il a été proposé de "pondérer" les critères. Une hiérarchie rigide n'a cependant pas été jugée applicable car l'importance de chaque critère n'est pas absolue mais change selon le type d'indicateur et le contexte dans lequel il est utilisé. Le caractère éthique et utile d'un indicateur a néanmoins été considéré comme un critère de choix essentiel aux fins de son utilisation aux niveaux national et mondial.

Critères utilisés :

Pour être **éthique** un indicateur doit s'appuyer sur des données éthiques à recueillir, traiter et présenter qu'il s'agisse du droit de la personne à la confidentialité, de la liberté de choix concernant la fourniture des données et du consentement éclairé quant à la nature et aux incidences des données requises.

Pour être **utile** aux niveaux national et international, un indicateur doit pouvoir servir de "marqueur des progrès" réalisés dans l'amélioration de la santé reproductive, soit comme mesure directe ou indirecte de l'impact ou comme mesure des progrès dans la réalisation de certains buts du processus. Le calcul des indicateurs au niveau national nécessitant d'ordinaire le rassemblement des données recueillies au niveau local, les données doivent aussi être utiles localement, c'est-à-dire que le suivi nécessaire doit être immédiatement apparent.

Pour être **scientifiquement solide** un indicateur doit être le reflet valable, spécifique, sensible et fiable de ce qu'il se propose de mesurer. Un indicateur **valable** mesure effectivement la question ou le facteur qu'il est censé mesurer. Un indicateur **spécifique** ne reflète que les changements concernant la question ou le facteur examiné. La **sensibilité** d'un indicateur dépend de sa capacité à révéler les changements importants dans le facteur visé. Un indicateur **fiable** donne la même valeur s'il est mesuré à nouveau de la même façon dans le même groupe et presque au même moment.

Pour être **représentatif** un indicateur doit effectivement englober toutes les questions ou tous les groupes de population qu'il est censé couvrir; pour les indicateurs nationaux et mondiaux, le groupe visé est l'ensemble de la population, y compris les groupes minoritaires et les adolescents.

Pour être **compréhensible** un indicateur doit être simple à définir et sa valeur doit être facile à interpréter en termes de santé reproductive.

Un indicateur **accessible** nécessite des données qui sont déjà disponibles ou relativement faciles à obtenir par des méthodes applicables déjà validées dans des essais de terrain.

Un examen plus détaillé des questions soulevées par l'application de ces critères aux indicateurs nationaux et mondiaux figure à l'Annexe 3.

ÉTAPE 4 : Reconnaissance des indicateurs “forts” - par élimination

Aucun des indicateurs relevés ne répondait à tous ces critères. Toutefois, en procédant par élimination, un certain nombre ont été trouvés dont on peut dire qu'ils donnent de meilleurs résultats lorsqu'ils sont confrontés aux critères (encadré 7).

ÉTAPE 5 : Recensement des lacunes dans la couverture par les indicateurs forts et reconnaissance des moins problématiques parmi les indicateurs “faibles” proposés pour ces zones de programme

La liste des indicateurs “forts” ne donne pas une image complète de l'état de la santé reproductive d'une population car elle ne reflète pas convenablement la nutrition maternelle, la santé des nouveau-nés, les complications des grossesses non désirées, les mutilations sexuelles féminines, les violences à l'encontre des femmes, les cancers de l'appareil génito-urinaire, la santé des adolescents et l'infécondité.

Les indicateurs proposés pour ces zones de programme ont donc été réexaminés et les moins problématiques choisis pour un nouvel examen (encadré 8). Aucun indicateur satisfaisant de la violence à l'encontre des femmes n'a été trouvé.

Encadré 7: Indicateurs “forts”

1. Taux de fécondité cumulé
2. Taux brut de natalité
3. Taux de fécondité des 15-19 ans
4. Taux de prévalence de la contraception
5. Taux (ratio) de mortalité maternelle
6. Taux (rate) de mortalité maternelle
7. Pourcentage de femmes soignées au moins une fois pendant leur grossesse pour des raisons liées à la grossesse
8. Pourcentage des femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (TT2)
9. Pourcentage d'accouchements se déroulant en présence de personnel de santé qualifié (à l'exception des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées)
10. Nombre de centres de santé dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants
11. Nombre d'hôpitaux dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants
12. Proportion estimative des femmes présentant des complications obstétricales parmi celles qui ont été examinées dans des établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels
13. Proportion des nourrissons de moins de quatre mois exclusivement nourris au sein
14. Proportion des adultes ayant un comportement à faible risque pour les MST/le VIH
15. Prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes sollicitant des soins prénatals
16. Prévalence signalée d'hommes présentant un écoulement urétral

Encadré 8 : Indicateurs les moins problématiques liés aux zones de programme insuffisamment représentées

1. Pourcentage de toutes les femmes en âge de procréer qui sont anémiques
2. Proportion des femmes malnutries (selon l'indice de masse corporelle)
3. Taux de mortalité périnatale
4. Pourcentage de naissances vivantes d'un faible poids de naissance
5. Nombre, type et répartition géographique des points de prestation de services dotés des installations, du matériel et des moyens de transport requis pour dispenser des soins après un avortement
6. Proportion des admissions/consultations externes obstétricales et gynécologiques dues aux complications d'un avortement
7. Taux de létalité institutionnel dû aux complications des avortements
8. Pourcentage des adolescents ayant utilisé une protection lors de leurs premiers/derniers rapports sexuels
9. Prévalence signalée des femmes ayant subi des mutilations sexuelles
10. Proportion des points de prestation de services assurant le frottis de Papanicolaou
11. Proportion des femmes de 35-39 ans soumises au moins une fois à un examen de dépistage du cancer du col
12. Proportion des femmes en âge de procréer (15-45 ans) sexuellement actives et n'employant pas de méthode contraceptive, exposées au risque de grossesse, qui n'ont pas été enceintes depuis cinq ans
13. Pourcentage de femmes de 20-44 ans souhaitant être enceintes, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui n'ont pas été enceintes depuis deux ans

ÉTAPE 6 : Établissement d'une liste restreinte préliminaire par classement prioritaire des indicateurs choisis, en évitant les chevauchements

Sur la base des 29 indicateurs énumérés dans les deux listes des encadrés 7 et 8, une liste restreinte préliminaire de 17 indicateurs (encadré 9) a été établie par élimination des chevauchements où des indicateurs similaires visent à mesurer le même phénomène; par exemple, le taux de fécondité cumulé a été préféré au taux brut de natalité et le taux (ratio) de mortalité maternelle, soit le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances, a été préféré au taux (rate) de mortalité maternelle, soit le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer.

ÉTAPE 7 : Examen de la liste restreinte par un tableau d'experts et établissement de la liste finale

Les critères et le processus de sélection, ainsi que la liste restreinte préliminaire de 17 indicateurs qui en est résulté, ont fait l'objet d'un examen intensif pendant une réunion de 3 jours (OMS, 1997) à laquelle assistaient un large éventail de personnes dont les compétences couvraient la programmation de la santé reproductive, les systèmes d'information sur la santé et la surveillance et l'évaluation aux niveaux national et mondial. Chacun des 17 indicateurs a été examiné minutieusement et un consensus atteint sur la question de savoir si l'indicateur devait être

conservé tel quel, modifié ou éliminé de la liste restreinte. Pour chaque indicateur supprimé, le tableau d'experts a ensuite étudié la possibilité d'introduire un autre indicateur répondant aux critères de sélection initiaux ou de signaler qu'un indicateur devait être élaboré pour ce domaine.

A l'issue de cet examen, 12 des 17 indicateurs préliminaires ont été conservés, 3 ont été supprimés, 2 ont été modifiés et 1 nouveau a été ajouté. Des explications concernant chacun de ces changements apportés à la liste restreinte préliminaire sont données à l'Annexe 4.

Le processus d'examen a débouché sur une liste finale révisée de 15 indicateurs, déjà présentée dans l'encadré 1. L'Annexe 5 contient plus de détails sur les définitions et le résultat obtenu de chaque indicateur choisi lorsqu'il est confronté aux critères, ses points forts relatifs et la justification du choix.

Encadré 9 : Liste restreinte préliminaire d'indicateurs de la santé reproductive au niveau national

1. Taux de fécondité cumulé
2. Taux de fécondité des femmes de 15-19 ans
3. Taux de prévalence de la contraception
4. Taux de mortalité maternelle
5. Pourcentage des femmes soignées au moins une fois pendant leur grossesse pour des motifs en rapport avec la grossesse
6. Pourcentage des naissances se déroulant en présence de personnel de santé qualifié (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées)
7. Nombre des centres de santé dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants
8. Nombre des hôpitaux dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants
9. Proportion des nourrissons de moins de quatre mois exclusivement nourris au sein
10. Taux de mortalité périnatale
11. Pourcentage des naissances vivantes de faible poids de naissance
12. Prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes sollicitant des soins prénatals
13. Pourcentage des femmes enceintes faisant l'objet d'une mesure systématique du taux d'hémoglobine qui sont anémiques
14. Taux de létalité institutionnel due aux complications des avortements
15. Prévalence signalée de femmes ayant subi des mutilations sexuelles
16. Proportion des points de prestation de services assurant le frottis de Papanicolaou
17. Proportion des femmes de 20-44 ans qui sont sexuellement actives, n'utilisent aucune méthode de contraception et n'allaitent pas, qui souhaitent être enceintes et n'ont pas été enceintes depuis deux ans

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Un indicateur au niveau national ou mondial sert principalement de “marqueur des progrès” de l'amélioration de la santé reproductive, “simple reflet de la réalité” ou “mesure partielle d'une situation complexe” (OMS, 1981). Dans les pays, la mesure des indicateurs n'est qu'un élément de la stratégie générale de surveillance et d'évaluation. Les indicateurs visent à refléter les éléments de la situation mais ils ne donneront jamais une image complète, et d'autres méthodes complémentaires, telles que des audits locaux, sont également nécessaires.

Ce rapport a décrit explicitement le processus d'établissement d'une liste restreinte d'indicateurs de la santé reproductive à usage national et international. Les 15 indicateurs de la liste restreinte ne correspondent que partiellement à l'ensemble complémentaire de mesures nécessaires pour couvrir la totalité de la santé reproductive car certains programmes sont insuffisamment représentés. Treize grandes zones ont été signalées précédemment (encadré 2) comme prioritaires pour la mise au point d'indicateurs.

Trouver les indicateurs idéaux n'est certes pas une fin en soi et trois activités de suivi principales sont recommandées, à savoir :

1. Revoir les 15 indicateurs de la liste restreinte pour déterminer si leur définition peut être affinée et améliorée et pour examiner les questions de désagrégation, de périodicité et de présentation ainsi que d'interprétation des niveaux et des tendances des indicateurs
2. Adopter une stratégie pour la mise au point de nouveaux indicateurs et pour renforcer la coordination entre les initiatives et les organisations associées à la promotion de l'utilisation des indicateurs de santé, en particulier ceux qui concernent la santé reproductive
3. Mettre en pratique aux niveaux national et international un ensemble convenu d'indicateurs de la santé reproductive. Il serait utile de fixer au départ la mesure dans laquelle les ensembles de données existants tels que ceux que détient l'OMS (OMS, 1991; OMS, 1993c; OMS, 1996c) peuvent fournir des chiffres pour les indicateurs proposés, transversalement et dans le temps. Il apparaît à l'évidence que les indicateurs doivent aussi être évalués en termes d'acceptabilité et de disponibilité dans certains cadres nationaux. On pourra réaliser à cette fin des études de cas avec un petit groupe de pays qui s'emploient à générer les indicateurs de la liste restreinte, y compris un examen des besoins en formation dans le pays, afin de recueillir les données requises pour l'élaboration des indicateurs et d'interpréter les résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- Bertrand, J.T., Magnani, R.J. et Knowles, J.C. (1995) Handbook for Family Planning Programme Evaluation. The Evaluation Project, North Carolina.
- FNUAP (1996) Indicators for monitoring the performance of reproductive health programmes: a discussion paper. Projet décembre 1996. FNUAP, New York.
- Graham, W.J. et Filippi, V.G.A. (1994) Monitoring Maternal Health Goals: How Well do the Indicators Perform? London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.
- Graham, W. et Macfarlane, S. (1997) Selecting Reproductive Health Indicators: A Guide for District Managers. Février 1997. OMS, Genève.
- ICPD (1994) Programme d'action de la Conférence Internationale des Nations Unies sur la population et le développement.
- Maine, D., Ward, V.M., Wardlaw T.M., McCarthy, J. et Birnbaum, A.S. (1995) Maternal Mortality: Guidelines for Monitoring Progress. UNICEF, New York.
- Murnaghan, J.H. (1981) Health Indicators and information systems for the year 2000. Annual Review of Public Health, 2: 299-361.
- OMS (1981) Élaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (1991) Maternal Mortality. Rates and ratios. A tabulation of available information. 3^e édition. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/MCH/MSM/91.6).
- OMS (1992) ICD10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health. 10^e édition. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS et UNICEF (1993) Indicators for monitoring health goals of World Summit for Children. Octobre 1993. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (1993a) CFM3 Third Monitoring of Progress in the Implementation of Strategies for Health For All by the Year 2000. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (1993b) Elaboration of indicators for maternal health. Par Mary Ellen Stanton. Juin 1991. Division de la Santé de la famille, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (1993c) Coverage of Maternity Care. A tabulation of available information. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/FHE/MSM/93.7).
- OMS (1994a) Indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle. Rapport d'un groupe de travail technique, 8-12 novembre 1993. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/FHE/MSM/94.14).
- OMS (1994b) Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package. 1. Prevention of HIV Infection. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/GPA/TCO/SEF/94.4).

OMS (1996a) WHO Catalogue of Indicators for Health Monitoring. SCHI Unit . Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Analysis. Avril 1993. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

OMS (1996b) Evaluation de la mise on oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/HST/96.5 Rev.1).

OMS (1996c) Perinatal Mortality. A Listing of Available Information. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/FRH/MSM/96.7).

OMS (1997) Reproductive Health Indicators for Global Monitoring. Report of an Inter-Agency Technical Meeting, 9-11 avril 1997. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Payne, P. (1985) Appropriate indicators for project design and evaluation. UNICEF/WFP Workshop on Food Aid and the Well-being of Children in the Developing World. UNICEF, New York.

The Evaluation Project (1995a) Indicators for reproductive health program evaluation. Final Report of Subcommittee on Adolescents. Carolina Population Center/Tulane University/The Futures Group.

The Evaluation Project (1995b) Indicators for reproductive health program evaluation. Final Report of Subcommittee on Breastfeeding. Carolina Population Center/Tulane University/The Futures Group.

The Evaluation Project (1995c) Indicators for reproductive health program evaluation. Final Report of Subcommittee on STD/HIV. Carolina Population Center/Tulane University/The Futures Group.

The Evaluation Project (1995d) Indicators for reproductive health program evaluation. Final Report of Subcommittee on Women's Nutrition. Carolina Population Center/Tulane University/The Futures Group.

The Evaluation Project (1995e) Indicators for safe pregnancy. Projet de document de travail, mars 1995. Subcommittee on Safe Pregnancy Reproductive Health Indicators Working Group (RHIWG). Carolina Population Center/Tulane University/The Futures Group; 1-75.

ANNEXE 1

LISTE RASSEMBLANT LES INDICATEURS DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE PROPOSÉS

Comprend des indicateurs proposés par :

Colonne A - OMS/UNICEF (1993) : “Indicateurs pour la surveillance des buts de santé du Sommet mondial pour les enfants”

Colonne B - OMS (1993) : Atelier d'un groupe de travail technique sur les indicateurs pour surveiller les buts de la santé maternelle, liste principale extraite du projet de rapport sur l'“Élaboration d'indicateurs de la santé reproductive”

* choisis comme 8 indicateurs de base pour application immédiate et inclus dans “Indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle” (WHO/FHE/MSM/94.14)

en caractères gras

jeux de base inclus dans la liste des indicateurs recommandés dans le “Cadre commun. Troisième opération de surveillance des progrès de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous (deuxième projet)”

Colonne C - PROJET D'ÉVALUATION (1995) : Listes restreintes d'indicateurs émanant des sous-comités du Groupe de travail sur les indicateurs de la santé reproductive

Colonne D - UNICEF (1995) : “Mortalité maternelle : Directives pour suivre les progrès”

Colonne E - OMS (1996) : “Catalogue des indicateurs pour la surveillance de la santé”

* ensemble de base inclus dans la liste des indicateurs pour la troisième “Évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous”

Colonne F - FNUAP (1996) : “Indicateurs pour mesurer les résultats des programmes de santé reproductive - Projet de rapport”

* inclus dans la liste de base des indicateurs utilisés par le FNUAP pour “décider de l'allocation des ressources aux programmes du FNUAP dans les pays”

Abréviations utilisées dans l'Annexe 1

Acc	Mesure de l'accessibilité
Disp	Mesure de la disponibilité
Imp	Mesure de l'impact
App	Mesure des apports
Résultats interm	Indicateur des résultats (processus) intermédiaires
C/A	Mesure des connaissances ou des attitudes
Prat	Mesure de la pratique
Pol	Reflète de la politique
Qds	Mesure de la qualité des soins
Util	Mesure de l'utilisation

1 : PLANIFICATION FAMILIALE

		A	B	C	D	E	F
Politique Pol	Existence d'un plan pour l'élaboration d'une politique de planification familiale			X			
Pol	Politique nationale pour la fourniture de contraceptifs à un prix symbolique ou gratuitement						X
Pol	Législation ou politique interdisant la fourniture de services de planification familiale aux personnes i) célibataires ou ii) en-dessous d'un certain âge						X
Moyens Disp	# méthodes contraceptives disponibles dans les centres de soins de santé primaires			X			X
Résultats directs Acc	% de la population à moins de 2 heures de marche d'un point de prestation de services de planification familiale						X
Acc	Nombre de points de prestation de services à une distance ou un temps de trajet déterminés d'un site donné			X			
Acc	% des usagers de la planification familiale qui sont i) des adolescents ii) de sexe masculin						X
Qds	% des femmes (jusqu'à 6 semaines après l'accouchement) à qui une méthode de planification familiale a été proposée après un accouchement						X
Qds	% des patients interrogés sur i) leurs intentions en matière de procréation ii) leurs inquiétudes concernant les méthodes contraceptives						X
Résultats interm Util	Proportion des femmes en âge de procréer utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne / Taux de prévalence de la contraception (par méthode)	X	X	X		X *	X *
Util	% de femmes en âge de procréer souhaitant différer ou interrompre une grossesse qui n'utilisent actuellement aucune contraception						X
C/A	Nombre moyen d'enfants désiré			X			X
Impact	% des naissances totales chez des femmes célibataires						X
Imp	Taux brut de natalité		X	X		*	
Imp	Taux de fécondité cumulé		X	X		*	

2.i : MATERNITÉ SANS RISQUE - Aspects généraux

		A	B	C	D	E	F
Politique	Existence et mise en oeuvre d'un plan stratégique ou opérationnel pour les grossesses sans risque			X			
Pol							
Moyens Disp	Moyens pour : i) enquêtes sur les décès maternels, ii) mesures spéciales pour réduire la mortalité maternelle						X
Qds	% des cas de mortalité maternelle signalés		X				
Qds	% des décès maternels faisant l'objet d'une enquête		X				
Qds	% des femmes bénéficiant de services maternels se déclarant satisfaites des services prénatals, à l'accouchement et après la naissance						X
Impact Imp	Taux (ratio) de mortalité maternelle	X	X*	X	X	X*	X*
Imp	Nombre annuel de décès maternels	X	X*				
Imp	Taux (rate) de mortalité maternelle			X	X		
Imp	Risque à la naissance				X		
Imp	Proportion des décès maternels par rapport à tous les décès de femmes en âge de procréer				X		
Imp	Nombre de décès dus au tétanos de la mère		X				

2.ii : MATERNITÉ SANS RISQUE - Soins prénatals

		A	B	C	D	E	F
Prestation Résultats directs	Proportion (%) des patientes en consultation dans les dispensaires prénatals qui sont vaccinées contre le tétanos		X				
Qds	% des femmes enceintes en consultation dans les dispensaires prénatals qui reçoivent du fer/folate						X
Qds	% des patientes en consultation dans les dispensaires prénatals ayant fait pratiquer un test RPR de recherche de la syphilis		X				
Qds	% des fiches maternelles tenues à domicile ou des fiches cliniques prénatales correctement utilisées		X				
Résultats interm Util	Proportion des femmes soignées au moins une fois pendant leur grossesse par des personnels de santé qualifiés pour des motifs en rapport avec la grossesse			X		X*	
Util	Proportion des femmes enceintes soignées au moins une fois par des personnels de santé qualifiés	X	X*				X
Util	% des premières consultations prénatales avant les mouvements actifs du fœtus/le 1er trimestre/avant 16 semaines de grossesse		X				
Util	% des accouchements "sans réservation"		X				
Util	Proportion (%) des femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (TT2 ou rappel)			X		X*	X
C/A	% de tous les adultes informés des complications possibles pour la mère de la grossesse et de l'accouchement			X			

2.iii : MATERNITÉ SANS RISQUE - Soins pendant l'accouchement

		A	B	C	D	E	F
Prestation Moyens	Nombre de "trousses d'accouchement hygiéniques" réapprovisionnées dans les magasins		X				
	Moy % d'accoucheuses traditionnelles qualifiées récemment recyclées		X				
	Moy % d'accoucheuses traditionnelles qualifiées régulièrement recyclées		X				
Moy	Nombre des personnels institutionnels recyclés au cours des 12 mois passés		X				
Résultats directs	% de femmes en travail prolongé (>24 heures) avant leur arrivée à l'hôpital		X				
Acc	Proportion de tous les accouchements hospitaliers où la naissance a lieu sur le chemin de l'hôpital		X				
Qds	% des femmes dont le travail a été provoqué/accéléré		X				
Qds	% des femmes en travail pour qui le partographe a été utilisé convenablement		X				
Qds	% des femmes présentant des complications obstétricales soignées dans les 2 heures suivant leur arrivée dans l'établissement de santé			X			
Qds	Nombre de transferts dans un centre de niveau supérieur		X				
Résultats interm	% d'accouchements en présence de personnel de santé qualifié (accoucheuses traditionnelles incluses)	X	X*				
Util	% d'accouchements en présence de personnel de santé qualifié (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles)					X*	X*
Util	% d'accouchements i) dans un centre de santé ii) dans un hôpital iii) à domicile		X				

2.iv : MATERNITÉ SANS RISQUE - Soins obstétricaux essentiels de base et complets

		A	B	C	D	E	F
Prestation Moyens	Existence de programmes de formation en cours d'emploi aux gestes salvateurs pour les sages-femmes, les infirmières et les paramédicaux						X
Résultats directs	Nombre des centres de santé capables de dispenser des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants	X	X*	X	X	X	X
Disp	Nombre des hôpitaux de district capables de dispenser des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants		X*		X	X	X
Qds	% des femmes transfusées		X				
Résultats interm Util	Proportion estimative de femmes présentant des complications obstétricales directes qui sont examinées dans des établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels		X*	X	X		
Util	Proportion de tous les accouchements se déroulant dans des établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels				X		
Util	% d'accouchements dans des hôpitaux de district considérés comme à haut risque		X				
Util	Proportion de césariennes par rapport à toutes les naissances vivantes dans la population		X*		X		X
Impact	Taux de létalité pour les complications obstétricales directes (dans les établissements)		X	X	X	X	

2.v : MATERNITÉ SANS RISQUE - Soins post-nataux

		A	B	C	D	E	F
Prestation Moyens	% des dispensateurs de services formés à l'utilisation du protocole de prestation des services de planification familiale pour les femmes qui allaitent			X			
Util	Taux de contraception parmi les mères qui allaitent			X			

3 : NUTRITION MATERNELLE

		A	B	C	D	E	F
Politique Pol	Existence d'une politique prioritaire sur la nutrition des femmes			X			
Prestation Résultats directs Disp	% des points de prestation de services disposant d'une quantité suffisante de suppléments en minéraux/vitamines			X			
Résultats intermédiaires Qds	% des patientes enceintes soignées contre l'ankylostomiase			X			
Prat	% des participantes au programme qui observent les comportements nutritionnels clefs préconisés par le programme			X			
Prat	% des foyers utilisant du sel iodé		X	X		X	
Prat	% des femmes consommant des aliments riches en vitamine A			X			
Impact Imp	% des femmes dont le lait est pauvre en vitamine A		X	X			
Imp	Proportion de toutes les femmes en âge de procréer qui sont anémiques (<12 g/dl) et proportion des femmes enceintes qui sont anémiques (<11 g/dl)	X	X			X *	
Imp	% des femmes malnutries (selon l'indice de masse corporelle)	X		X			

4 : SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ ET ALLAITEMENT AU SEIN

		A	B	C	D	E	F
Politique Pol	Politique et plan nationaux pour l'allaitement maternel			X			
Prestation Qds	% des décès périnataux ayant fait l'objet d'une enquête		X				
Qds	% des cas de tétanos néonatal nés dans des établissements		X				
Qds	% des cas de tétanos néonatal mis au monde par des accoucheuses traditionnelles qualifiées		X				
Disp	% des dispensateurs de services formés au conseil en matière d'allaitement au sein			X			
Résultats intern	% des mères d'enfants <6/12 ans ayant bénéficié d'un soutien/conseil d'un membre de la communauté sur l'allaitement au sein			X			
Util	% des personnes cibles exposées à des messages d'information, d'éducation et de communication sur l'allaitement au sein			X			
Prat	% des enfants de 20-24 mois nourris au sein			X			
Prat	Proportion des enfants exclusivement nourris au sein jusqu'à 4 mois		X			X	
Prat	Taux d'aliments complémentaires donnés en temps opportun - % des nourrissons de 6-9 mois nourris avec des aliments complémentaires selon que la mère allaite ou non		X	X			
C/A	% de tous les adultes informés des complications néonatales			X			
Impact Imp	% des nouveau-nés pesant au moins 2500 g à la naissance					*	
Imp	% des nouveau-nés de faible poids de naissance	X	X				
Imp	Taux de survie des nouveau-nés de faible poids de naissance		X				
Imp	Taux de mort-nés frais/macérés		X				
Imp	Taux de mortalité néonatale		X				
Imp	Taux de mortalité périnatale		X	X			
Imp	Taux de mortalité infantile	X	X			X	X*
Imp	% de décès périnataux dus à des morts foetales et des décès néonataux précoces			X			
Imp	Taux d'incidence du tétanos du nouveau-né		X			X*	
Imp	Taux de mortalité par tétanos du nouveau-né		X				
Imp	Taux de mortalité des <5 ans (par sexe)	X	X			X	X

5 : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CAS DE MST/VIH/SIDA

		A	B	C	D	E	F
Politique	Plan stratégique national de lutte contre les infections de l'appareil génito-urinaire et les MST, VIH/SIDA compris						X
Pol	Disposition pour protéger les droits fondamentaux des personnes séropositives en matière d'emploi, de mariage et de voyages						X
Prestation Moyens Moy	Formation en cours d'emploi sur les infections de l'appareil génito-urinaire pour les dispensateurs de soins de santé						X
Résultats directs Disp	% des points de prestation de services disposant de stocks de préservatifs et de matériels d'éducation			X			
Disp	% des points de prestation de services proposant des préservatifs pour la prévention des MST						X
Disp	% des points de prestation de services/PF dispensant des services pour les infections de l'appareil génito-urinaire/MST						X
Acc	Proportion des personnes (15-49 ans) pouvant acquérir un préservatif					X	
Qds	% des points de prestation de services assurant le diagnostic et le traitement des cas i) de syphilis, ii) d'infection gonococcique; iii) de chlamydie						X
Qds	Nombre de préservatifs distribués			X			
Qds	Proportion des personnes se présentant dans des établissements de santé pour des MST, évaluées et soignées correctement			X		X	
Qds	% des patientes convenablement examinées pour le dépistage des infections de l'appareil génito-urinaire avant la pose d'un dispositif de contraception intra-utérin			X			
Qds	% des patientes se déclarant satisfaites des services dispensés pour les infections de l'appareil génito-urinaire						X
Résultats interm Util	% des patients des services de planification familiale qui acceptent les préservatifs				X		
C/A	Proportion des 15-49 ans citant 2 mesures de protection contre le VIH						X
Prat	% des adultes sollicitant des soins et contribuant ainsi à réduire les MST/infections de l'appareil génito-urinaire				X		
Prat	% de la population cible dont les besoins de protection ne sont pas satisfaits - c'est-à-dire % des personnes sexuellement actives qui se savent exposées mais n'utilisent pas régulièrement des préservatifs et ne pratiquent pas la monogamie				X		
Prat	Proportion des 15-49 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel irrégulier			X			X
Prat	% des adultes ayant un comportement à faible risque concernant les MST/le VIH				X		

Impact	Prévalence estimative de la syphilis et/ou des infections gonococciques (selon le sexe)						X
Imp	Prévalence des MST dans une population cible définie		X				
Imp	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	X			X		
Imp	Prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes				X		
Imp	Prévalence signalée de l'écoulement urétral chez les hommes				X		
Imp	Prévalence estimative du VIH chez les adolescents						X
Imp	Taux des grossesses extra-utérines						X

6 : PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

		A	B	C	D	E	F
Politique	Existence de services et d'une politique administrative sur les éléments des soins post-avortement			X			
Pol							
Prestation Moyens Moy	Existence d'une formation en cours d'emploi au conseil en matière de planification familiale après un avortement pour les dispensateurs de soins de santé						X
Résultats directs	Nombre, type et distribution géographique des points de prestation de services qui ont les installations, le matériel et les moyens de transport nécessaires pour dispenser des soins post-avortement			X			
Disp							
Qds	% des femmes adressées pour des conseils en matière de planification familiale après i) un avortement légal ii) des soins pour un avortement compliqué						X
Qds	Proportion des femmes qui sollicitent des soins dans un établissement médical après un avortement, qui ont reçu suffisamment d'informations pour choisir en connaissance de cause un traitement et/ou des méthodes possibles de planification familiale			X			
Qds	Respect des dispositions visant à protéger la confidentialité			X			
Qds	Pourcentage de patientes qui, à la suite d'un avortement, bénéficient d'un conseil et sont adressées à un autre service ou acceptent une méthode de planification familiale au moment du service			X			
Qds	Taux de létalité pour les complications post-avortement			X			
Résultats intern Util	% des admissions/consultations externes obstétricales et gynécologiques dues à des complications d'avortements						X
Util	Nombre total des admissions pour des complications d'avortements			X			
C/A	% des femmes qui connaissent l'existence des soins post-avortement, % qui disent que ces soins sont accessibles, % qui disent qu'elles les utiliseraient			X			
Impact	Nombre annuel i) d'avortements licites ii) d'avortements jugés illicites						X
Imp							

7 : SANTÉ REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

		A	B	C	D	E	F
Politique Pol	Existence de politiques et programmes gouvernementaux ou lois en faveur de la santé reproductive des adolescents			X			
Pol	Age lors du premier mariage, selon le sexe - existe-t-il un âge minimum légal? Quel est l'âge minimum légal? Est-il appliqué?						X
Pol	Loi ou politique interdisant la fourniture de services de planification familiale aux personnes i) célibataires ou ii) en-dessous d'un certain âge						X
Provision Résultats directs Disp	% des dispensateurs ayant reçu une formation complète sur les services de santé des adolescents			X			
Disp	% des participants capables de communiquer avec les adolescents sur les questions relatives à la santé reproductive des adolescents			X			
Acc	Nombre de points de prestation de services accueillant des adolescents qui sont situés à une distance ou un temps de trajet déterminé d'un lieu donné			X			
Résultats intern Util	Nombre total de contacts avec des adolescents			X			
Util	% des usagers de la planification familiale qui sont i) des adolescents ii) des hommes						X
C/A	% des adolescents qui connaissent au moins une source d'information et/ou des services de sexologie ou de santé reproductive			X			
C/A	Connaissances des adolescents en matière de santé reproductive (indice composite)			X			
Prat	% des adolescents ayant utilisé une protection lors de leurs premiers/derniers rapports sexuels			X			
Prat	Caractéristiques des adolescents qui utilisent/n'utilisent pas des contraceptifs			X			
Impact Imp	Taux de fécondité des femmes de 15-19 ans	X	X				
Imp	Taux de fécondité des adolescentes <20 ans par âge						X
Imp	Proportion des enfants nés de mères adolescentes qui sont désirés			X			

8 : MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

		A	B	C	D	E	F
Politique Pol	Application de mesures politiques visant à éliminer i) les mutilations sexuelles féminines ii) le choix du sexe avant la naissance						X
Impact Imp	Prévalence estimative des femmes ayant subi des mutilations sexuelles						X

9 : VIOLENCES À L'ENCONTRE DES FEMMES

		A	B	C	D	E	F
Impact Imp	Taux des naissances par sexe (M:F>107:100 -? choix du sexe avant la naissance)						X

10 : DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES CANCERS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

		A	B	C	D	E	F
Prestation Disp	% des points de prestation de services assurant le test de Papanicolaou						X
Résultats intern Util	Proportion des femmes de 35-39 ans soumises au moins une fois à un test de dépistage du cancer du col					X	

11 : INFÉCONDITÉ

		A	B	C	D	E	F
Impact Imp	Proportion de femmes en âge de procréer, sexuellement actives et ne recourant à aucune méthode de contraception (15-49 ans), exposées au risque de grossesse mais qui n'ont pas été enceintes pendant les 5 années précédentes			X			
Imp	% des femmes de 20-44 ans qui désirent être enceintes, n'utilisent aucune méthode de contraception et n'ont pas été enceintes au cours des deux années précédentes						X

ANNEXE 2

INDICATEURS PRÉCÉDEMMENT PROPOSÉS*
PAR ZONE DE PROGRAMME ET TYPE D'INDICATEUR

	Politique	Moyens	Résultats directs			Résultats intermédiaires			Impact	TOTAL
			Disponi- bilité	Acces- sibilité	Qds	Utili- sation	Connais- sances	Prat- ique		
Planification familiale	3		1	3	2	2			2	213
Maternité sans risque	1		1		3				6	11
Soins prénatals					2	5	1			10
Soins pendant l'accouchement		4		2	4	3				13
Soins obstétricaux essentiels		1	2		1	4			1	9
Soins post-natals		1				1				2
Nutrition maternelle	1		1		1			3	3	9
Nouveau-né/ Allaitement au sein	1		1		3	2	1	3	11	22
MST VIH/SIDA	2	1	3	1	5	1	1	4	7	25
Soins après un avortement	1	1	1		4	2	1		2	12
Santé des adolescents	3		2	1		2	2	2	3	15
Mutilations sexuelles féminines	1								1	2
Violence									1	1
Cancers de l'appareil génito-urinaire			1			1				2
Infécondité									2	2
TOTAL	13	8	13	7	27	23	6	12	39	148

* Proposés par : OMS/UNICEF, 1993; OMS, 1993; Projet d'évaluation, 1995; UNICEF, 1995; OMS, 1996; FNUAP, 1996

ANNEXE 3**LES CRITÈRES DE SÉLECTION - QUESTIONS CLEFS POUR
LEUR APPLICATION AUX INDICATEURS AU NIVEAU
NATIONAL**

	Page
L'indicateur est-il éthique?	31
L'indicateur est-il utile?	31
L'indicateur est-il valable?	32
L'indicateur est-il spécifique?	33
L'indicateur est-il sensible?	33
L'indicateur est-il fiable?	34
L'indicateur est-il représentatif?	34
L'indicateur est-il compréhensible?	34
L'indicateur est-il accessible?	35

L'indicateur est-il éthique?

Un indicateur éthique repose sur des données qui ont été recueillies, traitées et présentées selon des principes éthiques, qu'il s'agisse du droit de la personne à la confidentialité, de son libre choix de fournir les données et de son consentement éclairé quant à la nature et aux incidences des données requises.

La santé reproductive recouvre de nombreuses questions sensibles et les données requises pour refléter ces questions supposent aussi une certaine sensibilité, en particulier pendant le processus de collecte. Par exemple, les indicateurs sur l'infécondité ou l'écoulement urétral peuvent être contraires à l'éthique si les données ont été obtenues sous l'effet d'une coercition exercée sur les personnes ou sans qu'elles soient pleinement informées de leur collecte, ou si l'intimité des personnes a été violée pendant la collecte ou l'analyse des données. La question de savoir si un indicateur est éthique ou non dépend donc non seulement de la connaissance du processus de génération des données de base mais aussi du contexte dans lequel ce processus s'inscrit et des précautions prises pour protéger les droits des personnes. Les enquêtes sur les infections sexuellement transmissibles, le comportement sexuel et le VIH exigent une attention spéciale pour les questions de consentement éclairé et de confidentialité. Lors de la réalisation d'une enquête, il est important de veiller à ce que les entretiens et les observations se déroulent en privé et à ce que les informations révélées par les personnes interrogées ou les personnels de santé ne soient pas propagées par un membre de la communauté locale. Lorsqu'un indicateur nécessite un test de dépistage d'une maladie, par exemple le cancer du col, il peut aussi être considéré comme contraire à l'éthique si les ressources pour le suivi ou le traitement font défaut, la collecte d'informations, dans ce cas, n'ayant probablement pas été faite avec le consentement éclairé des patientes.

L'indicateur est-il utile?

Si un indicateur au niveau national sert principalement de “marqueur des progrès accomplis” dans l'amélioration de la santé reproductive, le plus utile sera un indicateur qui mesure l'impact directement ou indirectement. Nombre des indicateurs d'impact proposés servent toutefois à mesurer la mortalité et, en omettant des variations importantes dans la morbidité reproductive, leur utilité peut être limitée lorsqu'il s'agit de mesurer les changements dans l'état de la santé reproductive en général, tel que défini par la CIPD. Les sérieuses difficultés que pose la collecte de données fiables pour mesurer l'impact en limitent aussi l'utilité pour la surveillance nationale.

Les indicateurs de résultats directs et intermédiaires sont souvent plus faciles à obtenir et ils peuvent être plus sensibles aux changements. Ils ne peuvent valablement remplacer les indicateurs d'impact que s'il existe un lien établi de cause à effet avec le résultat. L'efficacité de nombreuses interventions de santé, et pas uniquement celles qui intéressent la santé reproductive, n'a malheureusement pas encore été prouvée. L'utilité des indicateurs d'effets pour la surveillance de l'impact sur la santé réside donc principalement dans des effets hypothétiques (Graham et Filippi, 1994).

En cas de lien connu ou anticipé entre l'intervention et l'impact, les indicateurs qui mesurent le travail accompli plus en aval de la “relation de cause à effet” (c'est-à-dire les indicateurs de résultats intermédiaires tels que l'utilisation des services et la pratique) sont de meilleurs indicateurs indirects d'impact que ceux qui les précèdent dans le déroulement de l'intervention (c'est-à-dire les indicateurs d'apport et de résultats directs tels que la disponibilité/l'accessibilité physique et la qualité des soins) dont l'influence sur l'impact final s'exercera avec l'intervention d'autres facteurs.

Les listes examinées pour le présent rapport comprenaient des indicateurs dont l'utilisation avait été proposée pour les programmes et au niveau du district et, dans ce contexte, de nombreux indicateurs d'apport et de résultats directs ont une grande utilité potentielle pour la planification du suivi nécessaire. Au niveau national, cependant, peu d'indicateurs de résultats directs ont été jugés utiles comme marqueurs des progrès de la santé reproductive.

En l'absence de preuve de l'existence d'un lien direct avec l'impact, un indicateur de résultats peut néanmoins être utile au niveau national, ne serait-ce que comme marqueur direct des progrès dans la réalisation d'un processus spécifique de la SPT, du Sommet mondial pour les enfants ou de la Conférence internationale pour la population et le développement.

L'utilité d'un indicateur en tant que "marqueur des progrès" est d'autant plus grande que des données de base ou historiques sont disponibles pour permettre les comparaisons dans le temps. À l'évidence, ce n'est pas là une nécessité absolue car aucun indicateur nouveau ne pourrait jamais être élaboré. Cependant, toute proposition visant à remplacer ou à modifier un indicateur établi doit être assortie d'un énoncé des avantages ajoutés qui justifient la perte du potentiel d'évaluation des tendances à long terme.

Le calcul des indicateurs au niveau national nécessitant d'ordinaire le rassemblement des données recueillies au niveau local, les données doivent aussi être utiles au niveau local; le suivi local nécessaire doit apparaître immédiatement. Les indicateurs d'impact tels que les taux de mortalité, de morbidité ou de fécondité ne seront peut-être pas utiles au niveau local s'ils portent sur un nombre insuffisant pour déceler fiablement les changements et s'ils ne fournissent pas des informations spécifiques qui permettent de planifier les mesures de suivi. L'examen individuel des cas concernant un impact spécifique tel que les décès maternels ou périnataux pourra néanmoins servir à recenser les problèmes particuliers liés à la prestation des soins et à formuler des recommandations ciblées pour améliorer la situation au niveau local.

L'indicateur est-il valable?

Un indicateur valable mesure effectivement la question ou le facteur qu'il est censé mesurer. Aussi est-il indispensable de commencer par établir exactement ce que l'indicateur est censé mesurer.

De nombreux indicateurs d'impact mesurent les risques - de décès, de maladie ou de grossesse - et il est important de se placer dans la perspective du groupe auquel le risque s'applique pour déterminer si l'indicateur reflète valablement l'état de la santé reproductive de l'ensemble de la population. Le taux (ratio) de mortalité maternelle, par exemple, ne mesure le risque de décès maternel que pour les femmes déjà enceintes - le risque global de décès maternel d'une femme dépend aussi du risque auquel elle est exposée d'être enceinte. Le risque de décès maternel à la naissance et le taux de mortalité maternelle sont donc des mesures plus valables du risque général.

En tant que mesure de la réalisation d'un processus spécifique de la SPT, du Sommet mondial pour les enfants ou de la Conférence internationale sur la population et le développement ou au niveau de la planification d'un programme local, un indicateur de résultats qui est simplement la mesure réelle du facteur de résultats examiné peut être accepté comme valable. Mais la validité d'un indicateur de résultats comme marqueur des progrès de la santé reproductive dépend aussi de la force du lien avec l'impact. Ainsi, l'indicateur "proportion des femmes enceintes soignées au moins une fois pendant leur grossesse" n'est pas valable en tant que mesure réelle de la couverture des soins prénatals car il ne précise pas si les soins donnés sont en rapport avec la grossesse. Le même indicateur modifié pour ne couvrir que les soins liés à la grossesse est valable en tant qu'indicateur de résultats reflétant l'utilisation des soins prénatals (et donc comme marqueur des

progrès de la réalisation du but) car la relation entre une consultation prénatale (avec des soins de qualité inconnue) et l'impact n'est pas prouvée.

L'indicateur est-il spécifique?

Un indicateur spécifique ne reflète *que* les changements intéressant la question ou le facteur examiné.

Les différences observées dans les valeurs d'un indicateur ne reflètent pas nécessairement les véritables différences dans l'état de la santé reproductive mais elles peuvent être influencées par un certain nombre d'autres facteurs inhérents à la méthode ou facteurs de confusion. Les changements observés, par exemple, peuvent être dus à l'amélioration du mode de constat de décès consécutive au perfectionnement progressif des systèmes de notification (par exemple pour le taux de mortalité maternelle et l'estimation du taux de mortalité maternelle périnatale) comme ils peuvent être dus aux différences dans les caractéristiques de la palette des cas dans la population étudiée (par exemple les différences dans la palette des cas selon l'âge et le sexe pour les taux bruts de natalité ou dans la gravité des cas utilisés pour calculer les taux de létalité institutionnels).

Si le lien de cause à effet avec le résultat n'est pas solide pour un indicateur de résultats servant de mesure indirecte de l'impact, les différences dans les valeurs de l'indicateur de résultat peuvent ne pas refléter spécifiquement l'évolution de l'état de santé (par exemple les variations observées dans la proportion de tous les accouchements se déroulant en présence de personnel de santé qualifié, y compris les accoucheuses traditionnelles, est une mesure indirecte moins spécifique de l'impact que lorsque les accoucheuses traditionnelles sont exclues du numérateur).

L'indicateur est-il sensible?

Un indicateur sensible est capable de révéler les changements intéressant la question ou le facteur étudié.

Au niveau national, la question visée est l'état de la santé reproductive en général - "complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité" (CIPD, 1994). Les indicateurs d'impact qui sont concentrés sur les taux de mortalité sont peu sensibles aux changements survenus dans l'état de la santé reproductive en général car le fardeau de la morbidité liée à la reproduction peut changer sensiblement avant que l'évolution des taux de mortalité n'en témoigne. Lorsque les sujets concernés sont relativement peu nombreux, les valeurs présenteront d'importantes variations aléatoires et des écarts de confiance sensibles. Pour les événements plus courants (par exemple la morbidité maternelle ou les menaces pour le pronostic vital) les mesures seront plus sensibles aux changements mais elles comporteront néanmoins des difficultés.

Quant à l'indicateur de résultats servant de mesure indirecte de l'impact, sa sensibilité dépendra de l'importance du résultat mesuré pour déterminer l'impact concernant d'autres déterminants. Par exemple, dans un pays en développement, l'allaitement au sein à l'exclusion de toute autre alimentation jusqu'à 4 mois est l'un des principaux facteurs influant sur la santé du nourrisson et le taux d'allaitement au sein à l'exclusion de toute autre alimentation peut donc être considéré comme un indicateur indirect sensible du bien-être du nourrisson. Dans un pays industrialisé, l'allaitement au sein est un déterminant beaucoup moins important et il sera donc moins sensible comme instrument de mesure de l'impact.

L'indicateur est-il fiable?

Un indicateur fiable donnerait la même valeur si sa mesure était répétée de la même manière pour la même population et presque au même moment.

Pour les indicateurs qui dépendent des données démographiques, de la notification systématique ou des statistiques des services de santé, les notifications inexactes ou incomplètes sont le principal obstacle à la fiabilité. Il est par exemple très difficile d'obtenir des données communautaires exactes sur la proportion des accouchements de nouveau-nés de faible poids de naissance. La fiabilité des indicateurs basés sur des enquêtes spéciales peut être compromise par les biais des réponses. Par exemple, la fiabilité des résultats des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées à la prévention des MST peut être affectée par les réponses conformes à la norme et les biais de mémoire.

L'indicateur est-il représentatif?

Un indicateur représentatif englobe effectivement toutes les questions et tous les groupes de population qu'il est censé couvrir.

Au niveau national, le groupe visé est l'ensemble de la population, y compris les groupes minoritaires et les adolescents.

La représentativité d'un indicateur donné sera compromise en cas de biais de sélection soit dans le dénominateur tel que défini pour l'indicateur soit dans la source des données utilisées pour générer l'indicateur. Par exemple, les MST pouvant être une cause d'infécondité, les femmes enceintes ne peuvent être considérées comme représentatives de toutes les femmes en âge de procréer. La mesure de la prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez la femme enceinte n'est donc pas nécessairement représentative de la situation pour toutes les femmes en âge de procréer.

Les enquêtes communautaires peuvent donner des informations plus représentatives selon la taille de l'échantillon et la technique d'échantillonnage. Si l'enquête inclut des questions potentiellement sensibles, les biais dus à l'absence de réponses peuvent déformer les résultats.

Tout indicateur constitué au niveau national présente à l'évidence une image moyenne, qui peut cacher d'importantes différences entre les zones et les groupes de population. Cette moyenne ne sera donc pas véritablement représentative de tous les districts ni de toute la population et il peut être justifié de ventiler les indicateurs au niveau du district et de présenter la gamme des résultats.

L'indicateur est-il compréhensible?

Un indicateur compréhensible doit pouvoir être défini en termes simples et sans ambiguïté et sa valeur doit être facile à interpréter en termes de santé reproductive.

Tous les termes utilisés dans la description de l'indicateur doivent être définis explicitement. L'emploi de termes ambigus peut être un facteur de confusion; par exemple, la mesure de la proportion des femmes qui reçoivent "un soutien communautaire/des conseils en matière d'allaitement au sein" peut varier sensiblement selon ce que l'on entend par le soutien communautaire. Une certaine ambiguïté subsiste concernant les soins obstétricaux essentiels de base et complets.

L'interprétation des résultats peut devenir confuse si l'indicateur est une mesure composée d'un certain nombre de facteurs et si tous les facteurs "positifs" n'agissent pas dans la même direction. Ainsi, "la proportion des personnes sexuellement actives qui se perçoivent comme exposées mais ne déclarent pas utiliser régulièrement un préservatif ni pratiquer la monogamie" est une mesure composite des connaissances et attitudes (perception des risques) et de la pratique et le résultat final peut être difficile à interpréter en tant que mesure du besoin non satisfait d'une pratique sexuelle protégée.

L'indicateur est-il accessible?

Un indicateur est accessible dès lors que les données requises sont déjà disponibles ou relativement faciles à obtenir par des méthodes d'enquête réalisables, validées dans des essais de terrain.

Les sources d'information sont les suivantes :

- registres d'état civil
- données recueillies systématiquement par les services de santé
- enquêtes sur les services de santé
- enquêtes et surveillance basées sur la population.

Les indicateurs issus de données recueillies systématiquement sont d'ordinaire les plus accessibles mais la représentativité et la fiabilité des données peuvent poser de sérieux problèmes.

Des informations plus fiables pour les indicateurs des moyens et des résultats directs (disponibilité) sont d'ordinaire disponibles dans les dossiers des services de santé; par exemple, les dossiers administratifs sur le nombre de préservatifs ou la gamme des médicaments fournis à un centre de santé. Comme on l'a vu précédemment, il est plus difficile d'utiliser des données systématiques pour générer des mesures de résultats intermédiaires (couverture et pratique) et d'impact car les dossiers sur les visites ne sont pas toujours précis ni complets et le groupe des personnes qui se présentent dans les établissements de santé n'est pas représentatif.

Les enquêtes auprès de la population nécessitent davantage de ressources et il convient de les répéter si les informations doivent servir à relever les changements qui se produisent au fil du temps, ce qui n'est pas toujours possible. Les avantages liés au surcroît de fiabilité et de représentativité des informations issues des enquêtes doivent compenser leur coût.

ANNEXE 4
RÉVISION DE LA LISTE RESTREINTE PRÉLIMINAIRE
(ENCADRÉ 8) : JUSTIFICATION DES CHANGEMENTS
APPORTÉS POUR DRESSER LA LISTE DÉFINITIVE

Indicateur	Changement	Justification
Taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans	Supprimé	N'est pas en soi un indicateur utile de la santé des adolescents (doit être ventilé par année) ni de l'impact des programmes de planification familiale
Proportion des nourrissons de moins de 4 mois exclusivement nourris au sein	Supprimé	N'est pas intuitivement facile à comprendre en tant que mesure ponctuelle de la prévalence de l'allaitement au sein, et son utilité en tant qu'indicateur de la santé reproductive est douteuse
Proportion des points de prestation de services effectuant le frottis de Papanicolaou	Supprimé	N'est pas utile en l'absence d'indicateurs supplémentaires sur les tests assurés et doit être défini strictement en termes de services qui fonctionnent (équipés et possédant le personnel qualifié voulu pour la collecte des frottis, et ayant accès à des services diagnostics compétents et capables de communiquer efficacement les résultats)
Pourcentage des femmes enceintes dont l'anémie est mise en évidence lors de l'examen systématique effectué pour mesurer le taux d'hémoglobine	Changé en : Pourcentage des femmes en âge de procréer dont l'anémie est mise en évidence lors de l'examen systématique effectué pour mesurer le taux d'hémoglobine	Plus utile s'il recouvre les femmes en âge de procréer puis est ventilé entre les femmes enceintes, celles qui allaitent, et celles qui ne sont pas enceintes/n'allaitent pas
Taux de létalité institutionnel lié aux complications des avortements	Changé en : Pourcentage d'admissions obstétricales et gynécologiques dues à des avortements	Les taux de létalité posent des problèmes d'interprétation et l'autre formule proposée reflète plus clairement la charge de travail des services de santé reproductive
Prévalence signalée de l'écoulement urétral chez les hommes de 15 à 49 ans	Ajouté	Mesure valable de la morbidité masculine auto-signalée, permet d'évaluer le fardeau des maladies sexuellement transmissibles. Indicateur compréhensible et direct de la dimension masculine de la santé reproductive
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans	Discuté - considéré important quand la prévalence du VIH est élevée	ONUSIDA considère que c'est l'indicateur de prévalence actuellement disponible

ANNEXE 5

**LES INDICATEURS - QUESTIONS LIÉES À L'APPLICATION
DES CRITÈRES DE SÉLECTION ET JUSTIFICATION DU
CHOIX**

	Page
Taux de fécondité cumulée	38
Taux de prévalence de la contraception	39
Taux de mortalité maternelle	40
Pourcentage des femmes soignées au moins une fois pendant leur grossesse par des personnels de santé qualifiés pour des motifs en rapport avec la grossesse	41
Pourcentage des accouchements se déroulant en présence de personnel de santé qualifié	42
Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants	43
Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants	44
Taux de mortalité périnatale	45
Pourcentage des naissances vivantes de faible poids de naissance	46
Prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes sollicitant des soins prénatals	47
Pourcentage des femmes en âge de procréer dont l'anémie est mise en évidence lors de l'examen effectué pour mesurer le taux d'hémoglobine	48
Pourcentage des admissions obstétricales et gynécologiques dues à des avortements	49
Prévalence signalée de femmes ayant subi des mutilations sexuelles	50
Pourcentage des femmes en âge de procréer exposées au risque de grossesse qui déclarent qu'elles essaient d'être enceintes depuis au moins deux ans	51
Incidence signalée de l'urétrite chez les hommes	52
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	53

TAUX DE FÉCONDITÉ CUMULÉE

Nombre total d'enfants qu'aurait une femme à la fin de ses années de procréation si elle avait eu pendant toutes ces années le taux de fécondité pour l'âge actuellement prévalent

Proposé par :

OMS 1993 - CFM3 "Troisième opération de surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la SPT"
LE PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - "Liste restreinte du Sous-Comité sur la planification familiale"

Utile

- en tant que mesure d'une mauvaise santé reproductive physique car les naissances chez des mères de parité élevée (>5) présentent un risque élevé de morbidité et de mortalité maternelles.
- aux fins de comparaison internationale et pour surveiller les tendances à long terme car il est indépendant des différences dans la composition âge-sexe de la population.
- nécessite le calcul des taux de fécondité par âge - nombre de naissances vivantes chez des femmes d'une tranche d'âge donnée pour 1000 femmes dans cette tranche d'âge.
- les taux de fécondité par âge permettent de refléter le schéma de la fécondité selon l'âge, en particulier dans les groupes à haut risque des adolescentes (voir ci-après) et des femmes âgées.
- utilisé pour évaluer le risque à la naissance de décès maternel (voir le taux de mortalité maternelle).

Scientifiquement solide

- seulement valable en tant que mesure hypothétique du nombre total attendu de naissances par femme puisqu'il suppose constants les taux de fécondité par âge.
- les changements observés dans le taux de fécondité cumulé ne reflètent pas spécifiquement les changements dans la planification familiale effective mais ils peuvent être dus à des changements dans l'incidence des pertes précoces de grossesse (y compris les avortements provoqués), à des changements dans la distribution de la fécondité par âge, à des différences dans la proportion des femmes exposées "au risque" de grossesse ou en raison d'autres facteurs socio-économiques.

Compréhensible

- en tant que concept hypothétique, le taux de fécondité cumulé peut être un facteur de confusion.
- il utilise le terme "fécondité" tel que l'entendent les démographes - mesure des naissances vivantes et *non* des conceptions.
- l'ambiguïté subsiste au sujet de l'inclusion des seules naissances vivantes.

Accessible dans :

- les registres d'état civil - mais la sous-notification des naissances peut poser des problèmes.
- les chiffres du recensement - mais une classification erronée des âges peut poser des problèmes.
- les enquêtes auprès de la population - mais les biais de réponse et les erreurs de classification des âges peuvent poser des problèmes.

Justification du choix

Un indicateur complémentaire est le taux de prévalence des contraceptifs.

Il a été choisi faute d'autres possibilités et parce qu'il joue un rôle important dans l'évaluation du risque à la naissance de mortalité maternelle.

Le taux brut de natalité a été proposé par un certain nombre d'initiatives mais les différences dans la palette âge-sexe des populations visées rendent difficiles les comparaisons valables.

Un indicateur d'impact visant plus spécifiquement à refléter les besoins non satisfaits a été proposé : "la proportion des naissances totales survenues chez des mères célibataires" mais il ne reflète pas nécessairement de façon valable les besoins non satisfaits là où des naissances hors mariage sont désirées.

TAUX DE PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION

Pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive à un moment donné

Les méthodes contraceptives comprennent la stérilisation féminine et masculine, les hormones injectables et orales, les dispositifs intra-utérins, les diaphragmes, les spermicides et les préservatifs, la planification familiale naturelle et l'aménorrhée lactationnelle là où elle est donnée comme une méthode.

Proposé par :

OMS/UNICEF, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des buts de santé du Sommet mondial pour les enfants"

OMS, 1993 - CFM3 "Troisième opération de surveillance des progrès de la mise en oeuvre des stratégies de la SPT"

PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - "Liste restreinte du Sous-Comité de la planification familiale"

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

FNUAP, 1996 - "Indicateurs pour mesurer les résultats des programmes de santé reproductive - projet de rapport"

Utile

- utile en tant que mesure des résultats intermédiaires pour l'utilisation des méthodes de contraception.
- le taux de prévalence de la contraception ne renseigne pas sur le contexte ni le caractère approprié de la méthode de contraception et il est donc faible comme mesure indirecte de la santé "physique" reproductive. La contraception ne peut que réduire la morbidité et la mortalité liées à la reproduction là où elle est appropriée et sûre. Elle a d'autant plus d'impact sur la santé reproductive qu'elle est utilisée pour prévenir les grossesses qui sont trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses.
- le taux de prévalence de la contraception ne renseigne pas sur le choix - il ne pourrait servir de mesure indirecte valable que pour d'autres aspects de la santé reproductive - dont la définition inclut "la capacité de procréer et la *liberté de décider* de le faire, quand et combien de fois" (Programme d'action de la CIPD, 1994), là où l'utilisation de la méthode de contraception résulte du choix libre et éclairé de la personne.

Scientifiquement solide

- valable seulement en tant que mesure de l'utilisation de contraceptifs par toutes les femmes entre 15 et 49 ans, quels que soient le "risque" de grossesse auquel elles sont exposées et leur besoin de contraception.
- peut être plus spécifique s'il est limité aux femmes actuellement mariées ou dans une relation stable et exposées au "risque" de grossesse (celles qui sont fécondes, sexuellement actives et pas déjà enceintes).

Représentatif

- dépend de la représentativité de l'échantillon.
- les mesures nationales peuvent cacher d'importantes différences.

Compréhensible

- nécessite une définition claire des méthodes de contraception - stérilisation féminine et masculine, hormones injectables et orales, dispositifs intra-utérins, diaphragmes, spermicides et préservatifs, planification familiale naturelle et méthode de l'aménorrhée lactationnelle.
- l'interprétation est d'autant plus aisée qu'on dispose de données sur les besoins non satisfaits de contraception.

Accessible dans :

- les enquêtes auprès de la population (éventuellement dans une enquête démographique et sanitaire) - tiennent compte de toutes les sources d'approvisionnement en contraceptifs mais les biais des réponses conformes aux normes peuvent poser des problèmes.
- les données recueillies systématiquement par les services - mais une collecte incomplète et inexacte des données, les double emploi, les erreurs d'estimation du dénominateur et les contraceptifs manquants obtenus en dehors des établissements de santé peuvent poser des problèmes.

Justification du choix

Le taux de prévalence de la contraception est un indicateur de résultat qui complète le taux de fécondité cumulée. Les mesures de résultats directs proposées pour l'accessibilité physique des services de planification familiale présentent l'avantage que les informations sont d'ordinaire plus accessibles dans les dossiers des services de santé mais l'efficacité de l'utilisation dépend de nombreux facteurs liés à l'accessibilité économique, administrative, cognitive et socio-économique. Les indicateurs qui recouvrent les questions de nécessité peuvent être sérieusement compromis par les difficultés que peut poser la collecte de données fiables.

TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre annuel de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes

Proposé par :

OMS/UNICEF, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des buts de santé du Sommet mondial pour les enfants"

OMS, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle"

OMS, 1993 - CFM3 "Troisième opération de surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la SPT"

UNICEF, 1995 - "Mortalité maternelle : Directives pour la surveillance des progrès"

PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - "Liste restreinte du Sous-Comité pour la maternité sans risque"

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

FNUAP, 1996 - "Indicateurs pour mesurer les résultats des programmes de santé reproductive - projet de rapport."

Utile

- utile au niveau national comme mesure directe de l'état de santé.
- rassemble des données utiles au niveau local où chaque décès maternel doit être notifié et examiné pour fournir des informations aux fins de la planification du programme.

Scientifiquement solide

- valable uniquement en tant que mesure du risque de décès lié à une grossesse une fois la femme enceinte.
- n'incluant que les grossesses aboutissant à une naissance vivante dans le dénominateur, entraînera une surévaluation du risque pour toutes les grossesses.
- les différences observées dans le taux de mortalité maternelle ne sont pas nécessairement spécifiques à l'amélioration de l'état de santé maternelle mais elles peuvent être dues à des changements dans le système de notification et de certification des décès maternels, ou à l'importante variation aléatoire liée au petit nombre de cas considérés.
- la sensibilité aux changements généraux de l'état de la santé reproductive peut être faible, des changements sensibles peuvent intervenir dans le fardeau de la morbidité avant que cela ne se traduise par des changements dans le taux de mortalité maternelle.
- le petit nombre des cas concernés entraîne des écarts de confiance importants et une difficulté à déceler fidèlement les changements.

Représentatif

- une "moyenne" nationale peut cacher des écarts importants entre les zones ou les groupes de population.

Compréhensible

- appelé à tort "taux", il s'agit d'un rapport - inclut certaines femmes dans le numérateur qui ne sont pas comprises dans le dénominateur (les décès maternels associés à un avortement ou une mort foetale).

Accessible dans :

- les registres d'état civil - mais l'inégalité concernant l'absence de réponse, la sous-notification et les erreurs de classification des décès maternels peut poser des problèmes.
- les données recueillies systématiquement par les services - mais la non représentativité de l'échantillon peut poser des problèmes.
- les enquêtes auprès de la population - les méthodes d'évaluation directe nécessitent de très grands échantillons pour produire des estimations stables et l'évaluation indirecte (méthode des soeurs) donne des chiffres rétrospectifs.

Justification du choix

Malgré les problèmes majeurs que pose la collecte de données fiables et sa faible sensibilité aux changements dans l'état de la santé reproductive en général, le taux de mortalité maternelle a été choisi parce qu'il est désormais largement utilisé et, avec le taux de fécondité cumulé, qu'il est nécessaire pour estimer le risque à la naissance de décès maternel. Tout autre indicateur de résultats lié à la santé maternelle pose les mêmes problèmes pour ce qui est de la collecte de données fiables.

**POURCENTAGE DES FEMMES SOIGNÉES AU MOINS UNE FOIS PENDANT
LEUR GROSSESSE PAR DES PERSONNELS DE SANTÉ QUALIFIÉS POUR DES MOTIFS EN
RAPPORT AVEC LA GROSSESSE**

Pourcentage des femmes soignées au moins une fois pendant leur grossesse par des personnels de santé qualifiés (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées) pour des motifs en rapport avec la grossesse

Par personnel de santé qualifié, on entend les médecins (spécialisés ou non) et/ou les personnes compétentes en matière obstétricale capables de prendre en charge un accouchement normal et de diagnostiquer ou d'adresser les complications obstétricales à un service compétent. Les accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées sont exclues.

Proposé par :

PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - Liste restreinte du Sous-Comité pour la maternité sans risque”
OMS, 1996 - “Catalogue pour la surveillance de la santé”

Utile

- en tant que mesure des résultats intermédiaires pour l'utilisation, constitue un marqueur des progrès de la réalisation du but de l'accès universel aux soins prénatals.
- faible mesure indirecte des résultats, aucun lien prouvé entre une visite prénatale (avec la fourniture de soins de qualité inconnue) et le résultat.
- plus utile s'il existait aussi sous forme ventilée selon le nombre et le moment des consultations.

Scientifiquement solide

- reflète l'utilisation des soins prénatals.
- surestimation des résultats liés à la couverture due à l'utilisation exclusive des naissances vivantes dans le dénominateur (il est proposé d'appliquer un facteur de “hausse” de 15 %, pour le nombre estimatif de pertes de grossesses, aux naissances vivantes pour évaluer les besoins véritables, mais il n'est pas régulièrement appliqué).
- les différences de couverture observées peuvent être dues non à des changements véritables dans la couverture de toutes les grossesses mais à des différences dans les taux de mortalité foetale et d'avortement.

Représentatif

- dépend de la représentativité de l'échantillon.
- des mesures nationales peuvent cacher des écarts importants.

Compréhensible

- si la définition normale des personnels de santé qualifiés est appliquée.
- peut prêter à confusion car il ne s'agit pas véritablement d'une proportion mais d'un rapport - le numérateur peut inclure des femmes non comprises dans le dénominateur (celles qui sont soignées pendant la période prénatale mais dont la grossesse n'aboutit à une naissance vivante).

Accessible dans :

- les données recueillies systématiquement par les services - renseigne sur le numérateur mais des dossiers incomplets peuvent poser des problèmes.
- les registres d'état civil et les chiffres des recensements - fournissent des informations pour évaluer le dénominateur mais une notification incomplète peut poser des problèmes.
- enquêtes auprès de la population - fournissent des informations fiables, mais posent des problèmes de fiabilité de mémoire.

Justification du choix

Cet indicateur de résultat, s'il *existe* un lien entre une visite prénatale et le résultat, peut compléter le taux de mortalité maternelle.

Bien qu'il n'existe pas de preuve d'un lien solide avec le résultat, il reflète utilement l'utilisation de services de santé reproductive systématiques en externe. Un indicateur antérieur incluant toute consultation antérieure pendant la grossesse dans le numérateur n'est pas une mesure spécifique de la couverture des soins prénatals. L'indicateur “proportion des femmes enceintes vaccinées contre le tétanos” a été envisagé comme mesure de résultat de substitution car il présente l'avantage de refléter non seulement l'accessibilité des soins prénatals mais aussi la qualité des soins reçus. Cependant, la collecte de données fiables est plus problématique et cet indicateur peut donner une image non spécifique des services de santé reproductive (là où les différences observées tiennent à l'efficacité du programme PEV).

POURCENTAGE DES ACCOUCHEMENTS SE DÉROULANT EN PRÉSENCE DE PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ

Pourcentage des accouchements se déroulant en présence de personnel de santé qualifié (à l'exception des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées)

Par personnel de santé qualifié, on entend les médecins (spécialisés ou non) et/ou les personnes compétentes en matière obstétricale capables de prendre en charge un accouchement normal et de diagnostiquer ou d'adresser les complications obstétricales à un service compétent. Les accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées sont exclues.

Proposé par :

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

FNUAP, 1996 - "Indicateurs pour mesurer les résultats des programmes de santé reproductive - projet de rapport"

Utile

- en tant qu'indicateur des résultats intermédiaires, constitue un marqueur des progrès de la réalisation du but de l'accès universel aux soins pendant l'accouchement.
- en tant qu'indicateur indirect de l'impact - lien entre un accouchement se déroulant en présence de personnel qualifié et l'amélioration du résultat.

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure de la couverture des soins pendant l'accouchement.

Représentatif

- dépend de la représentativité de l'échantillon.
- une mesure au niveau national peut cacher des écarts importants.

Compréhensible

- si la définition type des personnels de santé qualifiés est appliquée mais une ambiguïté peut subsister concernant l'inclusion des accoucheuses traditionnelles qualifiées et l'inclusion de dispensateurs des secteurs privé et public.
- une ambiguïté subsiste concernant le dénominateur - il ne couvre parfois que les naissances vivantes (d'où une surévaluation de la couverture) et s'étend parfois à toutes les naissances.

Accessible dans :

- les données recueillies systématiquement par les services - renseignent sur le numérateur, mais des dossiers incomplets peuvent poser des problèmes et les données provenant de dispensateurs du secteur privé peuvent être omises.
- les registres d'état civil et les chiffres des recensements - fournissent des informations pour l'évaluation du dénominateur mais une notification incomplète peut poser des problèmes.
- les enquêtes auprès de la population - fournissent des informations très fiables mais les biais de mémoire peuvent poser des problèmes.

Justification du choix

Cet indicateur de résultat pour les soins pendant l'accouchement, s'il existe un lien avec l'impact, peut compléter le taux de mortalité maternelle.

Un indicateur antérieur mesurant la couverture des soins pendant l'accouchement incluait dans le numérateur tous les accouchements se déroulant en présence d'accoucheuses traditionnelles et reflétait donc de façon moins spécifique les soins *effectifs* dispensés pendant l'accouchement et était un indicateur indirect de l'impact moins puissant.

D'autres indicateurs de résultats ont été proposés pour les soins pendant l'accouchement, et notamment ceux qui concernaient la qualité des soins institutionnels qu'il est difficile, malgré leur utilité au niveau local, de regrouper pour tous les établissements afin d'obtenir une mesure nationale utile.

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DISPENSANT EFFECTIVEMENT DES SOINS OBSTÉTRICAUX ESSENTIELS DE BASE POUR 500 000 HABITANTS

Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants

Les soins obstétricaux essentiels de base devraient comprendre l'administration d'antibiotiques par voie parentérale, d'ocytociques, et de sédatifs pour l'éclampsie et la délivrance artificielle et l'élimination des produits de rétention.

Proposé par :

OMS/UNICEF, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des buts de santé du Sommet mondial pour les enfants"

OMS, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle"

OMS, 1993 - CFM3 "Troisième opération de surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la SPT"

UNICEF, 1995 - "Mortalité maternelle : Directives pour la surveillance des progrès"

PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - "Liste restreinte du Sous-Comité sur la grossesse sans risque"

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

FNUAP, 1996 - "Indicateurs pour mesurer les résultats des programmes de santé reproductive - projet de rapport"

Utile

- en tant que mesure des résultats directs pour la disponibilité des soins obstétricaux essentiels de base - marqueur des progrès de la réalisation du but de l'accès universel aux soins obstétricaux essentiels de base.
- en tant que mesure indirecte de l'impact - lien direct entre les soins obstétricaux essentiels de base disponibles et les résultats pour la santé des mères et des nouveau-nés.
- utile au niveau local aux fins de la planification des programmes.
- d'une utilité accrue s'il était aussi disponible sous forme ventilée selon la situation rurale ou urbaine de l'établissement pour 500 000 ruraux ou citadins.

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure de la disponibilité pour la population en général mais ne reflète pas nécessairement les véritables différences dans la disponibilité pour la population qui en a besoin (les femmes enceintes) là où existent des différences dans la proportion des femmes en âge de procréer dans la population et dans leurs taux de fécondité. La mesure de leur disponibilité pour 500 000 femmes en âge de procréer pourrait être un indicateur plus utile.
- il ne reflète pas nécessairement l'accessibilité des services car il ne contient aucune information sur la distribution géographique, les systèmes de transfert, les transports ou l'accessibilité culturelle et économique ni sur l'utilisation de ces soins.

Représentatif

- une mesure au niveau national peut cacher d'importantes différences entre les zones
- doit aussi inclure des établissements disponibles dans le secteur privé.

Compréhensible

- nécessite une définition type de ce que sont les soins obstétricaux essentiels de base mais il y a eu confusion terminologique entre soins obstétricaux essentiels "de base" et "complets" et soins obstétricaux "essentiels" et "d'urgence".

Accessible dans :

- les données recueillies systématiquement par les services - pour le numérateur, il faut la preuve que les établissements fonctionnent (il ne s'agit pas de mesurer leur capacité théorique de dispenser des soins obstétricaux essentiels de base).
- les chiffres des recensements - pour fournir des informations pour le dénominateur.

Justification

En tant qu'indicateur des résultats directs pour les soins obstétricaux essentiels il complète le taux de mortalité maternelle.

Les informations nécessaires sont assez facilement accessibles.

Avec les autres mesures de résultat proposées pour les soins obstétricaux essentiels il est difficile de calculer le dénominateur, par exemple "la proportion estimative de femmes examinées dans les services dispensant des soins obstétricaux essentiels qui présentent des complications obstétricales".

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DISPENSANT EFFECTIVEMENT DES SOINS OBSTÉTRICAUX ESSENTIELS COMPLETS POUR 500 000 HABITANTS

Nombre d'établissements dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants

Les soins obstétricaux essentiels complets devraient comprendre des soins obstétricaux essentiels plus des services de chirurgie, d'anesthésie et de transfusion sanguine.

Proposé par :

OMS/UNICEF, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des buts de santé du Sommet mondial pour les enfants"

OMS, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle"

OMS, 1993 - CFM3 "Troisième opération de surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la SPT"

UNICEF, 1995 - "Mortalité maternelle : Directives pour la surveillance des progrès"

PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - Liste restreinte du Sous-Comité de la planification familiale

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

FNUAP, 1996 - "Indicateurs pour mesurer les résultats des programmes de santé reproductive - projet de rapport"

Utile

- en tant que mesure des résultats directs pour la disponibilité des soins obstétricaux essentiels complets - il peut servir de marqueur des progrès de la réalisation du but de l'accès universel aux soins obstétricaux essentiels complets.
- en tant que mesure indirecte de l'impact - lien direct entre les soins obstétricaux complets disponibles et le résultat.
- utile au niveau local pour la planification des programmes.
- plus utile s'il était également disponible sous forme ventilée selon la situation rurale ou urbaine de l'établissement pour 500 000 ruraux ou citadins.

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure de la disponibilité pour la population en général, ne reflète pas nécessairement les véritables différences dans la disponibilité pour la population qui en a besoin (les femmes enceintes) là où existent des différences dans la proportion des femmes en âge de procréer au sein de la population et leur taux de fécondité. La mesure de la disponibilité pour 500 000 femmes en âge de procréer pourrait être un indicateur plus utile.
- ne reflète pas nécessairement l'accessibilité des installations car il ne renseigne pas sur la distribution géographique, les systèmes d'orientation-recours, les transports ni l'accessibilité culturelle et économique.

Représentatif

- une mesure au niveau national peut cacher d'importantes différences entre les zones.
- doit inclure des établissements privés.

Compréhensible

- avec les définitions types de ce que constituent des soins obstétricaux essentiels complets mais une certaine confusion provient du changement terminologique des soins obstétricaux essentiels "de base" et "complets" aux soins obstétricaux "essentiels" et "d'urgence".

Accessible dans :

- les données recueillies systématiquement par les services - pour le numérateur, il faut la preuve que les établissements fonctionnent, et non une mesure de leur capacité théorique.
- les chiffres des recensements - pour les informations pour le dénominateur.

Justification du choix

En tant qu'indicateur des résultats directs pour les soins obstétricaux essentiels complets, il complète le taux de mortalité maternelle.

Les informations requises sont assez facilement accessibles.

Les autres mesures des résultats proposées pour les soins obstétricaux essentiels complets posent de graves problèmes, par exemple "les césariennes en tant que proportion de toutes les naissances vivantes dans une population" pose des problèmes pour ce qui est de l'évaluation du dénominateur et, là où le résultat se situe dans la fourchette "normale" de 5-15 %, difficile à interpréter si les césariennes étaient appropriées. "La proportion de tous les accouchements qui ont eu lieu dans des établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels" pose des problèmes comparables lorsqu'il s'agit de définir ce qui est acceptable et si ceux qui se sont déroulés en présence de personnel qualifié dans ces établissements sont les accouchements appropriés.

TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE**Nombre de décès périnataux pour 1000 naissances totales**

Les décès périnataux surviennent à un stade avancé de la grossesse (à 22 semaines de gestation révolues ou plus), pendant l'accouchement et jusqu'à sept jours révolus après la naissance.

Proposé par :

*OMS, 1993 - Projet de liste proposé dans "Élaboration d'indicateurs pour la santé maternelle"
PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - "Liste restreinte du Sous-Comité sur la grossesse sans risque"*

Utile

- en tant qu'indicateur de l'impact, c'est une mesure directe de l'état de santé périnatale et un marqueur de l'amélioration de la santé périnatale.
- peut servir de mesure indirecte de l'état de santé maternelle.
- au niveau local, utile pour enregistrer chaque décès périnatal et pour examiner les circonstances entourant l'événement - conduit à des recommandations spécifiques pour la planification des programmes.
- plus utile s'il est également disponible sous forme ventilée par a) source des données : établissement par opposition à communauté b) mort du fœtus *in utero* au moment de l'accouchement ou plus ancienne (macération).

Scientifiquement solide

- mesure valable du risque de décès foetal ou néonatal pendant la période périnatale - définie comme de la 22ème semaine de gestation (OMS CIM-10, 1992) au septième jour après l'accouchement.
- les différences observées dans le taux de mortalité périnatale ne sont peut-être pas spécifiques d'une amélioration de l'état de santé mais elles peuvent provenir de changements dans le système de notification pour la certification des décès périnataux.
- la spécificité en tant que mesure indirecte de la santé maternelle peut être faible là où les différences observées dans le taux de mortalité périnatale reflètent principalement des changements dans les soins néonataux.
- en tant qu'événement plus courant que les décès maternels, peut constituer une mesure des changements dans l'état de santé maternelle en général plus sensible que le taux de mortalité maternelle.

Compréhensible

- une ambiguïté subsiste concernant la définition de la mort foetale (par opposition à un avortement spontané). La CIM-10 définit la période périnatale comme commençant la 22ème semaine; un fœtus accouché au-delà de cette période de gestation, ou ayant un poids de naissance supérieur à 500 g, est donc inclus dans les statistiques périnatales. Aux fins d'une comparaison internationale, cependant, un poids de naissance d'au moins 1000 g est recommandé (OMS, 1996c). Les rapports sur le taux de mortalité périnatale doivent toujours préciser les poids de naissance inclus dans les statistiques.
- l'interprétation peut être améliorée avec l'utilisation d'un indicateur sur le pourcentage des naissances se déroulant en présence de personnel de santé qualifié.

Accessible dans :

- les registres d'état civil - mais des problèmes peuvent provenir d'une sous-notification des naissances, des variations dans l'absence de réponse pour les décès et d'une classification erronée des décès périnataux (comme avortements ou décès néonataux tardifs).
- les données recueillies systématiquement par les services - mais la non-représentativité de l'échantillon peut poser des problèmes.
- les enquêtes auprès de la population - mais les biais de mémoire et les variations dans les erreurs de classification peuvent poser des problèmes.

Justification du choix

Malgré les problèmes majeurs associés à une collecte de données fiables pour le taux de mortalité périnatale, il figure dans cette liste comme un indicateur d'impact important, capable de jouer un rôle important en tant qu'indicateur sensible de l'état de santé maternelle et néonatale.

Le décès périnatal étant un événement plus courant que le décès maternel, le taux de mortalité périnatale peut constituer une mesure plus sensible du changement. La certification d'un décès périnatal pose moins de problèmes que la certification d'une morbidité maternelle, proposée comme mesure indirecte plus sensible de l'état de santé maternelle. Au niveau local, l'examen des décès périnataux permet mieux d'examiner la qualité des soins que l'examen, plus rare, des décès maternels.

Parmi les autres mesures possibles de l'état de santé du nouveau-né figure le taux de mortalité infantile. On estime à 40 % le nombre des décès de nourrissons survenant pendant la première semaine (OMS, 1996).

Toutefois, les changements observés dans le taux de mortalité infantile ne sont pas spécifiques des changements dans l'état de la santé reproductive et la réduction du taux de mortalité infantile pendant ces dix dernières années reflète en grande partie la réduction de la mortalité post-néonatale.

POURCENTAGE DE NAISSANCES VIVANTES DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

Pourcentage de naissances vivantes d'un poids inférieur à 2500 g

Proposé par :

OMS, 1993 - "Élaboration d'indicateurs pour la santé maternelle - Projet de liste"

OMS, 1993 - CFM3 "Troisième opération de surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la SPT"

OMS, 1996 - "Évaluation de la mise en oeuvre de la SPT"

Utile

- en tant qu'indicateur de l'impact - mesure directe de la santé et des chances de survie du nouveau-né, et donc marqueur de l'amélioration de la santé du nouveau-né.
- en tant qu'indicateur indirect de l'état de la santé maternelle.
- utile pour recueillir des données sur le faible poids de naissance au niveau local - comme information pour la prise en charge individuelle des cas.

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure de la prévalence des naissances vivantes d'un poids de naissance inférieur à 2500 g - par suite d'un retard de croissance intra-utérine, d'un accouchement prématuré ou d'une stature génétiquement petite.
- la spécificité en tant que mesure de l'état de santé et des chances de survie du nouveau-né est compromise dans les populations de stature génétiquement petite, là où un poids de naissance inférieur à 2500 g est normal et n'est pas associé à un risque accru.

Représentatif

- les données systématiques fourniront un échantillon non représentatif.

Accessible dans :

- les données recueillies systématiquement par les services - mais un échantillon non représentatif peut poser des problèmes - pourrait servir pour la surveillance des tendances mais une prévalence croissante des faibles poids de naissance dans les établissements de santé peut refléter une amélioration de l'accès des femmes qui en ont besoin.
- les enquêtes auprès de la population - problèmes liés à un enregistrement incomplet des poids de naissance dans la communauté et aux biais de mémoire, dans des enquêtes spéciales, possibilité d'utiliser une mesure indirecte du faible poids de naissance comme la circonférence du thorax, peut-être plus facile à mesurer.

Justification du choix

En tant que mesure du risque pour le nouveau-né, il complète le taux de mortalité périnatale; en tant que reflet de l'état de santé maternelle, il complète le taux de mortalité maternelle

Malgré les problèmes majeurs que pose la collecte de données fiables, cet indicateur a été choisi en raison des multiples possibilités qu'il offre : en tant que mesure de l'état de santé et des chances de survie du nouveau-né et en tant que mesure indirecte de la santé maternelle. Ayant plusieurs étiologies, il peut être considéré comme un marqueur efficace de l'état de santé de la mère - une forte prévalence du faible poids de naissance reflète un certain nombre de facteurs négatifs.

S'il n'est pas toujours possible d'évaluer avec certitude le nombre d'habitants, la surveillance des changements dans les données disponibles (données des services de santé) fournit une indication des tendances.

Dans les zones où la stature génétique est petite, un seuil inférieur pour la définition du faible poids de naissance reflétera mieux l'état de santé et les chances de survie.

PRÉVALENCE DE LA SÉROLOGIE POSITIVE POUR LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES SOLLICITANT DES SOINS PRÉNATALS

Pourcentage de femmes enceintes (15-24 ans) se présentant à la consultation prénatale, chez qui un examen de sang est effectué pour le dépistage de la syphilis et qui ont une sérologie positive

Proposé par :

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

Éthique

- le dépistage systématique de la syphilis pendant la grossesse est éthique si les femmes sont informées du test, y consentent, et que les résultats individuels restent confidentiels.

Utile

- en tant qu'indicateur de l'impact direct - les MST nuisent directement à la santé et c'est donc là une mesure de l'état de la santé reproductive des femmes enceintes.
- en tant qu'indicateur indirect du fardeau des MST dans la population en général et donc comme marqueur des progrès de la réduction du fardeau des MST et du VIH/SIDA.

Scientifiquement solide

- valable comme mesure de la prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes qui sollicitent des soins prénatals dans des établissements ayant les ressources voulues pour le dépistage systématique de la syphilis chez toutes les femmes.
- ne sera pas spécifique comme indicateur indirect du fardeau général des MST là où une campagne a été menée contre la syphilis.
- en tant qu'indicateur indirect du fardeau général des MST, ne sera pas sensible aux changements là où la prévalence de la syphilis est faible.

Représentatif

- les femmes enceintes ne sont pas représentatives de toutes les femmes. La baisse de fécondité chez les femmes ayant eu des MST peut amener à sous-estimer la prévalence des MST chez toutes les femmes. Inversement, comme les femmes qui ne sont pas enceintes comprennent celles qui n'ont pas d'activité sexuelle et ne sont donc pas exposées au risque de MST, la prévalence parmi les femmes enceintes peut être une surévaluation de la prévalence chez toutes les femmes.
- non représentatif de toutes les femmes enceintes - seulement des femmes qui ont elles-mêmes choisi de solliciter des soins prénatals.
- seulement représentatif de ce groupe de femmes là où toutes les femmes enceintes sont soumises au dépistage et pas seulement celles qui sont considérées comme exposées à un risque élevé.

Accessible dans :

- les données recueillies systématiquement par les services de santé, y compris les établissements de santé privés.

Justification du choix

Malgré les problèmes liés à la faible représentativité et à la faible sensibilité de cet indicateur, il a été choisi parce qu'il est l'un des plus facilement accessibles et des plus éthiquement acceptables parmi les indicateurs d'impact proposés pour les MST/VIH.

Les enquêtes auprès de la population qui débouchent sur l'évaluation d'autres indicateurs d'impact proposés tels que "la prévalence estimative des MST dans une population cible définie" ou "la prévalence estimative du VIH" présentent des problèmes éthiques majeurs liés aux méthodes de collecte des données et au suivi.

Les informations pour les indicateurs des résultats directs pour les programmes de lutte contre les MST/VIH (disponibilité des préservatifs) sont faciles à obtenir mais l'impact de la disponibilité des préservatifs sur les résultats dépend de nombreux autres facteurs et il n'est donc pas utile comme marqueur de l'amélioration de l'état de santé. Il est difficile de recueillir des données fiables et objectives pour la mesure intermédiaire des connaissances, des attitudes et des pratiques concernant la prévention des MST et du VIH et les activités de lutte.

POURCENTAGE DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DONT L'ANÉMIE EST MISE EN ÉVIDENCE LORS DE L'EXAMEN EFFECTUÉ POUR MESURER LE TAUX D'HÉMOGLOBINE

Pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) chez qui la mesure du taux d'hémoglobine a fait apparaître des taux inférieurs à 110 g/l pour celles qui sont enceintes et inférieurs à 120 g/l pour celles qui ne le sont pas

D'après :

OMS/UNICEF, 1993 - "Indicateurs pour la surveillance des buts de santé du Sommet mondial pour les enfants"

OMS, 1993 - CFM3 "Troisième opération de surveillance de la mise en oeuvre des stratégies de la SPT"

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

Utile

- en tant que mesure directe de l'état de santé - l'anémie nuit directement à la santé.
- en tant que mesure indirecte du statut nutritionnel général.
- au niveau local, utile pour la prise en charge individuelle des cas et la planification des ressources.
- plus utile s'il est également disponible sous forme ventilée comme suit a) anémie grave, modérée, légère b) femmes enceintes, allaitantes, pas enceintes/pas allaitantes c) source de dépistage (dispensaires prénatals, services post-natals, etc.).

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure de la prévalence des taux d'hémoglobine tels que définis car aucun niveau ne distinguera entre toutes les personnes "anémiques" (celles dont la santé est menacée par leur taux d'hémoglobine) et les personnes "non anémiques". L'accent sur l'anémie grave (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl) refléterait de façon plus valable et plus spécifique un mauvais état de santé.
- faible spécificité en tant que mesure indirecte du statut nutritionnel général; il peut exister un programme ciblé de distribution de suppléments en fer, ou le faible taux d'hémoglobine peut être dû à des naissances trop rapprochées, à une perte de sang ou à une maladie sans rapport avec la mauvaise nutrition.

Représentatif - dépend de la source de données :

- si elles proviennent du dépistage systématique à l'occasion des soins prénatals, les patientes qui sollicitent des soins prénatals ont elles-mêmes choisi de se présenter et ne sont pas représentatives de toutes les femmes enceintes.
- si elles proviennent d'une enquête auprès de la population - fonction de la représentativité de l'échantillon.

Accessible dans :

- les données recueillies systématiquement par les services - l'établissement doit assurer la mesure systématique du taux d'hémoglobine pour toutes les femmes et pas seulement celles qui sont à risque. Des problèmes peuvent provenir de la non représentativité de l'échantillon et des dossiers incomplets
- les enquêtes auprès de la population - besoin d'installations pour le suivi et le traitement.

Justification du choix

Comme indicateur complémentaire du taux de mortalité maternelle, du taux de mortalité périnatale et de la prévalence des faibles poids de naissance.

Malgré les problèmes que pose l'estimation des véritables valeurs démographiques pour cet indicateur et bien qu'il ne reflète pas toujours de façon spécifique le statut nutritionnel général, il a été choisi parce que l'anémie est un facteur important de morbidité et de mortalité et que les données sont aisément accessibles.

La "proportion de femmes malnutries (qui ne sont pas enceintes et n'allaitent pas) telles que définies par l'indice de masse corporelle" ou la "proportion de femmes dont le lait est pauvre en vitamine A" ont été proposées comme mesures d'impact de substitution pour la nutrition mais elles nécessitent d'importantes enquêtes auprès de la population et elles ne sont peut-être pas très sensibles aux changements du statut nutritionnel général.

POURCENTAGE DES ADMISSIONS OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES DUES À DES AVORTEMENTS

Pourcentage de tous les cas admis dans des services de prestation de soins qui dispensent en interne des soins obstétricaux et gynécologiques consécutifs à un avortement (spontané ou provoqué, mais à l'exception d'une interruption planifiée de grossesse)

Proposé par :

PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - Liste restreinte du Sous-Comité pour la grossesse sans risque

Utile

- en tant que mesure des résultats intermédiaires (processus) pour l'utilisation des services en cas d'avortement.
- la plupart du temps, la majorité de ces admissions seront des cas de complications consécutives à un avortement.

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure de la charge de travail des services obstétricaux et gynécologiques due aux complications des avortements.
- les tendances des pourcentages sont sensibles aux changements dans les schémas d'admission pour d'autres cas obstétricaux et gynécologiques.
- pour donner des mesures fiables et comparables, doit inclure tous les cas d'avortements qui se présentent dans des établissements de santé secondaires et tertiaires à l'intérieur d'une zone prescrite, y compris les établissements privés (veiller à ne pas comptabiliser deux fois les cas transférés du niveau secondaire au niveau tertiaire).

Représentatif

- représentatif des cas d'avortements admis dans des établissements de santé.
- dépend de la couverture plus ou moins complète des établissements pertinents.
- problèmes que pose une comparaison entre les établissements et entre les districts; une mesure nationale peut cacher des écarts importants.

Compréhensible

- nécessité de définir à quel niveau se situeront les points de prestation de services qui seront inclus.
- nécessité d'une définition type pour la classification des cas d'avortement, doit reposer sur des observations cliniques objectives - quels que soient les antécédents avancés.
- l'interprétation des tendances peut être compliquée par les écarts dans l'équilibre entre avortements spontanés et provoqués.

Accessible dans :

- les dossiers des services de santé - mais la sous-notification (omission des cas qui ne sont pas admis dans les établissements) et les erreurs de classification peuvent poser des problèmes.

Justification du choix

Il complète les indicateurs des résultats directs qui mesurent la disponibilité des soins obstétricaux essentiels (y compris les services indispensables pour la fourniture de soins salvateurs efficaces à la suite d'un avortement).

Il n'existe pas de méthodes de collecte de données pouvant mesurer fidèlement le fardeau global des avortements dans la population.

Malgré quelques difficultés concernant la collecte de données fiables et le fait qu'il est basé sur les établissements, cet indicateur a été choisi parmi les quelques-uns qui ont été proposés concernant les soins relatifs aux avortements parce qu'il est le plus facilement accessible et qu'il constitue une mesure utile de l'utilisation des services.

PRÉVALENCE SIGNALÉE DE FEMMES AYANT SUBI DES MUTILATIONS SEXUELLES

Pourcentage de femmes interrogées dans le cadre d'une enquête communautaire qui déclarent avoir subi des mutilations sexuelles

D'après :

FNUAP, 1996 - "Indicateurs pour la mesure des résultats des programmes de santé reproductive - projet de rapport"

Éthique

- les indicateurs provenant d'enquêtes communautaires sur les mutilations sexuelles féminines ne peuvent être considérées comme éthiques si des mesures de précaution adéquates ne sont pas prises pour protéger la confidentialité pendant la collecte des données.

Utile

- en tant qu'indicateur de l'impact direct, les mutilations sexuelles féminines nuisent directement à la santé reproductive et une baisse de prévalence est donc un marqueur de l'amélioration de la santé reproductive.
- reflète l'évolution des attitudes vis-à-vis de la santé reproductive des femmes.
- ne s'applique pas nécessairement aux nombreuses régions du monde où les mutilations sexuelles féminines ne sont pas pratiquées.
- plus utile si la prévalence par âge est disponible.

Scientifiquement solide

- valable seulement en tant que mesure de la prévalence signalée des mutilations sexuelles féminines.
- la fourchette d'âge des femmes à inclure doit être soigneusement examinée; une fourchette large pourra être préférable, par exemple 10-49 ans.

Représentatif

- dépend de la représentativité de l'échantillon utilisé dans l'enquête communautaire et de la représentativité des femmes prêtes à répondre à la question sur les mutilations sexuelles féminines.

Compréhensible

- avec les définitions types des mutilations sexuelles féminines.

Accessible dans :

- les enquêtes communautaires.

Justification du choix

Basé sur l'un des deux seuls indicateurs proposés concernant les mutilations sexuelles féminines (l'autre visant à refléter la politique en vigueur).

Bien que ne s'appliquant peut-être pas à de nombreuses régions du monde, il est inclus en raison de son importance dans les régions où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées. Non seulement c'est une mesure directe de la santé reproductive des femmes (directement affectée par les mutilations sexuelles) mais elle reflète aussi l'évolution des attitudes vis-à-vis du bien-être des femmes.

Si cet indicateur peut ne pas être représentatif de la prévalence globale du problème, des enquêtes répétées permettront de déceler des tendances.

POURCENTAGE DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER EXPOSÉES AU RISQUE DE GROSSESSE QUI DÉCLARENT QU'ELLES ESSAIENT D'ÊTRE ENCEINTES DEPUIS AU MOINS DEUX ANS

Pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) exposées au risque de grossesse (qui ne sont pas enceintes, sont sexuellement actives, ne recourent pas à la contraception et n'allaitent pas) qui déclarent qu'elles essaient d'être enceintes depuis au moins deux ans

D'après :

PROJET D'ÉVALUATION, 1996 - Liste restreinte du Sous-Comité sur les MST/le VIH

FNUAP, 1996 - "Indicateurs pour mesurer les résultats des programmes de santé reproductive - projet de rapport"

Éthique

- la collecte des données peut inclure des questions culturellement sensibles.

Utile

- en tant que mesure de la morbidité liée à la procréation, c'est un marqueur utile de l'amélioration de la santé reproductive physique définie comme "la capacité de procréer et la liberté de décider de le faire, quand et combien de fois" (CIPD).
- utile en tant que mesure indirecte des séquelles à long terme des MST.
- plus utile s'il est également disponible sous forme ventilée et précise a) le groupe d'âge de la femme b) si elle a déjà été enceinte c) depuis combien de temps elle essaie d'être enceinte.

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure du fardeau que représente le problème de l'"échec de la procréation" pour les 15-49 ans.
- n'est pas nécessairement valable comme mesure du besoin non satisfait de procréation - ne reflète pas les problèmes liés à une perte précoce de grossesse.
- des niveaux supérieurs - au-dessus des 5 % attendus dans toute population en raison des "anomalies inhérentes à la procréation" - peut refléter l'infécondité consécutive à des infections génitales hautes chroniques, des MST chroniques ou des traumatismes de l'appareil génito-urinaire à la suite de complications de l'accouchement, des avortements dangereux ou des mutilations sexuelles féminines.
- la fiabilité des données peut être compromise en cas de perte précoce de grossesse classifiée à tort comme une "absence de grossesse".

Représentatif

- dépend de la représentativité des échantillons utilisés dans les enquêtes communautaires.

Compréhensible

- utilise le terme "fécondité" tel que l'entendent les cliniciens - à savoir la "capacité de concevoir" - et non comme l'emploient les démographes - pour qui les taux de "fécondité" mesurent les naissances vivantes.

Accessible dans :

- les enquêtes communautaires - mais les biais de réponse peuvent poser des problèmes. Peut être difficile logistiquement - des échantillons de grande taille étant nécessaires pour déceler fiablement les changements.

Justification du choix

Comme indicateur complémentaire de la "prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes qui sollicitent des soins prénatals". Si l'infécondité et ses conséquences émotionnelles et sociales peuvent avoir un effet négatif grave sur la santé reproductive, le traitement existant coûte cher et il n'est pas nécessairement adapté là où les ressources font défaut. La prévention de l'infécondité - par des programmes efficaces de maternité sans risque (pour éviter les dystocies et les septicémies) et de lutte contre les MST - est d'ordinaire l'intervention la plus appropriée.

Cet indicateur est basé sur les deux seuls indicateurs proposés dans les listes révisées directement liées à l'infécondité. La durée de deux ans a été choisie car 90 % des couples "normaux" sexuellement actifs conçoivent dans les deux ans.

INCIDENCE SIGNALÉE DE L'URÉTRITE CHEZ L'HOMME**Pourcentage des hommes de 15-49 ans interrogés dans le cadre d'une enquête communautaire qui font état d'épisodes d'urétrite au cours des 12 derniers mois**

D'après :

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

Éthique

- la collecte des données inclura des questions pouvant être culturellement sensibles et qui doivent être posées en privé. La confidentialité des rapports doit être assurée pour obtenir des données fiables.

Utile

- en tant que mesure de la morbidité liée à la procréation, c'est un marqueur utile de l'impact du traitement des MST et des services de prévention.
- plus utile si elle est aussi ventilée par groupe d'âge.

Scientifiquement solide

- valable en tant que mesure de la prévalence signalée d'un symptôme majeur de MST chez les hommes.
- nécessaire de donner une définition claire de l'écoulement urétral et de décider si la douleur en urinant doit aussi figurer comme un symptôme majeur.

Représentatif

- des échantillons de grande taille pourront être nécessaires dans certaines populations pour arriver à évaluer la prévalence ponctuelle et la prévalence périodique (écoulement le mois précédent, par exemple) pourra être plus facile à évaluer dans ces conditions.

Compréhensible

- si la définition type de l'écoulement urétral est appliquée.

Accessible dans :

- les enquêtes communautaires mais la collecte des données peut présenter des difficultés (nécessité de faire appel à des enquêteurs de sexe masculin, entretiens en privé, garantie de confidentialité).

Justification du choix

En tant qu'indicateur complémentaire de la "prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes qui sollicitent des soins prénatals", donne une indication du fardeau ressenti des MST sur la population masculine adulte. Toutes les MST ne se manifestent pas par un écoulement urétral mais cet indicateur présente des avantages majeurs par rapport aux autres possibilités en termes de faisabilité de la collecte des données et de représentativité des résultats.

PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Pourcentage des femmes enceintes (15-24 ans) se présentant dans les dispensaires prénatals et soumises à un test de dépistage du VIH qui sont séropositives

D'après :

OMS, 1996 - "Catalogue pour la surveillance de la santé"

Éthique

- la collecte des données doit reposer sur un dépistage sérologique anonyme et indépendant.
- l'une des conditions préalables est l'acceptation dans le pays du dépistage systématique de la syphilis au niveau des soins prénatals pour toutes les femmes enceintes. Le sang utilisé pour le dépistage du VIH est le "surplus" de sang initialement prélevé pour le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes.

Utile

- pour évaluer les tendances du VIH dans la population en général, l'utilisation de la séoprévalence du VIH chez les 15-24 ans parmi les patientes qui se présentent dans les dispensaires prénatals se heurte à des problèmes de biais du fait de l'exclusion de certains groupes de femmes (celles qui ne sont pas fécondes, par exemple) et en raison du changement progressif de la structure de l'infection.

Scientifiquement solide

- il faut des échantillons relativement grands (au moins 3000 sujets de 15-24 ans) pour obtenir des estimations suffisamment précises.
- la prévalence estimative doit être assortie d'intervalles de confiance.

Représentatif

- peu représentatif de la prévalence générale du VIH dans la population car les patientes qui sollicitent des soins prénatals ne sont généralement pas considérées comme très exposées au risque d'infection par le VIH.
- étant donné le mode de transmission du VIH, les zones urbaines et périurbaines tendent à avoir une prévalence du VIH plus élevée que les zones rurales. Pour cette raison, les échantillons devraient comporter un plus grand nombre de sujets venant des zones urbaines et périurbaines.
- pour une infection à transmission essentiellement sexuelle telle que le VIH, tout changement de la prévalence dans le groupe d'âge immédiatement après la puberté reflète étroitement un changement de l'incidence dans ce groupe d'âge. Mais peut-être ne convient-il pas d'extrapoler et d'appliquer cette hypothèse à une fourchette de dix ans.

Compréhensible

- si elle est appliquée conformément aux définitions et à la méthodologie citées.

Accessible dans :

- les enquêtes sérologiques transversales chez les femmes de 15-24 ans qui se présentent dans les dispensaires prénatals.

Justification du choix

Ne se justifie que dans certains cadres en raison de la complexité opérationnelle de la mesure de l'indicateur, de son manque relatif de sensibilité pour détecter les changements dans la prévalence du VIH et des biais inhérents à des échantillons composés exclusivement de femmes qui se présentent dans les dispensaires prénatals.